Therapietrouw in de eerste lijn bij 40 tot 75-jarige hypertensiepatiënten Een kwalitatief onderzoek

Yasin Güler, Universiteit Antwerpen

Cansu Öztürk, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Therapietrouw in de eerste lijn bij 40 tot 75-jarige hypertensiepatiënten: een kwalitatief onderzoek

HAIO Cansu Öztürk, Yasin Güler – Universiteit Antwerpen
Promotor Prof. Dr. Lieve Peremans – Universiteit Antwerpen
ICPC-code K86 en K87 (Hypertensie zonder en met orgaanbeschadiging)

Context: Hypertensie is een groeiend gezondheidsprobleem en één van de belangrijkste risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen. Onderzoek toont aan dat de wereldwijde prevalentie van therapieontrouw bij antihypertensiva varieert van 27% tot 40% waardoor vaak de streefwaarde voor een optimale bloeddruk niet wordt bereikt. Dit gaat gepaard met een hoge morbiditeit en mortaliteit, alsook aanzienlijke kosten voor de gezondheidszorg. Ook binnen onze opleidingspraktijk wordt geconstateerd dat een niet te verwaarlozen deel van de hypertensiepatiënten hun bloeddruk niet goed onder controle heeft.

Onderzoeksvraag: Het doel van deze studie is om meer inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn op de therapietrouw bij hypertensiepatiënten. Hiermee trachten we de patiënten beter te kunnen begeleiden in het stimuleren hiervan en bijgevolg hen te helpen in het bereiken van de potentiële gezondheidswinst die bij langdurig gebruik van antihypertensiva behaald kan worden.

Methode: In eerste instantie werd een verkennende literatuurstudie uitgevoerd om reeds beschreven factoren die therapietrouw bij hypertensiepatiënten beïnvloeden te identificeren. Vervolgens werd een kwalitatief onderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews uitgevoerd in een huisartsenpraktijk in de regio Schilde. De selectie van patiënten is gebeurd op basis van handmatige analyse van dossiers en zelfrapportage bij een gestratificeerde aselecte steekproef (op basis van leeftijd) van 180 patiënten.

Resultaten: Er werden zes patiënten geïncludeerd. Uit ons onderzoek blijkt dat de therapietrouw binnen onze praktijk veel beter is dan aanvankelijk verwacht. Zowel de literatuur als ons onderzoek wijzen uit dat talrijke factoren van invloed kunnen zijn op de therapietrouw bij hypertensiepatiënten. Bovendien zijn er weinig duidelijk voorspellende factoren voor een goede therapietrouw, aangezien dit een complex en multifactorieel gegeven is. Dit wordt nog uitdagender als men rekening houdt met het feit dat therapietrouw een dynamisch fenomeen is dat fluctueert over de tijd. Desondanks zijn er twee significant bevorderende factoren die naar voren komen in ons onderzoek, namelijk een goede arts-patiënt relatie en voldoende informatievoorziening met aandacht voor perceptie over de aandoening en behandeling. De bevindingen van ons onderzoek werden tenslotte geïmplementeerd in de praktijk, resulterend in de ontwikkeling van een uniform praktijkbeleid met betrekking tot de aanpak van hypertensie en het monitoren van de therapietrouw.

Conclusie: In de praktijk wordt er vaak onvoldoende aandacht besteed aan het feit een ongecontroleerde bloedruk dikwijls te wijten is aan therapieontrouw, ondanks uit de literatuur blijkt dat dit een veelvoorkomend probleem is. Het vergroten van het bewustzijn over de omvang en de impact hiervan is van groot belang. Een duidelijke routekaart voor betere therapietrouw bestaat echter niet. Het is essentieel om op individuele basis de oorzaken van therapieontrouw te onderzoeken zodat een aanpak op maat kan worden toegepast.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 5

1.1 Hypertensie wereldwijd en in België: enkele cijfers 5

1.2 Probleem- en doelstelling masterproef 5

2. Oriënterend literatuuronderzoek 6

2.1 Doelstelling en onderzoeksvraag 6

2.2 Methodologie 6

2.3 Resultaten 10

3. Veldonderzoek 17

3.1 Methodologie 17

3.2 Resultaten 21

3.3 Terugkoppeling: nominale groepsgesprek 30

4. Discussie 33

5. Conclusie 36

6. Dankwoord 37

7. Reflectie 38

8. Referenties 41

9. Bijlagen 44

9.1 Bijlage 1: Interviewscript 44

9.2 Bijlage 2: Informatie- en toestemmingsformulier 47

9.3 Bijlage 3: Codeboek (Nvivo) 51

9.4 Bijlage 4: Gunstig advies Ethisch Comité, met inbegrip van goedgekeurd protocol 52

9.5 Bijlage 5: Praktijkprotocol Hypertensie 62

1. Inleiding

1.1 Hypertensie wereldwijd en in België: enkele cijfers

Hypertensie is een groeiend gezondheidsprobleem en één van de belangrijkste risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen die op hun beurt gepaard gaan met een hoge (cardiovasculaire) morbiditeit en mortaliteit (1). De WHO Global Report on Hypertension toont aan dat wereldwijd het aantal volwassenen tussen 30 en 79 jaar met hypertensie verdubbeld is in bijna vijftig jaar tijd, met name tussen 1975 en 2023 (2, 3). De belangrijkste factoren die hebben geleid tot deze stijging naar ruim 1,28 miljard volwassen hypertensiepatiënten, zijn onder meer ongezond dieet, obesitas, sedentaire leefstijl en verscheidene omgevingsfactoren. Verder is deze toename ook te verklaren door de toenemende vergrijzing van de wereldbevolking. Bij ongewijzigd beleid zal dit aantal naar verwachting toenemen tot 1,56 miljard in 2025 (2). De grootste stijging zal zich voordoen in de lage- en middeninkomenslanden met een verwachte toename van 80% tegen 2025, terwijl in Westerse landen een stijging van 24% wordt verwacht (4). *"High blood pressure is no longer related to affluence – as it was in 1975 – but is now a major health issue linked with poverty",* stelt onderzoeker Prof. Majid Ezzati (4).

Volgens de Intego databank is de prevalentie van hypertensie zonder orgaanbeschadiging (ICPC-Code: K86) in Vlaanderen gestegen van 109 per 1000 inwoners in 2005 naar 124 per 1000 inwoners in 2015, oftewel een toename van 14% in tien jaar tijd (5). In 2014 hadden naar schatting 2,5 miljoen volwassenen in België last van een hoge bloeddruk, en dat cijfer zou nog stijgen (6). Bovendien bedroeg in 2015 in België het aantal verloren levensjaren (PYLL) als gevolg van cerebrovasculaire ziekte en hoge bloeddruk ruim 20.200 bij mannen en 11.200 bij vrouwen. Daarmee neemt hypertensie een plaats in de top 6 belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte (voor 75 jaar) (in 2015, België) (7).

1.2 Probleem- en doelstelling masterproef

De aanpak van hypertensie vereist naast het implementeren van levensstijladviezen; zoals gewichtsreductie, rookstop, matigen van alcoholgebruik, toename fysieke activiteit etc., vaak ook het gebruik van antihypertensiva (8). Bovendien blijkt uit vele studies dat monotherapie een bescheiden effect heeft op de bloeddruk en dat vele patiënten bijgevolg twee of meer antihypertensiva nodig hebben, wat vaak een grotere uitdaging voor de therapietrouw betekent (8). Bij gecontroleerde hypertensie daalt het infarct- en beroerterisico met respectievelijk 20-25% en 35-40% (9). Een goede bloeddrukcontrole levert dus een aanzienlijk cardiovasculaire winst en is van groot belang in het vermijden van cardiovasculaire complicaties.

Uit verschillende studies blijkt echter dat in de praktijk een belangrijk deel van de patiëntenpopulatie met hypertensie de streefwaarde voor een optimale bloeddruk ($\leq$140/90 mmHg, voor diabetes en chronische nierinsufficiëntie $\leq$130/80 mmHg) niet bereikt. Volgens de WHO zou slechts één op vijf (21%) van alle hypertensiepatiënten hun bloeddruk goed onder controle hebben (2). We weten dat 50% van de patiënten de medicatie niet correct inneemt (10). Ook binnen onze eigen patiëntenpopulatie komen we tot de vaststelling dat een niet te verwaarlozen deel van de patiënten de streefwaarde voor een optimale bloeddruk niet behaalt. We stellen ons hierdoor de vraag in hoeverre het component 'therapietrouw' een factor is.

In de literatuur is er relatief weinig bekend over determinanten voor therapieontrouw, vermoedelijk omdat deze laatste door een groot aantal verschillende factoren bepaald wordt.
Het doel van deze studie is om enerzijds een zicht te krijgen op de huidige literatuur over de beïnvloedende factoren van therapietrouw bij hypertensiepatiënten. Vervolgens willen we een beeld krijgen over de hypertensiepatiënten binnen onze praktijk. We beogen de moeilijkheden en factoren die een positief of negatief effect hebben op de therapietrouw te onderzoeken. Zo kunnen we achterhalen wat mogelijke redenen zijn voor een verminderde therapietrouw en bijgevolg deze patiënten beter begeleiden in het stimuleren hiervan. Hierdoor hopen we uiteindelijk hen te kunnen helpen in het bereiken van de potentiële gezondheidswinst die bij langdurig gebruik van antihypertensiva behaald kan worden.

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1 Doelstelling en onderzoeksvraag

Met dit literatuuronderzoek willen we de therapietrouw bij hypertensiepatiënten in de eerste lijn in kaart brengen. Hierbij zal ook gekeken worden naar de verschillende factoren die hierop een invloed hebben. Volgende onderzoeksvraag werd geformuleerd:

> *Welke factoren beinvloeden de therapietrouw in de eerste lijn bij 40 tot 75-jarige hypertensiepatiënten?*

Teneinde een antwoord te kunnen formuleren op bovenstaande vraag zal er eerst nagegaan worden of er rondom dit thema reeds literatuur beschikbaar is. Vervolgens trachten we op basis van deze informatie een onderzoek te starten bij de patiënten op de praktijk waar we als HAIO werkzaam zijn.

2.2 Methodologie

2.2.1 Keuze zoektermen

Onderzoeksvraag vertaald in ECLIPSE en de bijhorende (MeSH-)zoektermen:

- **E**xpectation cardiovasculaire winst; daling morbiditeit en mortaliteit
- **C**lient group hypertensiepatiënten in de leeftijdscategorie 40-75 jaar (grootste gezondheidswinst geboekt) → *"Antihypertensive drugs"*
- **L**ocation eerste lijn (huisartsen) → *"Primary Health Care"*
- **I**mpact verhoogde therapietrouw → *"Medication adherence"*
- **P**rofessionals huisartsen, verpleegkundigen in de huisartspraktijk
- **S**ervice huisartsenpraktijk

2.2.2 Selectiecriteria

Vóór het starten van het zoekproces zijn er een aantal selectiecriteria opgesteld om geldigheid en kwaliteit van de literatuurstudie te garanderen. Enkel Engels-, Frans- en Nederlandstalige studies gepubliceerd in de laatste 10 jaren waarvan de volledige tekst in beschikking was, werden geïncludeerd. De doelpopulatie van deze literatuurstudie zijn hypertensiepatiënten binnen de leeftijdscategorie 40-75 jaar, bij wie nog een significante cardiovasculaire winst valt te boeken. Zodoende werden de studies over patiënten die buiten deze leeftijdscategorie vallen geëxcludeerd.

2.2.3 Zoekstrategie en datacollectie

Het verrichten van deze literatuurstudie gebeurde aan de hand van de volgende databanken: Medline via PubMed, Cochrane Library en Minerva.
De MeSH-termen “Antihypertensive agents”, “Medication adherence” en “Primary health care” leverden via Pubmed respectievelijk 67.441, 22.225 en 167.705 resultaten. De combinatie van deze drie termen gaf 106 publicaties. Samen met de vereisten 'gepubliceerd laatste 10 jaar', 'volledige tekst', 'Engels', ‘Frans’, ‘Nederlands’, ’45+ jaar’ brachten deze MeSH-termen 69 publicaties op.
In de Cochrane Library werden met dezelfde MeSH-termen respectievelijk 8095, 2473, 7508 publicaties gevonden. Combinatie van alle drie termen bracht uiteindelijk 18 resultaten op, dewelke werd gereduceerd naar 17 na het toepassan van de filter 'gepubliceerd laatste 10 jaar'.
Op Minerva werd één publicatie gevonden met de zoektermen ‘antihypertensivum’ en ‘medicamenteuze therapietrouw’. Deze kwam echter niet in aanmerking voor de literatuurstudie gezien de setting van de studie zich in de farmaceutische industrie bevond.

Het groot aantal publicaties heeft een extra selectieprocedure noodzakelijk gemaakt. Er werd gekozen voor volgende kwaliteitsindicator: relevantie. Evaluatie van de relevantie is geschied op basis van de titel en het abstract van het onderzoek. Na eliminatie van dubbele publicaties (n=3) werden uiteindelijk 29 publicaties weerhouden.

Pas in tweede instantie werden deze publicaties beoordeeld op kwaliteit door het scannend lezen van de volledige tekst. Uiteindelijk werd in totaal een bestand van 18 volledige publicaties geïncludeerd in dit literatuuronderzoek. Bijkomend werden 10 publicaties op onrechtstreekse wijze bekomen met behulp van de zogenaamde ‘Snowball-methode’ waarbij de referentielijsten van de gebruikte publicaties gescreend werden op mogelijk relevante publicaties. Ook hier werd telkens rekening gehouden met de vooropgestelde inclusiecriteria. In Tabel 1 is een overzicht van de ingegeven zoektermen en de opbrengst ervan te zien.

Voor het vinden van enkele numerieke data werd er ook bijkomend gezocht op volgende websites: World Health Organization, Sciensano en Intego.

Tabel 1. Overzicht zoektermen met opbrengst zoekstrategie

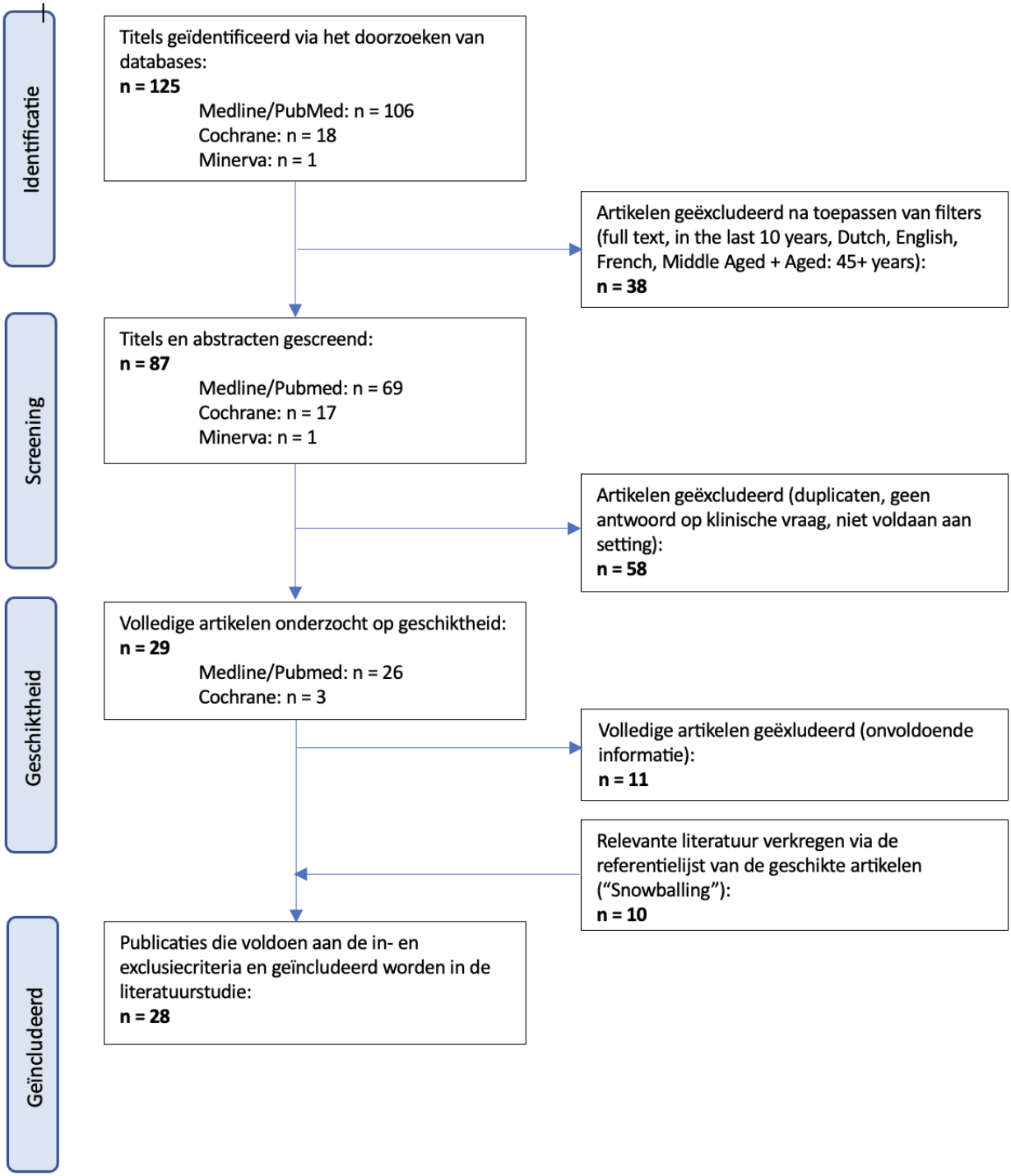
Databank en zoektermen	Resultaten	Geselecteerde Publicaties	Sneeuwbal publicaties
Medline via Pubmed			
((“antihypertensive drugs”[MeSH Terms]) AND (“medication adherence”[MeSH Terms])) AND (“primary health care”[MeSH Terms]) Filters: Full text, in the last 10 years, Dutch, English, French, Middle Aged + Aged: 45+ years	106 69	- 26* 17**	- 9
Cochrane Library			
MeSH descriptor: [Antihypertensive Agents] AND MeSH descriptor: [Medication Adherence] AND MeSH descriptor: [Primary Health Care] Filters: with Cochrane Library publication date from May 2011 tot May 2021	18 17	- 3* 1 **	- 1
Minerva			
Antihypertensivum EN medicamenteuze therapietrouw	1°	0	-
Totaal aantal geïncludeerde publicaties: 28			

* na eliminatie op basis van titel, abstract en duplicaten (n=3)

** na eliminatie op basis van inhoud

° geëlimineerd wegens niet voldaan aan de setting (eerste lijn)

Figuur 1. Stroomdiagram van zoekstrategie



2.3 Resultaten

Om de resultaten goed te kunnen interpreteren volgt er eerst een korte beschrijving van het begrip therapietrouw en een kort overzicht van de meetinstrumenten die worden gebruikt om therapietrouw te meten.

Definitie

Therapietrouw is een begrip dat niet eenduidig gedefinieerd kan worden. In de literatuur wordt het weergegeven door verschillende concepten: compliance, adherence, concordance en persistence. **Compliance** (compliantie) duidt vooral op de mate waarin de patiënt de voorgeschreven behandeling opvolgt. Dit begrip heeft een eerder negatieve bijklank omdat hierbij zonder 'inspraak' van de patiënt ervan uitgegaan wordt dat de voorgeschreven behandeling correct wordt uitgevoerd. **Adherence** (adherentie) heeft daarentegen een meer positieve weerklank en kan omschreven worden als de mate waarin het gedrag van de patiënt overeenstemt met wat in onderling overleg met de zorgverlener(s) overeengekomen wordt. Hier heeft de patiënt dus een meer actieve rol. De term **concordance** (concordantie) geeft aan dat er overeenstemming is bereikt over het te volgen behandeltraject. **Persistence** (persistentie) is de mate van continuïteit van het geneesmiddelgebruik. In de literatuur worden verschillende termen gebruikt voor de therapietrouw (11). De term adherence is thans het meest geaccepteerd. Het strookt beter met de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg, waarbij "patient empowerment" een meer prominente plaats inneemt. Wanneer we in onze literatuurstudie spreken over therapietrouw wordt er geduidt op de term adherence.

Therapietrouw kan bovendien op verschillende manieren geoperationaliseerd worden. In de literatuur wordt deze doorgaans in percentages weergegeven, waarmee wordt bedoeld het percentage werkelijk genomen medicatie van de voorgeschreven dosis gedurende een specifieke periode, ofwel de zogenoemde 'Medication Possession Ratio' (MPR). De gehanteerde afkapwaarden voor adequate therapietrouw verschillen naargelang de aandoening en de medicatie. Bij de behandeling van hypertensie is er consensus over een percentage van 80% of meer als voorwaarde voor adherence (of 'adequate therapietrouw') (12).

Meten van therapietrouw

Verminderde therapietrouw wordt verondersteld de belangrijkste oorzaak te zijn voor het niet behalen van de streefwaarde bij hypertensie (13). Hierdoor bestaat er een grote behoefte aan interventies om de therapietrouw te bevorderen. Om de werkzaamheid van deze interventies te kunnen bepalen, is het correct meten van therapietrouw essentieel. Verschillende studies tonen echter aan dat het meten van therapietrouw in het algemeen niet eenvoudig is. Een consensus over het correct meten van therapietrouw is niet voorhanden mede doordat geen enkele methode voldoet aan het ideaalbeeld van een onopvallend, objectief, goedkoop en praktisch uitvoerbare methode(14). Vaak wordt er een combinatie van verschillende methodes gebruikt (15).

De huidige beschikbare methoden kunnen worden onderscheiden in rechtstreekse en onrechtstreekse methoden.

Rechtstreekse methoden, zoals het opsporen van geneesmiddelenconcentraties of biologische markers in een lichaamsvocht (bloed of urine), bewijzen dat het geneesmiddel daardwerkelijk werd ingenomen en zijn bijgevolg zeer accuraat, maar vaak kostbaar en invasief (16). Bijkomend kunnen de uitslagen onderhevig zijn aan interindividuele variatie, met name ten gevolge van patiëntspecifieke en farmacokinetische factoren (zoals verschillen in leeftijd, geslacht, gewicht, geneesmiddeleninteractie, nier- en leverfunctie, etniciteit, genetische variaties in CYP-iso-enzymen etc) (17). Bovendien is bij de behandeling van hypertensie een goede therapietrouw over langere tijd van belang en komt het zogenaamde 'witte-jassen-therapietrouw' frequent voor (18). Bepaling van de concentratie van een antihypertensivum of marker ervan met een korte halfwaardetijd is daarom niet noodzakelijk representatief voor de therapietrouw op de langere termijn (17). Volledigheidshalve dient ook vermeldt te worden dat deze methoden geen aanvullende informatie geven over het innamegedrag (14, 15).

Onrechtstreekse methoden zijn daarentegen doorgaans goedkoper en eenvoudiger in gebruik maar hun betrouwbaarheid is beperkt (16). De uitkomsten kunnen bewust dan wel onbewust door de patiënt worden beïnvloed en geven vaak een overschatting van de therapietrouw (15). Voorbeelden beschreven in de literatuur zijn onder andere zelfrapportering (gesprekken), vragenlijsten en tablet tellingen. Daarnaast zijn er bepaalde methoden die tot nu toe vooral in onderzoek ingezet zijn zoals het gebruik van apotheekdata om zogenaamde refill adherence te meten en 'medication event monitoring system' (MEMS). Bij deze laatste wordt er gebruik gemaakt van een elektronisch medicijnendoos met een microchip in de deksel die de datum en het tijdstip registreert waarop de fles geopend wordt (19).
Zelfrapportering wordt als weinig sensitief beschouwd. Oorzaken van bias bij patiëntenrapportages zijn suggestieve vragen, de formulering van vragen, sociale wenselijkheid van bepaalde antwoorden en problemen met de herinnering (15). De Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) is de methode die het frequentst gebruikt wordt in de literatuur om therapietrouw te bepalen. Deze vragenlijst is heden de meest aanvaarde en gebruikte vragenlijst, en is ondertussen beschikbaar in meer dan 80 talen (16). Tablet tellingen geven geen informatie over de daadwerkelijke inname. Ook met afleverdata van de apotheek is er geen bewijs van consumptie, ze geven namelijk enkel informatie over het afhaalgedrag van de patiënt (15). Op dit moment wordt electronic monitoring beschouwd als de meest gevoelige methode voor het meten van therapieontrouw. Dit systeem is echter tot op heden vooral in onderzoek ingezet vanwege de hoge kostprijs (19).

Therapietrouw een grote uitdaging

Therapietrouw vormt in het bijzonder bij chronische aandoeningen een grote uitdaging. Volgens de WHO neemt één op de twee patiënten met een chronische aandoening de medicatie niet volgens voorschrift in (50). Bovendien staakt meer dan 50% van de patiënten met hypertensie de behandeling binnen één jaar en dit aantal neemt in de loop van de jaren verder toe (14, 15, 20).

Een recent gepubliceerde meta-analyse toont aan dat de wereldwijde prevalentie van therapieontrouw bij antihypertensiva varieert van 27% tot 40% naargelang de onderzoekspopulatie en de gebruikte methode om therapietrouw te meten. Er doen zich duidelijke geografische verschillen voor met een hogere graad van therapieontrouw in de niet-westerse landen en de lage- en middeninkomenslanden. Mogelijke factoren die hieraan ten grondslag liggen zijn verschillen in gezondheidsovertuigingen en culturen, gezondheidszorgsystemen en de betaalbaarheid en beschikbaarheid van medicatie (21).

Het is belangrijk om op te merken dat therapietrouw een dynamisch fenomeen is dat kan fluctueren doorheen de tijd en naargelang de omstandigheden (18). Bijgevolg dienen zorgverleners deze regelmatig te monitoren om te vermijden dat de behandeling onnodig wordt gecompliceerd.

Welke factoren beïnvloeden de therapietrouw in de eerste lijn bij 40 tot 75-jarige hypertensiepatiënten?

De laatste vijftig jaar werd in toenemende mate onderzoek verricht naar therapietrouw. Haynes et al. identificeerden meer dan 200 variabelen waarvan de invloed is nagegaan (18). Desondanks is er relatief weinig bekend over duidelijk voorspellende factoren voor een goede therapietrouw, vermoedelijk omdat deze laatste door verscheidene factoren bepaald wordt en bij verschillende personen andere (combinaties van) factoren een rol spelen (22).

Redenen voor therapieontrouw kunnen grofweg in twee categorieën onderverdeeld worden: intentioneel en niet-intentioneel. *Niet-intentionele therapieontrouw* wordt gekenmerkt door het feit dat de patiënt onbewust niet therapietrouw is. De patiënt wil de behandeling conform het voorschrift uitvoeren, maar kan het niet. Dit in tegenstelling tot *intentionele therapieontrouw* waarbij het een bewuste keuze is van de patiënt om de behandeling niet conform het voorschrift uit te voeren. Ook dient vermeldt te worden dat non-intentionele redenen (alsnog) de positieve intentie van een patiënt in de weg kunnen staan.

In 2003 bracht de WHO een uitgebreid rapport, genaamd 'Adherence to long-term therapy', uit over dit onderwerp. Hierin wordt gesteld dat therapieontrouw een multidimensioneel probleem is. Het kan beïnvloedt worden door verscheidene factoren die onder te verdelen zijn in vijf dimensies, met name sociaal-economische factoren, factoren gelegen in de gezondheidszorg, therapiegerelateerde factoren, ziektegebonden factoren en patiëntgerelateerde factoren. Het is niet ongebruikelijk dat bij patiënten meerdere factoren aanwezig zijn die bijdragen aan therapieontrouw (22).

Therapiegerelateerde factoren

De complexiteit van het medicatieschema is een welbekende factor die de therapietrouw nadelig beïnvloedt. Hoe groter het aantal in te nemen medicijnen en de doseringsfrequentie, des te lager is de therapietrouw. Steeds meer studies beschrijven de voordelen van het gebruik van combinatiepreparaten, voorts aangeduid als de term 'single-pill combination' (SPC). Opkomende therapieën omvatten een vaccin tegen angiotensine II die slechts enkele keren per jaar toegediend zou worden. Momenteel zijn twee vaccins, PMD3117 en CYT006-AngQb, in ontwikkeling die mogelijks in de toekomst ingezet worden bij de behandeling van hypertensie. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of deze therapeutische vaccins op lange termijn werken en ook veilig gebruikt kunnen worden (20, 23).

Ondertussen bevelen de meeste recente ESC/ESH-richtlijnen (2018) aan om meteen te starten met een combinatie van twee antihypertensiva, in de vorm van SPC. Het gebruik van SPC leidt tot een significante verbetering van de therapietrouw en persistentie, met respectievelijk 25% en 50%, ten opzichte van combinatie van afzonderlijke equivalente middelen (24). Bovendien blijkt SPC efficiënter te zijn in bloeddrukverlaging zonder dit ten koste gaat van een toename van bijwerkingen (24). Zo zou SPC de bloeddruk ongeveer vijfmaal meer doen zakken dan een verdubbeling van de dosis van een monopreparaat (25). Dit kan verklaard worden door het feit dat hypertensie een multifactoriële pathofysiologie kent. Ingrijpen op verschillende mechanismen, door gebruik van verschillende klassen tegelijk, zal dus een groter effect hebben op de bloeddrukcontrole. Ook op vlak van bijwerkingen kent SPC een beter profiel. Zo werd een vermindering van 20% van de nevenwerkingen waargenomen ten opzichte van ophogen van

monotherapie (24). Tot slot blijkt SPC ook gepaard te gaan met lagere kosten voor de gezondheidszorg. Hoewel sommige SPC's duurder kunnen zijn dan de som van de afzonderlijke componenten, is de totale medische kost op termijn veel lager ten gevolge van een betere therapietrouw en bloeddrukcontrole en daarmee gepaard gaande verminderde morbiditeit (en mortaliteit) (26, 27).
Hoewel de voorkeur sterk uitgaat naar het direct starten met combinatiepreparaten dient er ook rekening gehouden te worden met enkele potentiële nadelen. Zo kan de bloeddrukdaling onverwacht zeer uitgesproken zijn met risico op orthostatisme en collaps waardoor de behandeling moet worden gestopt. Indien er bijwerkingen ontstaan, is het ook niet altijd duidelijk welk component hiervoor verantwoordelijk is waardoor vaak de ganse combinatie gestaakt wordt met meer gevaar op reboundhypertensie (20).

Een andere belangrijke factor die in verband wordt gebracht met een lage therapietrouw is het optreden van specifieke bijwerkingen van antihypertensiva zoals duizeligheid, hoesten, vermoeidheid of seksuele disfunctie. Bijwerkingen worden evenwel in slechts 5 tot 10% van de gevallen gerapporteerd als reden voor therapieontrouw in het algemeen (18).

Tot slot worden ook voorafgaand therapeutisch falen, frequente veranderingen in therapie en de duur van de behandeling vermeldt als negatieve predictoren van therapietrouw (14).

Gezondheidszorggerelateerde factoren
Communicatie wordt beschouwd als een essentieel instrument bij het bevorderen van therapietrouw. De kwaliteit van de arts-patiëntrelatie en de wijze waarop er met de patiënt wordt gecommuniceerd zijn belangrijke determinanten. Een meta-analyse toont aan dat bij slechte communicatie door de arts het risico op therapieontrouw 19% hoger ligt dan wanneer een goede communicatie wordt gehanteerd (28). In de literatuur wordt het belang van patiëntgerichtheid in de communicatie steeds meer onderkend. Met de opkomst van de consumptiemaatschappij in de gezondheidszorg en het daarbij steeds mondiger worden van de patiënt, heeft het concept patiëntgerichte zorg in de afgelopen 20 jaar een aanzienlijk belangrijke positie ingenomen (29). Patiëntgerichtheid houdt in dat de arts het perspectief van de patiënt probeert te achterhalen, aandacht heeft voor diens opvattingen en verwachtingen over de aandoening en behandeling ervan, en streeft naar shared decision making, oftewel gezamenlijke besluitvorming (14, 30).

Andere belangrijke factoren binnen deze dimensie zijn de organisatie en de toegankelijkheid van het gezondheidszorgsysteem. België beschikt over een sterke eerstelijnszorg met grote belangstelling voor de preventieve zorg. Bovendien is er de afgelopen jaren veel ingezet op geïntegreerde zorg waarbij de patiënt centraal staat en de mogelijkheid heeft de verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen zorg, terwijl hij of zij wordt ondersteund door een multidisciplinair netwerk. Momenteel worden in 12 pilootprojecten (verspreid over heel België) initiatieven getest die geïntegreerde zorg in eerste instantie voor chronische patiënten invoeren. Het uiteindelijke doel is om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en meer gezondheidswinst te boeken (31).
Ook de toegang tot gezondheidszorg is over het algemeen goed, alhoewel de afgelopen 10 jaar de ongelijkheden tussen de verschillende sociaaleconomische groepen steeds meer is toegenomen (32). Tot slot worden de hoge medische kosten welke verbonden zijn aan de therapie in de literatuur vermeld als een barrière (14). In het Belgisch gezondheidszorgsysteem zijn de gevolgen hiervan op de therapietrouw minder tot niet van toepassing gezien het bestaande terugbetalingssysteem voor geneesmiddelen in kader van chronische aandoeningen.

Ziektegebonden factoren

Het op de korte termijn ondervinden van een gunstig therapeutisch effect is een belangrijke positieve predictor van therapietrouw. Bij hypertensie vormt dit echter een probleem doordat klachten vaak ontbreken. Daarnaast is de behandeling in principe levenslang wat demotiverend kan werken. Over het algemeen is de therapietrouw bij hypertensie hoger na het optreden van ernstige complicaties (33).

Ook de aanwezigheid van comorbiditeiten zijn van invloed (34). Zo blijkt uit een meta-analyse dat de therapieontrouw bij hypertensiepatiënten met comorbiditeiten hoger is met een percentage van 31,6 % (35). Comorbide psychische stoornissen zoals depressie in het bijzonder beïnvloeden de therapietrouw nadelig (14). Een systematische review toont aan dat het risico op therapieontrouw drie keer hoger is bij hypertensiepatiënten met depressie (36). Alcohol- en druggebruik wordt eveneens negatief gecorreleerd aan therapietrouw (14).

Dementie en geheugenstoornissen bij ouderen worden ook vermeldt als belangrijke factoren binnen deze dimensie. Merkwaardig is dat deze kunnen resulteren in een lage therapietrouw alsook 'over-adherence' wat kan leiden tot medicatietoxiciteit. Een ander veelvoorkomend en belangrijk fenomeen bij oudere patiënten is polyfarmacie dewelke therapietrouw negatief kan beïnvloeden. Dit komt enerzijds door het moeilijk combineren van de verschillende behandelingsschema's en anderzijds door een grotere kans op interacties en bijwerkingen. Een periodieke medicatieboordeling dient daarom bij oudere patiënten steeds plaats te vinden (14).

Sociaal-economische factoren

De literatuur hieromtrent is tegenstrijdig. Hoewel de meeste studies geen consistent verband aantonen tussen therapietrouw en sociaal-demografische factoren, rapporteren enkelen wel een correlatie tussen beide variabelen (14). Volgens deze laatste studies zou er een positief verband bestaan tussen therapietrouw en een hogere leeftijd (uitgezonderd hoogbejaarde leeftijdscategorie), het vrouwelijk geslacht, het blanke ras, het inkomen en het opleidingsniveau (13, 14, 16, 37). In conclusie kunnen socio-demografische factoren beschouwd worden als slechte indicatoren voor therapietrouw.

Etnische minderheden blijken minder therapietrouw te zijn dan de algemene bevolking. Wellicht vormen taalbarrière, een minder goed uitgebouwde sociale netwerk en andere (cultuurgebonden) gezondheidsovertuigingen belangrijke redenen hiervoor (14, 38). Verder is er in de meeste studies een positieve correlatie tussen leeftijd en therapietrouw. Zo blijkt de therapietrouw het hoogst te zijn in de leeftijdscategorie van 65 tot 80 jaar, vergeleken met de leeftijdscategorieën onder de 50 jaar en boven de 80 jaar. Deze laatste kan toegeschreven worden aan factoren zoals cognitieve achteruitgang, dementie, depressie en fysieke beperkingen (13). Ook is er enig bewijs dat het geslacht van invloed kan zijn, maar bij hypertensie is dit minder duidelijk. Enkele studies, waaronder een systematische review en meta-analyse, rapporteren dat vrouwen meer therapietrouw zijn (14, 16, 35). Andere studies hebben echter geen significante verschillen gevonden (37).

Patiëntgerelateerde factoren

De perceptie van de patiënt omtrent medicatie en geneeskunde in het algemeen worden beschouwd als sterke predictoren voor therapietrouw (18). Het geloof en het vertrouwen van de patiënt in de werkzaamheid van de medicatie heeft een positieve invloed op de therapietrouw. Volgens een recent gepubliceerde systematische review verklaren negatieve overtuigingen omtrent medicatie 20% van de variantie in therapietrouw (39).

Ziektepercepties – met name de overtuigingen die betrekking hebben op de aard van de klachten, de gevolgen, de therapiemogelijkheden en de oorzaak – spelen eveneens een rol bij therapietrouw (39). Bovendien zijn vanuit medisch standpunt onjuiste ziektepercepties eerder regel dan uitzondering en vindt

men ze ook terug bij hoger opgeleiden en zelfs medisch geschoolden. Een veelvoorkomende misvatting bij hypertensie is dat stress de hoofdoorzaak is van hoge bloeddruk. Ook is men vaak van mening dat de aandoening van voorbijgaande aard is en zijn patiënten vaak geneigd om allerlei lichamelijke sensaties als symptomen van een hoge bloeddruk te interpreteren (14). Logischerwijze hebben soortgelijke overtuigingen een ondermijnende invloed op de therapietrouw.
Een derde belangrijke factor binnen deze dimensie is 'self-efficacy', ofwel de mate waarin men gelooft dat men door eigen gedrag de klachten of het verloop van de aandoening gunstig kan beïnvloeden. Verder blijken patiënten met een hoge therapietrouw beter te zijn in copingvaardigheden.
Tot slot blijkt ook 'social support' een belangrijke beïnvloedende factor te zijn bij het volgen van een behandeling. Sociaal isolement of het niet gesteund worden door naasten bemoeilijken therapietrouw (14, 39).

Consequenties van therapieontrouw

In de eerste plaats heeft therapieontrouw belangrijke gevolgen voor de gezondheid van de patiënt. Als belangrijkste determinant van onvoldoende bloeddrukregeling gaat het gepaard met een hoge ziektelast toe te schrijven aan cardiovasculaire aandoeningen – voornamelijk beroerte, ischemische hartziekte, hartfalen – en chronische nierziekten, alsook hoge mortaliteit wereldwijd (40).

Verschillende studies beschrijven een significant verband tussen verminderde therapietrouw en een verhoogd risico op cardiovasculaire complicaties en mortaliteit. Shin et al. tonen aan dat therapieontrouw (MPR < 80%) gepaard gaat met 28% meer kans op beroerte , 13% meer kans op ischemische hartziekte en 15% meer kans op acute myocard infarct in vergelijking met therapietrouw (MPR $\geqslant$ 80%) (41). In de studie van Soyeun et al. neemt het risico op cardiovasculaire mortaliteit toe met maar liefst 81% bij een MPR < 80% (42).
Verder toont de meta-analyse van Eric et al. aan dat therapieontrouw gerelateerd is aan gemiddeld 3,76 mmHg [95% CI, 2.23–5.28 mm Hg] systolisch en 3,11 mmHg [95% CI, 2.24–3.99 mm Hg] diastolisch hogere bloeddruk (21). Deze relatief kleine verschillen in bloeddruk kunnen echter aanzienlijke gevolgen hebben op de klinische uitkomst. Een systolische bloeddrukdaling van 5 mmHg – ongeacht het niveau van beginbloeddruk, cardiovasculaire voorgeschiedenis en leeftijd – vermindert namelijk het risico op beroerte, hartfalen, ischemische hartziekte en cardiovasculaire mortaliteit met respectievelijk 13%, 13%, 8% en 5% (43).

Op maatschappelijk niveau heeft therapieontrouw eveneens een grote impact. Door verspilling van medicijnen, bijkomende consultaties en medische testen, en hospitalisaties komt de gezondheidszorg behoorlijk onder druk te staan. Niet te vergeten zijn de indirecte kosten verbonden aan therapieontrouw, in de vorm van verloren productiviteit door ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, ziekte- en invaliditeitsuitkeringen, en vroegtijdige sterfte (44).

Cijfers in de literatuur over de economische verliezen in de gezondheidszorg als gevolg van therapieontrouw zijn spectaculair. Bovendien is het niet steeds duidelijk of alle kosten in de vermelde bedragen vervat zitten, waardoor de huidige cijfers mogelijks slechts het topje van de ijsberg zijn. Voor chronische aandoeningen wordt de vermijdbare jaarlijkse kost wereldwijd, verbonden aan een gebrekkige therapietrouw, geschat op 500 miljard dollar, wat gelijk staat aan ongeveer 8% van de totale jaarlijkse gezondheidsuitgaven (9). In Europa bedraagt dit 125 miljard euro per jaar, oftewel 14% van de totale

jaarlijkse gezondheidskost (45). Het opdrijven van de therapietrouw voor antihypertensiva tot 80% zou wereldwijd een besparing kunnen opleveren van ca. 124 miljoen dollar (111 miljoen euro) (45).

Pitmann et al. bestudeerden het verband tussen therapietrouw bij antihypertensiva en het gebruik van diensten in de gezondheidszorg. Het gemiddelde aantal ziekenhuisopnames en spoedconsultaties gerelateerd aan cardiovasculaire complicaties is significant lager bij een hoge therapietrouw (MPR $\geqslant$ 80%), met respectievelijk 33% en 45% (46). Bovendien stijgt de gemiddelde jaarlijkse zorgkost voor hypertensie naarmate de therapietrouw lager is, met name 7182 dollar per patiënt per jaar bij een MPR > 80%; 7560 dollar per patiënt per jaar bij een MPR 60 – 79% en 7995 dollar per patiënt per jaar bij een MPR < 60% (46).

Een belangrijke conclusie van de WHO in haar rapport over een gebrekkige therapietrouw is dat we met het verbeteren van therapietrouw een hoger rendement in de gezondheidszorg kunnen bereiken, dan met gelijk welke (innovatieve) verbetering van een specifieke behandeling Liteeratuurstudie (47). De mate waarin patiënten therapieontrouw zijn, is de laatste decennia echter nauwelijks veranderd. Momenteel staat het verbeteren van therapietrouw daarom volop in de belangstelling.

3. Veldonderzoek

In het eerste gedeelte van het empirisch luik volgt een uiteenzetting over het onderzoeksopzet. Hierna worden de resultaten die deze studie heeft opgeleverd gepresenteerd.

3.1 Methodologie

Een kwalitatieve onderzoeksmethode

Om een antwoord te bieden op de onderzoeksvraag werd er geopteerd voor een kwalitatief onderzoek met individuele diepte-interviews, daar ze de mogelijkheid bieden meer diepgang te bekomen met betrekking tot de onderwerpen die worden behandeld. Het betrof hier semigestructureerde interviews waarbij we ons lieten leiden door een zelfonderworpen interviewscript op basis van bestaande literatuur met richtinggevende vragen over de onderwerpen die idealiter aan bod zouden moeten komen (bijlage 1).

Studiepopulatie en rekrutering

In dit onderzoek werden zes patiënten geïnterviewd. De rekrutering vond plaats in een huisartsenpraktijk in de regio Schilde. De onderzoekspopulatie voor dit onderzoek omvat hypertensiepatiënten, met of zonder orgaanbeschadiging, in de huisartsenpraktijk binnen de leeftijdscategorie 40-75 jaar die een ongecontroleerde bloeddruk vertonen en/of bij wie bekend is dat er sprake is van therapieontrouw.

De rekrutering van patiënten verliep met enige moeite en vormde wellicht de meest uitdagende fase in heel de studie. Initieel trachtten we de patiënten te selecteren via de zoekmodule in CareConnect. Na toepassing van de inclusiecriteria ICPC-code K86 (hypertensie zonder orgaanbeschadiging) en/of ICPC-2 code K87 (hypertensie met orgaanbeschadiging), leeftijd van 40-75 jaar en een actief GMD in de praktijk, werd een lijst van maar liefst 540 patiënten bekomen. Gezien de onverwachte omvang van deze lijst, werd er besloten om een steekproef van 180 patiënten te gebruiken. De selectie werd uitgevoerd door middel van een gestratificeerde aselecte steekproef waarbij vier subgroepen van 45 patiënten werden gevormd op basis van de leeftijd.
Vervolgens trachtten we de naleving van de therapie te onderzoeken door middel van een handmatige analyse van de dossiers, met specifieke aandacht voor de bloeddrukparameters en de consistentie in het periodiek afhalen van voorschriften. Na analyse werden 154 aantal patiënten geëxludeerd vanwege de hieronder vermelde redenen:

1) Veronderstelde therapietrouw, afgeleid uit gecontroleerde bloeddrukken en periodieke afhaling van voorschriften (3- of 6 maandelijks) (n = 104).
2) Foutieve toekenning van het zorgelement hypertensie (n = 24).
3) Geen patiënt meer in de praktijk (n = 26).

Met inachtneming dat zelfrapportage erg onbetrouwbaar is, werden alle potentiële deelnemers (n=26) telefonisch benaderd om de mate van therapietrouw na te gaan. Vier hiervan erkenden hun therapieontrouw en wensten tevens deel te nemen, één was eveneens therapieontrouw maar wenste geen deelname. Veertien patiënten gaven aan wel therapietrouw te zijn en werden dus geëxcludeerd. Eén persoon ontkende zijn hypertensie, en zes waren niet bereikbaar.
Vanwege het laag aantal deelnemers hebben we gepoogd nog patiënten te werven via mondelinge bevraging bij de collega's in de praktijk. Dit leverde bijkomend nog vijf patiënten op waarvan uiteindelijk drie therapieresistent bleken te zijn. Zo werden uiteindelijk zes patiënten geïncludeerd in de studie. Een uiteenzetting van het rekruteringsproces is terug te vinden in tabel 2.

Tabel 2. Overzicht rekruteringsproces

<table>
<tr><td>STAP 1</td><td colspan="5">CareConnect, inclusiecriteria:
- Zorgelement: ICPC-code K86 en/of ICPC-2 code K87
- Leeftijd: 40-75 jaar
- Actief GMD in de praktijk
n = 540</td></tr>
<tr><td>STAP 2</td><td colspan="5">Toepassing gestratificeerde aselecte steekproef op basis van leeftijd, 4 subgroepen:
- Groep A: 40-50 jaar
- Groep B: 51-60 jaar
- Groep C: 61-70 jaar
- Groep D: 71-75 jaar
n = 180 (4x45)</td></tr>
<tr><td rowspan="9">STAP 3</td><td colspan="5">Handmatige analyse dossiers:</td></tr>
<tr><td></td><td>Groep A</td><td>Groep B</td><td>Groep C</td><td>Groep D</td></tr>
<tr><td>Geëxcludeerde patiënten (n = 154)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>(Veronderstelde) therapietrouw: gecontroleerde bloeddruk + periodieke afhaling voorschriften (3- of 6-maandelijks)</td><td>18</td><td>26</td><td>28</td><td>32</td></tr>
<tr><td>Foutieve toekenning van het zorgelement hypertensie</td><td>8</td><td>6</td><td>6</td><td>4</td></tr>
<tr><td>Geen patiënt meer in de praktijk</td><td>11</td><td>5</td><td>7</td><td>3</td></tr>
<tr><td>Geïncludeerde patiënten (n = 26)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Ongecontroleerde bloeddruk + periodieke afhaling voorschriften</td><td>5</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Ongecontroleerde bloeddruk + geen periodieke afhaling voorschriften</td><td>1</td><td>4</td><td>3</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Gecontroleerde bloeddruk + geen periodieke afhaling voorschriften</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td></tr>
<tr><td colspan="5">Telefonische benadering potentiële deelnemers, geëxcludeerd:
- Therapieontrouw maar weigering deelname (n = 1)
- Wel therapietrouw (n = 14)
- Ontkenning diagnose (n = 1)
- Onbereikbaar (n = 6)
n = 4</td></tr>
<tr><td>STAP 4</td><td colspan="5">Mondeling via collega's
n = 2</td></tr>
<tr><td colspan="6">Totaal aantal geïncludeerde patiënten: n = 6</td></tr>
</table>

Het doel was om interviews af te nemen tot er data-saturatie werd bekomen. Na zes interviews stelden we vast dat dit niet werd bereikt. De reeds bekomen resultaten waren echter grotendeels in lijn met de bestaande literatuur, wat een dilemma met zich meebracht: het verder uitbreiden van het aantal deelnemers versus de verkregen resultaten implementeren en praktijkbevorderend te werk gaan. In overleg met onze promotor werd voor deze laatste gekozen.

Dataverzameling

Alle deelnemers werden individueel geïnterviewd op een gezamenlijk afgesproken moment nadat ze hadden ingestemd om deel te nemen en een zogenaamd informed consent- of toestemmingsformulier hadden ondertekend (zie bijlage 2). De interviews vonden plaats tussen april en september 2023, en werden via geluidsopname geregistreerd om volledige transcriptie mogelijk te maken.

Vijf van de zes interviews werden afgenomen in de huisartsenpraktijk en één interview vond plaats bij de deelnemer thuis. De duur van de interviews voldeed in vrijwel alle gevallen aan de geraamde interviewduur van 30 tot 60 minuten die vermeld stond in de informatieformulier: de gemiddelde gespreksduur bedroeg ongeveer 50 minuten.

Het interviewscript dat als leidraad fungeerde tijdens de interviews, werd inhoudelijk opgebouwd rond vier grote thema's. In het **eerste thema** werd er ingegaan op de ervaringen van de deelnemer bij de diagnosestelling en de behandeling van hun aandoening. Als **tweede thema** probeerden we meer inzicht te krijgen rond het aanpassen van de levensstijl en de problemen die zich hierbij voordoen. Bij het **derde thema** werd er nagegaan wat er over de aandoening is gekend. In het **laatste thema** werd de focus gelegd op de arts-patiënt relatie en hoe deze interactie verloopt. Aan het eind van het gesprek werd er ook voorzien in de mogelijkheid voor de deelnemer om toevoegingen te formuleren.

Dataverwerking

Alle interviews werden door beide onderzoekers gezamenlijk afgenomen waarbij het eerste interview tevens als een oefening diende om de kwaliteit van het script te evalueren en vertrouwd te raken met de gesprektechniek. Na overleg met de promotor werd het gesprekstechniek bijgestuurd en enkele vragen toegevoegd aan het interviewtranscript.

Elk interview werd na afname verbatim getranscribeerd in Microsoft Word en geanonimiseerd door het toekennen van een code (P1-P6). De uitgeschreven interviews werden vervolgens verder beheerd binnen het softwareprogramma Nvivo. Deze maakte het mogelijk om de verzamelde data op een overzichtelijke wijze te coderen en de gecodeerde segmenten recursief op elkaar te betrekken gedurende het verdere verloop van de data-analyse. Op het eerste interview na, werd het coderen steeds onafhankelijk van elkaar en door beide onderzoekers uitgevoerd. De resulterende codebomen werden systematisch vergeleken en samengevoegd tot één gezamenlijke codeboom (bijlage 3).

Terugkoppeling: nominale groepsgesprek

De resultaten werden op 22 november 2023 gepresenteerd aan de collega's in de praktijk. Daarna werd middels de nominale groepstechniek een interactieve brainstormsessie gehouden met de aanwezige leden, bestaande uit vijf huisartsen, één secretaresse en wijzelf (twee HAIO's) om concrete actiepunten te identificeren.

Ethisch Comité

Het studieprotocol is op 12 december 2022 goedgekeurd volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen met projectnummer ID 1972 (bijlage 4).

3.2 Resultaten

Bij het weergeven van de onderzoeksresultaten worden de vijf dimensies bij therapietrouw volgens de WHO als leidraad gediend.

Patiëntkenmerken/sociaal-economische factoren

Volgende demografische variabelen werden in de studie bevraagd: leeftijd, geslacht, etniciteit, hoogst behaalde diploma en beroep van de patiënt. Een overzicht van de demografische gegevens en bijkomende relevante ziektekenmerken wordt weergegeven in tabel 3. In deze paragraaf wordt er gekeken naar potentiële verbanden die naar voor zouden kunnen komen. Een belangrijke opmerking hierbij is dat kwalitatieve data daarover slechts beperkte informatie biedt.

In totaal werden zes patiënten geïncludeerd in de studie, met leeftijden variërend van 42 tot 75 jaar. De man-vrouw verhouding is 4:2. De studie vond plaats in een huisartsenpraktijk in regio Schilde, wat tot gevolgd had dat de deelnemers voornamelijk van blanke afkomst waren (n=5). Met betrekking tot het opleidingsniveau en beroep vertoont deze kleine patiëntengroep een aanzienlijke diversiteit. De gedocumenteerde ziekteduur varieert tussen 8 maanden en 15 jaar.

Tabel 3. Gegevens van de geïnterviewde patiënten

#	Leeftijd (jaren)	Geslacht	Etniciteit	Hoogst behaalde diploma	Beroep	Ziekteduur	Aantal medicatie	Comorbidteiten
1	75	M	West-Europees	Lager onderwijs	Gepensioneerde bouwvakker	7 jaar	8	Hartfalen, ischemische hartziekte, hypercholesterolemie
2	75	V	West-Europees	Hoger onderwijs	Gepensioneerde architect	3 jaar	5	Hypercholesterolemie, artrose, sensorische polyneuropathie, IBD, angststoornis
3	56	M	West-Europees	Universitair onderwijs	Zelfstandige ICT'er	15 jaar	8	Diabetes mellitus, obesitas, migraine, psoriasis guttata, GERD
4	42	M	Noord-Afrikaans	Secundair onderwijs	Kwaliteitscontroleur bij staalbedrijf	15 maanden	1	Afwezig
5	62	M	West-Europees	Hoger onderwijs	Zelfstandige kinesitherapeut	8 maanden	2	Hypercholesterolemie, ischemische hartziekte, IBD
6	63	V	West-Europees	Hoger onderwijs	Verpleegkundige	8 jaar	4	GERD, burn-out/depressie

Een belangrijke kanttekening dient gemaakt te worden dat de geïncludeerde patiënten in twee categorieën kunnen onderverdeeld worden. De eerste groep (P2, P4, P5) omvat patiënten die momenteel nog steeds therapieontrouw zijn. De tweede groep (P1, P3, P6) bestaat uit patiënten die in het verleden therapieontrouw waren, maar nu niet meer. Bij deze laatste groep werd tijdens het interview ingegaan op de verschillende factoren die in het verleden een rol hebben gespeeld in hun therapie(on)trouw. De weergegeven onderzoeksresultaten hebben steeds betrekking op hun ervaringen uit het verleden.

Therapiegerelateerde factoren

Vijf patiënten nemen naast hun antihypertensiva ook nog andere medicatie voor comorbide aandoeningen, al dan niet ten gevolge van hun hypertensie. Voor de meeste onder hen betekent dit een hele uitdaging, hoewel dit niet noodzakelijk heeft geleid tot verminderde therapietrouw. Vier hiervan geven aan gebruik te maken van hulpmiddelen om het behandelingsschema correct te kunnen naleven. De vermelde hulpmiddelen zijn: hulp van de partner, het gebruik van een pillendoos en een medicatieschema.

> *" Er werd iets meer aandacht voor de pilletjes gewijd, dit omdat we nooit pilletjes hebben moeten pakken en nu opeens zijn het er acht. Dit waren we niet gewend. Het was een hele aanpassing." (P1)*
>
> *"We hebben een lijst gekregen van de huisarts waarmee we het overzicht behouden." (P1)*

Voor één patiënt (P2) is de grote hoeveelheid aan medicatie wel een reden om deze herhaaldelijk voor langere periodes te staken. Bij deze patiënt leeft bovendien het idee dat de grote hoeveelheid aan medicatie niet goed kan zijn voor het lichaam en een negatieve invloed heeft op andere organen. Onderstaande citaten illustreren dit:

> *"Ja, ja, ja .. echt. Ik vind het niet normaal,* als je alé één of twee pillen neemt dat gaat hé, maar als je zo begint, seg neen het is niet te doen hé.. ik neem het niet meer in." *(P2)*
>
> *"Maar alé nu, twee voor dat (hypertensie) … eeuhm en dan eeuhm jah, één voor mijn voeten, en nu nog voor mijn abces. Enfin ik heb zeven medicamenten in het totaal, dat kan niet goed zijn voor het lichaam hé.." (P2)*

Bijwerkingen worden slechts bij één patiënt (P5) gerapporteerd, wat tevens bij deze patiënt één van de redenen is voor het niet naleven van de voorgeschreven therapie. Hieronder een fragment waarin de patiënt zijn bezorgdheid uit over de medicatie:

> *"Ja ja, omdat ik vond dat de medicatie naar het feit dat ik gelezen had wat doet bloeddrukverlagende middelen, die doen uw bloedvaten nog meer open en dus zwelling bij mij wordt dat geassocieerd met bloedvaten die niet genoeg het vocht meer kunnen resorberen en meevoeren... dus dacht ik dat heeft daar ook mede invloed op." (P5)*

Vier patiënten zijn al eens veranderd van therapie. Bij drie hiervan heeft de frequentie van veranderen geen invloed gehad op de therapietrouw. Bij één patiënte (P2) draagt het therapeutisch falen wel bij aan de therapieontrouw. Zij geeft herhaaldelijk uiting aan haar frustratie over de 'frequente' wijzigingen in de therapie en haar perceptie van de ineffectiviteit van de medicatie. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat er zich bij deze patiënte de vraag stelt of de medicatie ooit wel adequaat is ingenomen om een effectieve bloeddrukdaling te kunnen krijgen.

> *"Neen, maar dat is het probleem, als ik een verschil in mijn bloeddruk zie, akkoord, maar ik merk geen verschil he… Die medicamenten doen niets he." (P2)*

Gezondheidszorggerelateerde factoren

Relatie met de huisarts

Alle patiënten zijn zeer tevreden over hun relatie met de huisarts in de huidige praktijk, en velen benadrukken eveneens het bestaan van een goede vertrouwensband. Dit blijkt voornamelijk samen te hangen met de manier van communicatie door de huisarts. Andere belangrijke redenen die worden genoemd zijn voldoende tijd willen investeren en de patiënt mee betrekken in het beleid.

> *"Ewel, maar dat heb ik met u ook, rustig, begripvol, mij niet dwingen tot iets, maar wel met mij over alles praten, op een goede constructieve manier, tijd willen vrijmaken voor mij en dan heb ik zoiets, als die mensen toch voor mij tijd willen maken en mee willen opvolgen en hun best doen, dan moet ik ook mijn best doen. Dat is dan weer een vorm van respect." (P3)*

> *"'K heb het u al gezegd he, 't is een goeie,… ik kom er ni meer veel, maar 't is een vriendelijke, wij begrijpen elkaar. Ik kan hem echt alles zeggen." (P4)*

> *"Dat is echt wel iets heel belangrijk vind ik, dat de patiënt zich op zijn gemak voelt en dat de huisarts de patiënt er zoveel mogelijk bij betrekt" (P5)*

Bovendien reageren alle patiënten positief op de vraag in welke mate ze eventuele problemen met de inname van hun medicatie met hun huidige huisarts kunnen bespreken.

> *"Goed, ik ben altijd heel eerlijk geweest tegenover hem, want ik wil ook niet zijn tijd verspillen, noch de mijne. Wij komen ni overeen over dees onderwerp, van het moeten innemen, … maar ik begrijp het langs zijn standpunt als huisarts volledig." (P4)*

> *"Perfect he, aah yhaa, ik heb hier ook over mijn relatie gesproken, da's een teken dat ik mij vertrouwd voel en dat alles met een gezond verstand wordt beoordeeld." (P5)*

Twee patiënten (P3 en P6) komen van een andere praktijk waar de hypertensie destijds werd gediagnosticeerd en delen mee dat de ontevredenheid over de relatie met hun vorige huisarts werd ervaren als een factor tot verminderde therapietrouw. Zij geven expliciet aan dat dit heeft geleid tot een verminderd vertrouwen in de huisarts en diens advies, wat resoluut invloed heeft op de wens, bereidheid en motivatie om het voorgestelde beleid te volgen. Daarnaast is er nog één patiënt (P1) die reeds zes jaar ingeschreven is in onze praktijk waar tevens de ziekte werd gediagnosticeerd. Hij heeft echter éénmalig een minder positieve ervaring gehad met een arts waardoor hij op basis hiervan niet meer in opvolging is geweest behoudens voor acute pathologie. Ook hij deelt dezelfde ervaring mee met betrekking tot het belang van een goede arts-patiënt relatie.

> *"We zijn niet meer gegaan omdat het geen goede huisdokter was, die begreep ons niet, dat is het probleem. Mijn eigen niet thuis voelen bij iemand, want dit moet ook hé. Heel heel vroeger hadden we een andere dokter die vanaf de geboorte van onze kinderen ons al heeft opgevolgd en hij is overleden. En dan ben je verplicht om naar iemand anders te gaan, en we hebben ons nooit nog thuis gevoeld." (P1)*

> *"Ik voelde me niet op mijn gemak. Een dokter is heel belangrijk, maar als ik een voorbeeld mag geven over de vorige praktijk, ik had er zo'n bang van die oude norse man, die stelde mij niet gerust, ik heb liever, en ik ga je eerlijk zijn, liever een jonge dokter in opleiding of net huisarts is of dergelijke, omdat die nog héél begaan zijn en die willen nog iets maken dan iemand die al 30-35 jaar arts is en pff niet veel goesting meer hebben." (P3)*

"Ik denk dat die wel meer uitleg geeft als de vorige, meer uitleg, mij beter opvolgt en dat stimuleert dan wel voor meer therapietrouw te zijn denk ik, eeuhm jaaa een goede relatie met mijn huisarts." (P6)

Eén hiervan (P6) durfde bij de vorige huisarts niet aan te geven dat het soms niet lukte met de therapietrouw, uit vrees voor een mogelijke weerslag met betrekking tot het voortzetten van de behandeling door de huisarts. Ze geeft aan dat het feit dat ze nu meer uitleg krijgt, ervoor heeft gezorgd dat ze zich beter voelt bij de huisarts en hierdoor de drempel lager is om met haar moeilijkheden tot bij de arts te komen:

"Jaa met mijn eerste huisarts wel, het was precies alsof ik iets mankeerde, ik kreeg zo de stempel van jij bent een hypertensiepatient en ik wou dat eigenlijk niet, maar nu jaa, de feiten zijn er en ik moet daar mee omgaan, maar, als je zo een beetje meer ruimte en beetje meer informatie krijgt over vanalles wat er bijkomt rond die hypertensie, ja dan gaan uw ogen wel open he, dan weet je wel dat je iets moet doen." (P6)

Informatievoorziening door de huisarts

Met betrekking tot de informatievoorziening over de mogelijke oorzaken en gevolgen van hypertensie, alsook over de behandeling en de nevenwerkingen ervan, geeft slechts één patiënt (P5) aan tevreden te zijn. Een andere patiënt (P1) kon zich niets meer herinneren van enige informatie die hij zou ontvangen hebben, noch bij de diagnosestelling als bij de kortdurende follow-up. Ondertussen deelt deze patiënt mee een enorme meerwaarde ondervonden te hebben van een uitgebreide informatievoorziening waardoor hij ziekte-inzicht heeft ontwikkeld.

De twee patiënten (P3 en P6) die initieel opgevolgd werden in een andere praktijk geven aan over het algemeen onvoldoende ingelicht te zijn door hun vorige huisarts. Tevens werd de onbereidwilligheid van de vorige huisarts tot het spontaan geven van informatie ervaren als een factor tot verminderde therapietrouw. Zij benadrukken echter dat deze situatie momenteel in onze praktijk aanzienlijk is verbeterd. Bovendien geven zij ook aan dat dit heeft geleid tot een verbeterde ziekte-inzicht en dat dit hun therapietrouw en motivatie heeft verhoogd, zoals blijkt uit volgende citaten:

"Sinds dokter (naam huisarts) zo systematisch bezig is, is het niet enkel de cijfers die zijn verbeterd, maar ook uw denkwijze en uw motivatie.. mijn houding algemeen he, dus dat is gewoon door mijn contact met de arts he, en ik vind dat heel belangrijk nu ik een goed contact heb ervaren. Het is echt zo dat dat erbij heeft geholpen dat ik meer ben teweten gekomen over mijn aandoening zelf waardoor ik het meer begrijp en gemotiveerder ben geworden om er ook iets aan te doen." (P3)

"Ik denk dat die wel meer uitleg geeft als de vorige, meer uitleg, mij beter opvolgt en dat stimuleert dan wel voor meer therapietrouw te zijn denk ik, eeuhm jaaa een goede relatie met mijn huisarts." (P6)

De overige twee patiënten (P2 en P4) geven aan dat zij – ondanks de goede relatie met hun huisarts – eveneens te weinig informatie hebben ontvangen. De noodzaak van het innemen van de medicijnen komt wel steeds in elk opvolgingsconsult aan bod, maar zonder enige onderliggende verduidelijking, zoals mogelijke consequenties van het niet goed gebruiken.

"U vindt dat u retrospectief gezien, nu twee jaar later, te weinig info heeft gekregen over bloeddruk?" (interviewer) "Ja, absoluut." (P2)
"En hij zegt altijd, pakt u pillen in eh." (P2)

"Elke keer kreeg ik te horen eeuhm dat ik wel een hoge bloeddruk had eeuhm en dat ik gewoon mijn pillekes eeuhm moest innemen, maar echt veel uitleg heb ik nooit gekregen." (P4)

Op het voorstel om meer informatie te geven over hun aandoening en de behandeling reageren alle patiënten positief. Op één na (P4), geven ze bovendien allen aan dat een betere voorlichting op dit gebied een positieve invloed zou kunnen hebben op hun therapietrouw, of reeds heeft gehad.

Hoewel deze studie zich richt op therapietrouw met betrekking tot medicamenteuze behandeling, is er ook nagegaan in welke mate het concept 'Bewegen op verwijzing' (BOV) bekend is. Hieruit blijkt dat dit aan geen enkele patiënt werd gepresenteerd door de huisarts. Slechts één patiënt had hier eerder van gehoord via een andere kanaal (P3).

"Ik heb daar wel van gehoord, maar dat is nooit voorgesteld, ik ben daar nooit op in gegaan ofzo." (P3)

Financiële aspecten/toegang tot gezondheidszorg

Met uitzondering van één patiënt (P3) gaven alle patiënten aan geen financiële belemmeringen te ondervinden met betrekking tot het consulteren van een arts en het aanschaffen van de voorgeschreven medicatie. Deze patiënt heeft in het verleden, vanwege een turbulente financiële situatie, niet de mogelijkheid gehad zijn medicatie aan te schaffen. Bijkomend heeft hij vanwege een niet geldige verzekering medische zorg moeten uitstellen. Ondertussen is de financiële situatie stabieler waardoor hij wel de marge heeft om zijn antihypertensiva op tijd te verkrijgen. De opvolging in de tweede lijn wordt echter nog steeds uitgesteld.

Patiëntgerelateerde factoren

In dit gedeelte wordt het kennisniveau en de perceptie die de patiënten hebben met betrekking tot de oorzaken, risicofactoren, gevolgen en behandeling van hypertensie weergegeven.

Kennis

Opvallend is dat twee patiënten (P1 en P2) bijzonder weinig kennis hebben over hun aandoening. Hieronder hun antwoorden wanneer werd gevraagd of ze een hoge bloeddruk kunnen beschrijven:

"Neen… ik weet dit niet." (P1)

"Ja dat is een probleem met je hart he. Je ne sais pas bien, je sais que c'est quelque chose qui va très vite he." (P2)

De kennis met betrekking tot de oorzaken en risicofactoren van hypertensie, alsook de mogelijke gevolgen ervan, was respectievelijk zeer beperkt en afwezig. Hieronder hun reacties op de vraag naar de oorzaken en risicofactoren van hypertensie:

"Ik zou het niet weten." (P1)

"Euhm, ja ik denk nerveus zijn en vermoeidheid." (P2)

De overige vier patiënten toonden over het algemeen een aanzienlijk betere kennis. Ze waren allen in staat een verhoogde bloeddruk te beschrijven, hoewel er geen specifieke streefwaarden werden genoemd:

> *"Wel hoge bloeddruk is dus de kracht waarmee het bloed door de aders pompt he, dus dat die veel te hoog is waardoor je organen natuurlijk ervan aangetast geraken en waardoor ze het de sluipmoordenaar noemen eigenlijk, dus eeuhm… en dat dat daarom onder controle moet worden gehouden." (P3)*

> *"Eeuhm, das moeilijk om uit te leggen, ik denk gewoon een systeem waarbij de druk te hoog is in de bloedvaten eeuhm… ja dat watersysteem van daarnet." (P4)*

> *"Het heeft iets met de druk in de bloedvaten te maken." (P6)*

Wat betreft de kennis omtrent de oorzaken en risicofactoren van hypertensie wordt stress het meest frequent en vaak als eerste genoemd. Verder worden ouderdom, voedingsgewoonten (consumptie van zout, energiedranken en alcohol) en lichaamsbeweging als factoren vermeldt. Overgewicht komt bij niemand ter sprake.

> *"Druk maken, stress, opjagen… elke mens zijn hartslag en zijn bloeddruk gaat dan naar boven, dat weet ik. Ik dacht van eten niet… aah zout weet ik. En eeeuhm wat nog… energydrinks." (P3)*

> *"STRESS, das duidelijk. Ik denk dat er sowieso wel meerdere factoren zijn… eeuhm ja, levensstijl, veel zout eten, niet sporten… ik denk ook de leeftijd." (P4)*

> *"Stress en sowieso beweging.. Je moet met je lichaam bezig zijn en dat vind ik ook dan weer allemaal spijtig vandaag. Als kine predik ik voor mijn patiënten om op jonge leeftijd al te turnen, het gaat je veel bijbrengen. Het is een lange termijn investering he, want mensen verwachten altijd van hop en morgen zal het wel beter zijn, nee nee, je moet lange termijn investeringen ook met je lichaam doen, dan ga je daar zeker de vruchten van plukken, daar ben ik 100% van overtuigd." (P5)*

> *"Dat is zeker en vast stress en voeding, te weinig bewegen, alcohol, …" (P6)*

Wanneer bij de patiënten werd gepeild naar de mogelijke gevolgen van een hoge bloeddruk, hadden weer dezelfde twee patiënten (P1 en P2) totaal geen kennis hierover. De overige vier patiënten waren zich wel bewust van het feit dat een hoge bloeddruk aanzienlijke gevolgen kan hebben. Desondanks worden deze bij de meerderheid slechts in vage bewoordingen beschreven. Specifieke benoemingen zoals nierinsufficiëntie ('nierschade'), hartfalen en beroerte komen aan bod bij drie patiënten.

> *"Nu mijn hart is gezwollen maar dat hebben naar het schijnt veel mensen maar dat weet iedereen niet, dat kan erfelijk zijn. En dat kan hartfalen op termijn veroorzaken." (P3)*

> *"Ooow das een moeilijke, ik weet dat er veel gevolgen zijn aan nen hoge bloedduk, da besef ik wel… Maar jaah om specifiek uw vraag te beantwoorden, ze hebben da wel eens uitgelegd dat het zoals bij nen watersysteem is en dat er bij een hogedruk wa veel schade kan ontstaan natuurlijk en op termijn gewoon meer slijtage, maar eeuhm aan uw hart .. die echte details die ken ik ni." (P4)*

> *"Als kinesist weet ik wel dat dat serieuze gevolgen kan hebben. Het kan het hart en de vaten belasten. Waar ik nu meteen aan denk zijn nierschade en beroerte eigenlijk…" (P5)*

> *"Het heeft iets met de druk in de bloedvaten te maken, ik kan mij wel indenken dat dat in de hersenen of in de nieren wat schade gaat aanrichten als die te hoog is…. beroerte bijvoorbeeld." (P6)*

Met betrekking tot de kennis over de behandeling was het aantal innamemomenten bij iedereen gekend. Daarentegen waren slechts twee patiënten in staat de volledige namen van hun medicijnen correct te benoemen.

> *" Eeuhm, de laatste is nobiten en de andere is pfff. Ik heb die zo in mijn zak. Ik weet niet meer.." (P2)*

> *"Pfff, eeeuhm een roos doosje, cove, cove??" (P4)*

Ook het werkingsmechanisme van de medicatie is slechts bij drie patiënten gekend. Bovendien is het bij de meerderheid van de patiënten onduidelijk aan welke mogelijke bijwerkingen ze zich kunnen verwachten. Slechts twee patiënten konden hierover enige informatie geven:

> *"Nee, ni echt eigenlijk. Ik zou ni weten wat de bijwerkingen zijn. Ik denk natuurlijk in de tegenovergestelde richting een te lage bloeddruk, … want da weet ik van mijn vader. Die had ook hele gezwollen benen en dat kwam ook door zijn medicatie. En dan nog iets met de nieren, maar dat weet ik ni meer exact hoe dat in elkaar zat." (P4)*

> *"Dikke enkels" (P5)*

Perceptie

Vier patiënten schrijven hun eigen verhoogde bloeddruk toe aan stress-gerelateerde factoren (werkgerelateerde stress, relatieproblemen, geldzorgen, nervositeit). Bovendien zijn alle vier overtuigd dat zodra de stressfactor zou wegvallen, de bloeddruk zou normaliseren. Eén hiervan suggereert eveneens de mogelijkheid dat zijn hypertensie wellicht een erfelijke oorsprong heeft. Onderstaande citaten zijn afkomstig van deze patiënt:

> *"Mijn vader had ook altijd last van hoge bloeddruk terwijl hij nooit veel zout at en gezond leefde." (P4)*

> *"Ik weet dat mijn bloeddruk gewoon stijgt door de stress op het werk enzo ... Thuis, werk, stress, kinderen in het algemeen .. Het is door de stress dat mijn bloeddruk stijgt en eeuhm, als ik op vakantie ben enzo, dan is mijn bloeddruk normaal, dus ik heb die pillen dan niet nodig. Ik moet gewoon weg van de stress zeg maar he, weg van de drukte." (P4)*

Wat betreft de overige twee patiënten, is de overtuiging van één patiënt (P3) dat zijn levensstijlkeuze, met name ongezonde voeding en gebrek aan lichaamsbeweging de belangrijkste oorzaak is. De andere patiënt (P1) kon hierover geen uitspraak doen.

Met betrekking tot de perceptie over de behandeling van hypertensie geven de meeste patiënten aan, niettegenstaande enige terughoudendheid ten aanzien van medicatiegebruik, te geloven in de effectiviteit van de behandeling en van goede wil te zijn om de medicatie te nemen. Echter bij nadere bevraging over de daadwerkelijke naleving en haalbaarheid van de voorgeschreven behandeling, blijken persoonlijke redenen om (soms) af te wijken vaak voor te komen. Deze redenen omvatten onder andere het vergeten innemen van de medicatie door drukte, evenals de hoop de aandoening te kunnen behandelen uitsluitend door de levensstijl aan te passen, waarbij de patiënt in de praktijk hier niet aan toekomt. Hieronder enkele antwoorden op de vraag of ze geloven dat de medicatie helpt om de bloeddruk te verlagen:

"Ja tuurlijk, da geloof ik wel, dat het macheert en eeuhm helpt om de bloeddruk omlaag te krijgen, maar ik weet wel dat er andere manieren zijn om uw bloeddruk omlaag te krijgen.. Ik hoef niet voor de rest van mijn leven die pillen in te nemen." (P4)

"Ja maar ik denk dat dat zich kan herstellen ook zonder medicatie… door aanpak leefstijl kan het ook." (P5)

"Jaaaah, meestal vergeet ik het gewoon, druk bezig met iets anders.. maar tja, af en toe eens vergeten kan toch ook geen kwaad he." (P6)

Eén patiënt (P2) geeft aan niet te geloven in de werking van de medicatie en altijd terughoudend te zijn geweest ten aanzien van medicamenteuze behandelingen. Indien ze in het verleden ziek was, trachtte zij dit te behandelen met zo weinig mogelijk of zelfs geen medicatie:

"Nee, en ik geloof dat niet … Alé ik ben tegen medicamenten hé. Hoh seg, alé nu, ik heb geteld, ik heb zeven medicamenten he, dat is niet te doen he. … Alé" (P2)

Ziektegebonden factoren

Met uitzondering van één patiënt (P4), vertonen alle overige patiënten comorbiditeiten gepaard met inname van meerdere medicijnen (zie tabel 3). Hoewel dit niet uitdrukkelijk als een mogelijke reden voor therapieontrouw wordt vermeld door de patiënten, vormt dit wel een opvallend gegeven.

Verder zien we dat vier patiënten zowel in het verleden als heden geen klachten ten gevolge van hun hypertensie ondervinden. Één hiervan (P2) geeft expliciet toe dat ze geen noodzaak ziet om haar medicatie in te nemen omdat ze geen symptomen ten gevolge van hypertensie ervaart.

"Neen, maar dat is het probleem, ik voel toch niets, als ik een verschil zie akkoord, maar ik merk geen verschil he." (P2)

Drie patiënten (P1, P3 en P6) delen mee dat zij een aanzienlijke impact hebben ervaren op hun therapietrouw nadat een life changing event zich heeft voorgedaan, hetzij persoonlijk, hetzij in de omgeving. Zij benadrukken dat deze ervaring de voornaamste drijfveer vormt voor hun motivatie tot therapietrouw. Hieronder volgt een korte beschrijving van elk van deze ervaringen:

Patiënt P1 is een opvallende casus van verbeterde therapietrouw na het optreden van een ernstige complicatie. Deze patiënt was niet meer in opvolging en meldde zich na lange tijd terug op de praktijk vanwege acuut ontstane dyspnoe, wat uiteindelijk een hartinfarct (met hartfalen) bleek te zijn. Na het ondergaan van een percutane coronaire interventie kreeg hij een behandeling voorgeschreven met acht verschillende medicijnen. Tot op heden houdt hij zich nauwgezet aan zijn medicatieschema om heropname in het ziekenhuis te vermijden:

"Dit (het vergeten innemen van de medicatie) heeft zich nog geen één keer voorgedaan… Ik wil niet meer terug naar de kliniek hé." (P1)

Patiënt P3 geeft aan angst te hebben voor plotseling overlijden, voortkomend uit enerzijds een slechte ervaring in zijn directe omgeving (hartinfarct bij zijn moeder) en anderzijds het persoonlijk ondervinden van symptomen, met name kortademigheid ten gevolge van hypertrofe cardiomyopathie veroorzaakt door hypertensie.

“Ja ik heb dat bij mijn moeder gezien en ook wat voor gevolgen dat allemaal kan hebben, ik heb mijn moeder ooit op de grond gevonden, bewegeloos, waarbij direct de MUG bij is gekomen. Zij had een hartstilstand waarbij ze onmiddellijk een pacemaker hebben moeten geven en dat is een beeld dat je bijblijft.” (P3)

“Ik zit nu met u te praten, maar ik ben toch wel kortademig.. Ik ben er heel veel mee bezig, dat zit continue in mijn hoofd , ik denk heel veel sebiet val ik hier door neer, dat is heel erg dat ik dat moet zeggen, maar dat is een angst he, ik ben bang om dood te vallen..” (P3)

Patiënt P6 heeft besloten om haar medicijnen wel beter in te nemen nadat zij werd geconfronteerd met het overlijden van haar vriendin ten gevolge van een beroerte en kennis heeft genomen dat hypertensie hier een oorzaak van kan zijn.

“Nee nee nee neee, vroeger nam ik mijn pilletjes niet zo dikwijls in, nee nee, maar nu ja, die vriendin met die beroerte, dat heeft mij toch wel wat wakker geschud zo.” (P6)

3.3 Terugkoppeling: nominale groepsgesprek

Deze studie heeft ons geprikkeld tot de denkoefening om na te gaan op welke manier we onze bevindingen kunnen implementeren in de praktijk. Gezien er veel enthousiasme was vanuit de collega's, hebben we dit verwezenlijkt door tijdens de wekelijkse vergadering hierover te discussiëren; gebruikmakend van de nominale groepstechniek. Dit heeft geleid tot een consensus en de ontwikkeling van een uniform praktijkbeleid met betrekking tot de aanpak van hypertensie en het monitoren van de therapietrouw.

Hieronder volgt een uiteenzetting van de verschillende thema's die aan bod zijn gekomen tijdens deze vergadering. Voor elk van deze onderwerpen zijn concrete actiepunten geformuleerd. Hierbij dienen we te benadrukken dat het merendeel van de patiënten in de praktijk wel in goede controle en opvolging is, al dan niet conform met de richtlijnen. We streven echter als praktijk naar maximale patiëntenzorg en om die reden worden deze bijkomende aanpassingen doorgevoerd. Het praktijkprotocol dat werd opgesteld is terug te vinden in bijlage 5.

Praktijkorganisatie

Sinds oktober 2023 is er in onze praktijk een proefproject lopende waarbij dagelijks tussen 8u00 en 9u00 geplande bloednames plaatsvinden die afwisselend door een collega huisarts worden uitgevoerd. Voor het bespreken van de resultaten komen patiënten vervolgens terug op consultatie, voorheen gebeurde dit steeds telefonisch. Ondertussen zijn we twee maanden verder en zien zowel de collega's als de patiënten een duidelijke meerwaarde om met resultaten naar de raadpleging te komen. Het draagt namelijk bij aan een efficiëntere communicatie en een bredere benadering van de resultaten. Een kleine groep patiënten vraagt wel nog specifiek om de bespreking telefonisch te houden. Dit wordt aanvaard om de therapietrouwheid te kunnen behouden. Gezien het succes van dit project wensen we voorlopig deze dagelijkse prikmomenten te behouden. In de toekomst zal er eventueel een prikverpleegkundige ingeschakeld worden in de praktijk.

In de praktijk is er momenteel geen ECG-toestel beschikbaar. Om een jaarlijkse ECG-meting te kunnen uitvoeren zoals aanbevolen in de richtlijnen, werd er besloten een ECG/spirometrie toestel aan te schaffen. Hiermee wenst de praktijk het voorbeeld van de verkregen kennis uit deze door te trekken en in de toekomst deze ook toe te passen naar andere pathologieën toe. Een collega heeft zich tevens vrijwillig aangeboden om het ECG-certificaat te behalen opdat er twee collega's zich systematisch in de praktijk hierop kunnen vestigen.

Tot slot wordt er ook overwogen om een Tv-scherm in de wachtzaal te plaatsen met oog op sensibilisering van de patiënten met maandelijkse thema's.

Gebrek aan uniformiteit

We stelden vast dat er een gebrek bestond aan uniformiteit in de diagnosestelling alsook in de opvolging van hypertensie binnen de praktijk.

Uit de spreadsheet met analyse van de dossiers (n=180) kan afgeleid worden dat de diagnose van hypertensie in bepaalde gevallen werd opgesteld op basis van een éénmalige hoge meting tijdens één

consult. Hoewel er in de follow-up te zien is dat bij deze patiënten geen sprake is van hypertensie (n=18) werd er alsnog op basis van deze enkele meting het zorgelement aangemaakt. Daarnaast zijn er ook patiënten die door aanpassingen in hun leefstijl (bijvoorbeeld vermagering, gastric bypass chirurgie, etc.) heden geen hypertensie meer hebben, maar nog steeds het actieve zorgelement hypertensie bevatten in hun dossier (n=6). Als actiepunt werd de nadruk gelegd op diagnosestelling conform de laatste ESC/ESH Richtlijnen van hypertensie (2023), die werden overlopen tijdens de vergadering. Er werd eveneens benadrukt zorgvuldig om te gaan met het toewijzen van zorgelementen; zo werd de consensus bekomen om het zorgelement hypertensie te classificeren als 'passief relevant' in geval er geen sprake meer is van hypertensie.

Tijdens het live symposium 'Cardio anno 2023 – back to basics' dat we hebben bijgewoond op 28 oktober 2023, werd nog meer dan tevoren het belang van thuismonitoring volgens de laatste ESC/ESH richtlijnen onderstreept. Bijgevolg stelden we tijdens de vergadering voor om enkele praktijkbloeddrukmeters aan te schaffen, met als doel de toegankelijkheid tot thuismetingen te vergroten. Er werd echter besloten om dit niet te doen vanwege het herhaaldelijk verlies door patiënten in het verleden. Deze beslissing werd uiteraard genomen rekening houdend met de beschikbaarheid van betrouwbare apparaten tegen een schappelijke prijs van 30-40 euro.

Met betrekking tot de frequentie van follow up zagen we dat heel wat patiënten met uitsluitend hypertensie als aandoening driemaandelijks op consult komen. Hoewel deze frequentie ook aanvaardbaar is, streven we naar uniformiteit gebaseerd op de richtlijnen. Andersom zijn er ook patiënten die slechts éénmaal per jaar op consult komen en hun voorschriften drie- of zesmaandelijks per telefonische aanvraag ontvangen. Een belangrijke externe factor die hierbij een rol heeft gespeeld, is de COVID-19 pandemie. Gedurende deze periode konden veel patiënten voorschriften voor hun chronische aandoeningen zonder consultatie bekomen en deze verwachting is deels behouden gebleven. Alle collega's zijn van mening dat dit problematisch wordt met betrekking tot de follow up. Bijgevolg is er besloten om vanaf 1 januari 2024 chronische voorschriften enkel via consultatie te verstrekken. Hierbij zal aandacht worden besteed aan het voldoende meegeven van voorschriften tot het volgende consult en het direct inplannen hiervan. Vanaf november 2023 wordt deze aanpassing in werkwijze telefonisch, bij elk nieuw voorschriftverzoek, en per mail door het secretariaat bekendgemaakt aan de patiënt. Ook hangt deze informatie uit in de wachtzaal. Een bijkomende aanpassing is dat we de jaarlijkse consultaties zoveel mogelijk zullen trachten te verplaatsen naar de zomer of het voorjaar, in plaats van in de herfst en de winter, gezien de praktijkagenda dan veel rustiger is.
Tijdens discussie over de aanpassing van de follow-up frequentie was er een duidelijk verschil in denkwijze zichtbaar tussen de jongere en oudere collega's in de praktijk. De oudere collega's hebben al jarenlang een bepaalde werkwijze met patiënt educatie waardoor er initieel weerstand was tegen de wijziging in de follow up frequentie. Na presentatie van de evidentie zijn ze echter wel overtuigd geraakt.

Tot slot constateerden we dat de inhoud van follow up, inclusief bij therapietrouwe patiënten, niet altijd in overeenstemming was met de huidige richtlijnen. De jaarlijkse microalbuminurie wordt niet steeds uitgevoerd en een jaarlijkse ECG-onderzoek blijft volledig achterwege. Een jaarlijkse bloedafname daarentegen wordt wel vrijwel bij iedereen gedaan. Men zal trachten voortaan hier extra aandacht aan te besteden en zoals eerder vermeldt, zal er een ECG-toestel aangeschaft worden om dit laagdrempelig te kunnen aanbieden.

Informatievoorziening

Bij terugkoppeling van de resultaten van de masterproef met betrekking tot het lage kennisniveau van de patiënten waren de collega's verbaasd omdat ze ervan overtuigd waren dat ze steeds voldoende informatie aan elke patiënt verstrekken. Ze gaven wel toe dat de informatie niet altijd werd herhaald met de veronderstelling dat deze zou worden onthouden. Als actiepunt werd er besloten om bij de diagnosestelling steeds aan elke patiënt een brochure mee te geven, waarin onder andere wordt verwezen naar thuisarts.nl. Daarnaast zullen ook enkele brochures in de wachtzaal worden geplaatst.

Met als doel het bewustzijn te vergroten en preventie, detectie en controle van hypertensie te bevorderen is er eveneens besloten om jaarlijks in de week van 17 mei in kader van 'Wereld Hypertensie Dag' een pop-up bericht op de website van de praktijk te plaatsen, alsook affiches uit te hangen in de wachtzaal en alle kabinetten.

Tot slot blijken zowel de collega's als de patiënten onvoldoende vertrouwd te zijn met het concept BOV. Er werd positief gereageerd op het voorstel om een BOV-coach uit te nodigen om wat meer praktische toelichting aan te bieden.

4. Discussie

Algemeen kunnen we concluderen dat de resultaten van ons onderzoek in grote lijn overeenkomen met de onderzochte literatuur. Niettemin zouden we deze paragraaf willen aanvangen met een belangrijke vaststelling in ons onderzoek, namelijk dat de therapietrouw binnen onze praktijk niet alleen veel beter is dan aanvankelijk verwacht, maar tevens ook hoger is dan beschreven in de literatuur (14,15,20).

Hoewel het spijtig is dat onze studiepopulatie niet de verwachte omvang heeft bereikt, kan dit gegeven in zekere mate worden beschouwd als een bevestiging van de literatuur waaruit blijkt dat er zich duidelijke geografische verschillen voordoen met betrekking tot therapietrouw en waarbij doorgaans een hogere graad van therapieontrouw voorkomt in de niet-westerse en lage- en middeninkomenslanden (21). Hierbij dient er echter een kanttekening gemaakt te worden dat hoewel België een Westers land is, dit voorzichtige interpretatie vereist vanwege de grote verscheidenheid aan migrantengroepen in ons land en de toenemende kloof tussen de verschillende sociaaleconomische groepen (32). De demografische samenstelling van onze praktijk behoort echter voornamelijk tot welvarende patiënten van Kaukasische afkomst.

Significant bevorderende factoren voor therapietrouw die naar voren komen in ons onderzoek zijn een goede arts-patiënt relatie en voldoende informatievoorziening. Het belang hiervan wordt meermaals in de literatuur beschreven, ook ons onderzoek lijkt dit te bevestigen (18, 28, 29, 39, 48). Bovendien zien we in onze studie dat deze twee factoren nauw met elkaar verbonden zijn. Patiënten geven aan dat hun vertrouwensband met de huisarts wordt versterkt doordat deze meer en duidelijke informatie verstrekt, waardoor ze zich gewaardeerd voelen. Omgekeerd stellen we ook vast dat een betere vertrouwensband een open communicatie bevordert. Zo vermelden de patiënten dat ze zich comfortabeler voelen, meer vragen durven stellen en hun problemen gemakkelijker aankaarten waardoor een omgeving wordt gecreëerd waarin de huisarts meer informatie kan verstrekken.

Bij het analyseren van de resultaten stellen we een tegenstrijdigheid vast. De meerderheid van de patiënten blijkt namelijk tevreden te zijn over de informatievoorziening door hun huidige huisarts. Desalniettemin getuigt het algemene lage kennisniveau met betrekking tot hypertensie en de behandeling ervan eerder van een tekort hieraan dan wel van vergeetachtigheid door patiënten, wat dus de noodzaak van herhaling van informatievoorziening benadrukt. Bovendien reageren alle patiënten positief wanneer gepeild wordt naar hun bereidheid om meer te weten te komen over hun aandoening en behandeling. Deze tegenstrijdigheid doet ons de vraag stellen of er mogelijks sprake is van een sociale wenselijkheidsbias, of dat patiënten geneigd zijn snel tevreden te zijn. Dit onderwerp vraagt mogelijks om verdere uitdieping. In ieder geval suggereert onze studie dat er ruimte is voor verbetering in de informatievoorziening. Het gebrek aan kennis van patiënten omtrent hypertensie en de behandeling komt ook naar voor in de literatuur (49).

Een ander opvallend resultaat uit ons onderzoek dat overeenkomt met de literatuur, is dat patiënten vaak stress als enige oorzaak van hun hypertensie beschouwen.

De complexiteit van het medicatieschema en de aanwezigheid van comorbiditeiten, beiden welbekende factoren in de literatuur, lijken in ons onderzoek minder relevant te zijn (20,23). Hoewel de meeste patiënten verschillende medicaties innemen vanwege comorbiditeiten, benadrukt de meerderheid dat dit geen invloed heeft op hun therapietrouw. De meeste patiënten staan onder een combinatietherapie in de vorm van SPC, wat volgens de literatuur ook sterk bijdraagt aan een hogere therapietrouw (24).

Beperkingen en sterktes

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen waarmee rekening dient gehouden te worden. Een eerste belangrijk knelpunt is het moeilijk rekruteringsproces, dat uiteindelijk resulteerde in de inclusie van zes patiënten. Dit maakt het moeilijk om onze bevindingen te generaliseren naar de algemene bevolking. Onze bevindingen zijn enkel representatief voor de praktijk waarin dit onderzoek is uitgevoerd. Op bredere populatieniveau is onze studie duidelijk weinig representatief aangezien deze hoofdzakelijk bestond uit patiënten van Kaukasische afkomst, woonachtig in Schilde, met een midden tot hoog inkomen. Deze demografische samenstelling resulteerde in het feit dat culturele, religieuze en sociaaleconomische factoren, die volgens de literatuur een belangrijke invloed kunnen hebben op de therapietrouw, weinig tot niet aan bod kwamen in onze studie (14, 38). Vermoedelijk had deze studie een breder scala aan resultaten kunnen opbrengen, met meer diversiteit, indien het was uitgevoerd in een grootstedelijke, multiculturele praktijk.

Een andere belangrijke beperkende factor betreft de gehanteerde meetmethode voor therapietrouw. Zoals de literatuur ook aangeeft, is het objectiveren van therapietrouw een moeilijke uitdaging en bestaat hier geen gouden standaard voor (14). Onze onderzoekspopulatie is samengesteld op basis van handmatige analyse van de dossiers en telefonische zelfrapportage. Wellicht zijn er meerdere patiënten die niet werden benaderd alsook mogelijks tijdens de telefonische benadering hun therapietrouw hebben gemaskeerd. Ook konden we daadwerkelijke inname van medicatie nooit volledig aantonen. We hebben een bewuste keuze gemaakt om te vertrouwen op het goede wil van de patiënt.

Een methodologische beperking is de invloed van sociale wenselijkheid. Desalniettemin is deze beperking relatief. We vermoeden dat deze bias wellicht aan bod is gekomen tijdens het rekruteringsproces wat mogelijks heeft geleid tot het missen van patiënten die anders wel geïncludeerd hadden kunnen worden. Anderzijds denken we dat deze bias minder aanwezig is bij de zes geïnterviewde patiënten. Tijdens het interview gaven zij blijk van een totale openheid in hun antwoorden. Bovendien ging het in deze studie niet om zelfrapportage met betrekking tot de therapietrouw, maar eerder om het begrijpen van de achterliggende redenen hiervoor bij patiënten die hun therapieontrouw wel erkennen. Dit laatste aspect is veel minder vatbaar voor sociaal wenselijke antwoorden.

Een laatste belangrijke beperking heeft te maken met het feit dat we onvoldoende ervaring hebben in het uitvoeren van een kwalitatieve studie en de juiste gesprekstechnieken nog niet volledig beheersen om het maximale te halen uit interviews.

Hoewel een groter aantal deelnemers wenselijk was en theoretische saturatie niet werd bereikt, zijn we erin geslaagd relevante informatie te bekomen die grotendeels overeenkomt met de bestaande literatuur. De zoektocht naar patiënten heeft ons heel wat waardevolle inzichten opgeleverd met betrekking tot praktijkvoering en dossierbeheer. Deze oorspronkelijk kwalitatief opgezette studie heeft ons bijgevolg aangemoedigd om eveneens de focus te leggen op praktijkbevordering en heeft geleid tot de ontwikkeling van een praktijkprotocol (aan de hand van een nominale groepsgesprek). Tijdens de vergadering met de collega's ontstonden er op bepaalde momenten pittige discussies, waarbij zich dilemma's voordeden tussen het hanteren van gebruikelijke handelingen en het toepassen van een evidence based benadering. Na vele kritische argumenten door beide partijen en een reflectie op de visie en missie van onze praktijk, werd er consensus bereikt over het streven naar een zo evidence based mogelijke werkwijze. De opgestelde praktijkrichtlijn, gebaseerd op de ESH-richtlijnen voor hypertensie uit 2023, werd zeer positief ontvangen door de collega's.

Dit initiatief kunnen we in de toekomst doortrekken naar onze eigen praktijk en ook uitbreiden naar andere chronische aandoeningen zoals bijvoorbeeld diabetes, COPD, etc. Bovendien heeft deze studie ook een bijdrage geleverd aan sensibilisering in de praktijk, wat van groot belang is gezien de literatuur aangeeft dat wereldwijd ongeveer de helft van de hypertensiepatiënten nog niet gediagnosticeerd is (50).

Suggesties voor vervolgonderzoek

Een suggestie voor vervolgonderzoek zou zijn om soortgelijke studie uit te voeren op grotere schaal en binnen een meer gevarieerde populatie met meer diverse variabelen zoals etniciteit en socio-economische status. Bijkomend lijkt het ons eveneens interessant om vervolgonderzoek te doen dat meer inzicht biedt in de effectiviteit van communicatievaardigheden. Hierbij kan specifiek worden nagegaan hoe huisartsen en patiënten hun eigen rollen in de communicatie ondervinden. Bovendien is het ook relevant om te onderzoeken welke hindernissen huisartsen ervaren bij het bespreken en monitoren van therapietrouw. Tot slot kan eventueel in kader van een praktijkverbeterend project nagegaan worden of het aanleren van specifieke communicatiestrategieën en of bepaalde programma's of tools kunnen bijdragen aan bevordering van therapietrouw bij hypertensie patiënten.

5. Conclusie

In dit onderzoek trachtten we op kwalitatieve wijze de uitdagingen en factoren te identificeren die de therapietrouw beïnvloeden bij hypertensiepatiënten in de eerste lijn, met als doel om meer inzicht te verkrijgen zodat deze patiënten beter begeleid en ondersteund kunnen worden bij het gebruik van antihypertensiva en het behalen van mogelijke gezondheidswinst.

De aanleiding voor aanvang van deze studie was de vaststelling dat heel wat hypertensiepatiënten in onze praktijk niet onder controle bleken te zijn, waaruit de vraag rees in hoeverre therapietrouw hierin een rol speelt. Uiteindelijk laat ons onderzoek zien dat de therapietrouw binnen onze praktijk veel hoger is als verwacht. Zowel de literatuur als ons onderzoek tonen aan dat er talrijke factoren van invloed kunnen zijn op de therapietrouw bij hypertensiepatiënten en deze bovendien afhankelijk zijn van patiënt tot patiënt alsook kunnen variëren in de tijd wat maakt dat er geen eenduidige routekaart bestaat voor het verbeteren van de therapietrouw. Desondanks komen een goede arts-patiënt relatie en voldoende informatievoorziening duidelijk naar voren als belangrijke predictoren van therapietrouw. Het is van groot belang om op individuele basis de oorzaken van therapieontrouw te onderzoeken zodat een aanpak op maat kan worden toegepast met nadruk op deze twee laatste factoren.

6. Dankwoord

Met het voltooien van deze masterproef komt er een einde aan onze opleiding Huisartsgeneeskunde. Het beëindigen van deze studieperiode en het tot stand komen van dit masterproefonderzoek zouden niet mogelijk zijn geweest zonder de steun en de hulp van een aantal bijzondere personen. Graag wensen we via dit dankwoord een aanzet te doen om hen te bedanken.

In de eerste plaats zouden we een oprecht woordje van dank willen richten tot professor Peremans. Zonder haar bereidwilligheid om als promotor voor deze verhandeling te willen fungeren, had dit onderzoek zelfs nooit een aanvang kunnen nemen. De methodologische inzichten die zij heeft aangereikt, de kritische blik en de motiverende gesprekken vormden een belangrijke factor bij het behalen van dit eindresultaat.

Daarnaast zouden wij onze waardering willen uitdrukken voor de patiënten en de collega's die in het kader van dit onderzoek bereid waren een gesprek aan te gaan.

Ten slotte zouden we ook onze lieve ouders willen bedanken. Met geen woorden kunnen we uitdrukken hoezeer hun onvoorwaardelijke steun op alle mogelijke gebieden heeft geholpen om door te zetten tijdens moeilijke momenten.

7. Reflectie

Samen met mijn collega Cansu, die tevens ook mijn echtgenote is, zijn we op het idee gekomen om onze masterproef te wijden aan dit boeiende onderwerp. De intrigerende vraag die ons dreef was voornamelijk het idee waarom sommige patiënten ondanks onze welgemeende inspanningen om hen te helpen, toch het oprechte advies die we aanbieden niet altijd volgen. Het was fascinerend om te achterhalen waarom therapietrouw bij hypertensie soms zo'n uitdaging vormt en welke cruciale elementen hierin een rol spelen. Het doel achter onze studie heeft voor mij altijd wel wat verder gereikt dan louter het verwerven van enkele inzichten. Cansu en ik hebben altijd gestreeft om deze inzichten toe te passen in de praktijk en om actief bij te dragen aan de verbetering van de klinische aanpak. Door het laag aantal geïnterviewde patiënten hebben we deze wending dan ook op advies van onze promotor aan onze studie gegeven. We geloven dat we deze kennis in de dagelijkse werking van onze huidige praktijk hebben verwerkt en we een tastbaar verschil hebben verwezenlijkt in het leven van onze patiënten. De ambitie om de brug te slaan tussen enerzijds onderzoek en anderzijds de praktijk was de drijvende kracht die ons werk een diepere betekenis heeft gegeven.

Aan de hand van onze literatuurstudie heb ik heel wat kennis vergaard, met name over de motivaties en de belemmeringen die patiënten ervaren in kader van hun therapietrouwheid. Deze inzichten hebben me nogmaals doen beseffen over het belang van het opbouwen van een sterke vertrouwensrelatie met mijn patiënten. Hierdoor kan ieder partij zich vrij voelen om zich openlijk te uiten – liefst zonder de drang om sociaal wenselijk over te komen – wat in feite een essentieel vertrekpunt is om de therapietrouw te bevorderen.
Het fascinerend aspect van het veldonderzoek was het directe contact die ik met mijn patiënten tijdens de interviews heb gehad. Deze gesprekken boden mij een unieke blik in hun leven en gedachtegang. Niet alleen leverde het waardevolle antwoorden op voor ons onderzoek, het bevorderde ook in een niet te verwaarlozen mate onze vertrouwensband. Deze positieve invloed merkte ik vooral op tijdens de opvolgconsultaties waarbij de sfeer in het kabinet een meer ontspannen karakter kreeg en de interactie ondanks het professioneel karakter van een arts-patiënt relatie toch wat meer aimabel was.
Een bijzonder inzicht uit dit proces is dus dat het besef dat het houden van dergelijke interviews in de toekomst wellicht bij sommige van mijn therapieontrouwe patiënten waardevol zal zijn. Ik vind dat deze gesprekken hebben geholpen om de specifieke behoeften en obstakels die de patiënten ervaren te begrijpen; waardoor we als professional beter kunnen inspelen op de individuele wensen en noden van onze patiënten. Ik sta dan ook volledig achter de conclusie van onze studie.

Tijdens het bestuderen van de interviews ben ik tot de vaststelling gekomen dat een levensveranderende gebeurtenis heel vaak de doorslaggevende factor vormt naar therapietrouw toe. Dit betreur ik enorm, voornamelijk omdat deze patiënten hierdoor soms ettelijke jaren niet optimaal behandeld worden.
Ik ben tot de vaststelling gekomen dat onze rol als huisarts hier nogmaals cruciaal naar voor komt. Onze studie en deze zelfreflectie hebben me doen nadenken over het type arts die ik wil zijn en hoe ik de relatie met mijn patiënten wil benaderen. Het proces heeft me bewust gemaakt van de complexiteit van een optimale arts-patiënt relatie. Hoewel ik nog niet volledig heb uitgeklaard hoe ik dit precies wil vormgeven, besef ik wel dat het een continu en evoluerend proces is dat specifiek naar de wensen en behoeften van de patiënt zelve afgestemd moet worden.

Het nemen van de interviews verliep over het algemeen wel goed. Bij het herbeluisteren van de fragmenten heb ik me wel gerealiseerd dat er heel wat momenten zijn geweest waarbij ik beter had kunnen inspelen op sommige antwoorden van de patiënten.

Hoewel ik zeker en vast tevreden ben met de verkregen informatie, erken ik wel dat het toch net een tikkeltje beter zou geweest zijn moest ik wat meer ervaring hebben gehad in het hanteren van de juiste gesprekstechnieken. Desondanks beschouw ik dit als een leermoment en zie ik dit als een kans voor persoonlijke groei en verbetering van mijn professionele aanpak in de toekomst.

De codering van de resultaten hebben Cansu en ik doelbewust afzonderlijk uitgevoerd. Na elk interview hebben we onze individuele resultaten van de codering besproken en gezamenlijk (soms gepaard met wat discussie :D) deze tot een gedeelde codeboom herleid. Dit proces vormde dan ook de rode draad van onze samenwerking.
Hoewel Cansu en ik al enkele jaren getrouw zijn, krijgen wij vaak het 'professioneel' advies om niet samen te werken, noch op de werkvloer, noch voor onze masterproef. Hoewel sommige momenten van stress en meningsverschillen uitdagend kunnen zijn, slagen Cansu en ik er altijd in om tot een gezamenlijke oplossing te komen, ik vind dat we zeer goed op elkaars sterke- en werkpunten kunnen inspelen. Ik dank dit dan ook aan onze wel geoliede samenwerking. Ik ben dan ook zeer blij dat ik aan dit onderzoek samen met haar heb kunnen werken.

Tijdens onze masterproef hebben er zich echter ook enkele tegenslagen voorgedaan. De patiëntrekrutering verliep moeizaam. We slaagden er jammer genoeg slechts in om zes interviews uit te voeren, dit was heel even toch wel wat ontmoedigend. Hoewel we graag een hogere rekrutering hadden verwacht, vond ik de verkregen resultaten toch boeiend.
Na uitgebreid overleg met onze promotor hebben we besloten om een praktijkbevorderende luik aan onze studie toe te voegen. Dit proces benadrukt voor mij het belang van flexibiliteit en het vermogen om in te spelen op veranderingen die zich tijdens wetenschappelijk onderzoek kunnen voordoen.
De resultaten van de interviews en de databaseanalyse werden vervolgens tijdens de wekelijkse vergadering besproken aan de hand van de nominale groepstechniek. Het was zeer fijn om als HAIO het engagement en het enthousiasme van onze collega's te ervaren. Al snel werd er beslist om een praktijkrichtlijn op te stellen die we als leidraad zouden gebruiken. Hier heb ik mij dan ook op toegespitst. Het uitwerken van de praktijkrichtlijn heeft me doen vaststellen dat in een groepspraktijk er een hele fijne lijn bestaat tussen de individuele autonomie en het collectief handelen. Hoewel ik vind dat elke arts zelf mag beslissen hoe hij geneeskunde voert, denk ik dat het van belang is om als groepspraktijk een zekere rode draad van handelen te hebben zodat de praktijkvoering toch nog enigszins op elkaar afgestemd kan worden zonder dat de behandeling en opvolging van de patiënt in het gedrang komt.
Deze gedeelde visie die verkregen is geweest door het praktijkprotocol heeft dit proces mijns inziens aanzienlijk vergemakkelijkt. Zowel mijn collega's al ik zijn blij met de positieve impact die deze richtlijn zal aanbieden. Ik zal dan ook later in mijn eigen praktijk regelmatig trachten te overleggen en af toetsen of het noodzakelijk is om bij bepaalde onderwerpen er een nood bestaat tot het uitwerken van een gezamenlijke protocol.

Persoonlijk aandeel

De zoekopdracht voor de literatuurstudie (keuze van MeSH termen, selectie van de artikels op basis van het abstract, etc.) werd gezamenlijk uitgevoerd. De geïncludeerde artikels werden vervolgens door ons afzonderlijk gelezen. De uitwerking en het neerpennen van de literatuurstudie werd evenwichtig verdeeld.

In kader van het veldonderzoek, werd de methodologie door Cansu uitgewerkt. Vanwege een beperkt aantal deelnemers werd er besloten om de interviews, op het eerste na, door één onderzoeker (Yasin) te laten uitvoeren opdat deze hierin volledig vertrouwd zou geraken. De transcriptie van de interviews werd eveneens door Yasin uitgevoerd. De codering gebeurde afzonderlijk van elkaar, waarna deze tot één gezamenlijke codeboom werd herleid.

De verwerking van de resultaten en het opsommen van de relevante bevindingen werden gezamenlijk uitgevoerd, waarna deze gelijkmatig werd verdeeld voor neerslag. De verslaggeving van de nominale groepsgesprek en het uitwerken van de praktijkrichtlijn werd door Yasin op zich genomen. De praktijkrichtlijn werd eveneens door collega dr. Schoeters Kristof nagelezen en gevalideerd. De discussie en de conclusie werden door Cansu gefinaliseerd.

Hierbij dienen we te benadrukken dat elke stap steeds door beide onderzoekers kritisch werd nagelezen. We kunnen concluderen dat alles gelijk en evenwichtig werd verdeeld. We zijn zeer tevreden van de werkverdeling en het resultaat die we hebben verkregen.

8. Referenties

1. Novello MF, Rosa ML, Ferreira RT, Nunes IG, Jorge AJ, Correia DM, et al. Compliance with the Prescription of Antihypertensive Medications and Blood Pressure Control in Primary Care. Arq Bras Cardiol. 2017;108(2):135-42.
2. Organization WH. Hypertension: WHO; 2023 [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=An%20estimated%201.13%20billion%20people,cause%20of%20premature%20death%20worldwide.
3. Collaboration NCDRF. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet. 2017;389(10064):37-55.
4. Wighton K. High blood pressure affects 1.13 billion people, says new study: Imperial News; 2016 [Available from: https://www.imperial.ac.uk/news/175977/high-blood-pressure-affects-113-billion/.
5. Chronisch; K Cardiovasculair stelsel; K86 Hypertensie zonder orgaanbeschadiging; Mannen en vrouwen; Alle leeftijden; [Internet]. Available from: https://www.intego.be/resultaten/tool.
6. Liga BC. 17 mei 2018: Wereld Hypertensie Dag: Belgische Cardiologische Liga; 2019 [Available from: https://liguecardioliga.be/17-mei-2018-wereld-hypertensie-dag/.
7. J. Van der Heyden RCGCzea, Brussel BSRDBo, www.gezondheidsenquete.be. [
8. Johannes FE Mann JMF. Choice of drug therapy in primary (essential) hypertension: UpToDate; 2020 [Available from: https://www.uptodate.com/contents/choice-of-drug-therapy-in-primary-essential-hypertension#H24.
9. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;387(10022):957-67.
10. Peacock E, Krousel-Wood M. Adherence to Antihypertensive Therapy. Med Clin North Am. 2017;101(1):229-45.
11. Ahmed R, Aslani P. What is patient adherence? A terminology overview. Int J Clin Pharm. 2014;36(1):4-7.
12. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-97.
13. Burnier M, Polychronopoulou E, Wuerzner G. Hypertension and Drug Adherence in the Elderly. Front Cardiovasc Med. 2020;7:49.
14. Burnier M, Egan BM. Adherence in Hypertension. Circ Res. 2019;124(7):1124-40.
15. van Onzenoort HV, Willem & AGH, Kessels & Kroon, Abraham & Neef, Cornelis & van der Kuy, Hugo & de Leeuw, Peter. Therapietrouw bij de behandeling van hypertensie: combinatie van meetmethoden geeft meer inzicht in innamegedrag. Pharmaceutische Weekblad Wetenschappelijk Platform. 2015;a1505.
16. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Treatment adherence and blood pressure control in older individuals with hypertension. Arq Bras Cardiol. 2012;99(1):636-41.
17. Hayes P, Casey M, Glynn LG, Molloy GJ, Durand H, O'Brien E, et al. Measuring adherence to therapy in apparent treatment-resistant hypertension: a feasibility study in Irish primary care. Br J Gen Pract. 2019;69(686):e621-e8.
18. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. J Clin Pharm Ther. 2001;26(5):331-42.
19. Checchi KD, Huybrechts KF, Avorn J, Kesselheim AS. Electronic medication packaging devices and medication adherence: a systematic review. JAMA. 2014;312(12):1237-47.
20. Kulkarni SG, J. How to improve compliance to hypertension treatment. e-journal of Cardiology Practice. 2022;22(6).
21. Lee EKP, Poon P, Yip BHK, Bo Y, Zhu MT, Yu CP, et al. Global Burden, Regional Differences, Trends, and Health Consequences of Medication Nonadherence for Hypertension During 2010 to 2020: A Meta-Analysis Involving 27 Million Patients. J Am Heart Assoc. 2022;11(17):e026582.
22. Burkhart PV, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. J Nurs Scholarsh. 2003;35(3):207.

23. Nakagami H, Morishita R. Recent Advances in Therapeutic Vaccines to Treat Hypertension. Hypertension. 2018;72(5):1031-6.
24. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. Hypertension. 2010;55(2):399-407.
25. Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. Am J Med. 2009;122(3):290-300.
26. Sherrill B, Halpern M, Khan S, Zhang J, Panjabi S. Single-pill vs free-equivalent combination therapies for hypertension: a meta-analysis of health care costs and adherence. J Clin Hypertens (Greenwich). 2011;13(12):898-909.
27. Belsey JD. Optimizing adherence in hypertension: a comparison of outcomes and costs using single tablet regimens vs individual component regimens. J Med Econ. 2012;15(5):897-905.
28. Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. 2009;47(8):826-34.
29. Jayadevappa R, Sumedha C. Patient centered care - a conceptual model and review of the state of the art. The Open Health Services and Policy Journal. 2011;4(1):11.
30. van Staveren R. Medicatietrouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie. Huisarts en Wetenschap. 2013;9:4.
31. Lambert Anne-Sophie OdBS, Herbaux Denis, Macq Jean, Rappe Pauline, Schmitz Olivier, Schoonvaere Quentin, Van Innis Anna Luisa, Vandenbroeck Philippe, De Groote Jesse, Schoonaert Lies, Vercruysse Helen, Vlaemynck Marieke, Bourgeois Jolyce, Lefèvre Mélanie, Van den Heede Koen, Benahmed Nadia. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België. Health Services Research. 2022(KCE Reports 359A).
32. Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in
Belgium. European Social Observatory. 202;juli 2020:184.
33. Daniele Braz da Silva Lima TMMM, José Wicto Pereira Borges, Malvina Thaís, Rodrigues P. Association between treatment compliance and different types of cardiovascular complications in arterial hypertension patients. Texto Contexto Enferm. 2016;25.
34. Li YT, Wang HHX, Liu KQL, Lee GKY, Chan WM, Griffiths SM, et al. Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients With Coexisting Long-Term Conditions in Primary Care Settings: A Cross-Sectional Analysis. Medicine (Baltimore). 2016;95(20):e3572.
35. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2017;96(4):e5641.
36. Eze-Nliam CM, Thombs BD, Lima BB, Smith CG, Ziegelstein RC. The association of depression with adherence to antihypertensive medications: a systematic review. J Hypertens. 2010;28(9):1785-95.
37. Mahmood S, Jalal Z, Hadi MA, Shah KU. Association between attendance at outpatient follow-up appointments and blood pressure control among patients with hypertension. BMC Cardiovasc Disord. 2020;20(1):458.
38. Qvarnstrom M, Kahan T, Kieler H, Brandt L, Hasselstrom J, Bengtsson Bostrom K, et al. Persistence to antihypertensive drug treatment in Swedish primary healthcare. Eur J Clin Pharmacol. 2013;69(11):1955-64.
39. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses: a systematic review. Patient Prefer Adherence. 2019;13:1019-35.
40. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2224-60.
41. Shin S, Song H, Oh SK, Choi KE, Kim H, Jang S. Effect of antihypertensive medication adherence on hospitalization for cardiovascular disease and mortality in hypertensive patients. Hypertens Res. 2013;36(11):1000-5.
42. Kim S, Shin DW, Yun JM, Hwang Y, Park SK, Ko YJ, et al. Medication Adherence and the Risk of Cardiovascular Mortality and Hospitalization Among Patients With Newly Prescribed Antihypertensive Medications. Hypertension. 2016;67(3):506-12.

43. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists C. Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. Lancet. 2021;397(10285):1625-36.
44. van Roijen L, Koopmanschap MA, Bonneux L. Kosten van ziekten. Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde. 1992;136(2).
45. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, de la Sierra A, Volpe M. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension. Front Pharmacol. 2017;8:100.
46. Pittman DG, Tao Z, Chen W, Stettin GD. Antihypertensive medication adherence and subsequent healthcare utilization and costs. Am J Manag Care. 2010;16(8):568-76.
47. A.M. Broekhuysen GV, Th. Thien. Therapietrouw: bepalende factoren en mogelijkheden ter verbetering Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde. 1994;138(17).
48. Kvarnström K, Westerholm A, Airaksinen M, Liira H. Factors contributing to medication adherence in patients with a chronic condition: A scoping review of qualitative research. Pharmaceutics. 2021;13(7):1100.
49. Tavakoly Sany SB, Behzhad F, Ferns G, Peyman N. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: A randomized controlled trial. BMC Health Services Research. 2020;20(1).
50. More than 700 million people with untreated hypertension [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; [cited 2023 Dec 14]. Available from: https://www.who.int/news/item/25-08 2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension

9. Bijlagen

9.1 Bijlage 1: Interviewscript

Interviewscript

1. Verwelkoming

Goedemiddag, ik wil u allereerst bedanken voor de medewerking die u hieraan verleent.

2. Inleiding

2.1. Voorstelling

Ik zal beginnen met mezelf voor te stellen en u kort het doel van het onderzoek schetsen.

Ik ben Yasin Güler/Cansu Öztürk. Voor onze masterproef in het kader van onze opleiding tot huisarts doen wij onderzoek in de eerste lijn naar de therapietrouw bij patiënten met een hoge bloeddruk. Het doel is het in kaart brengen hoe u als patiënt omgaat met uw medicatie. We willen van u vernemen wat helpt of het moeilijk maakt om uw medicatie goed in te nemen. Door het delen van uw ervaringen hierover kunnen we in de toekomst patiënten met hoge bloeddruk beter begeleiden in de praktijk.

Alvorens we beginnen met het eigenlijke interview wil ik graag met u nog enkele afspraken doorlopen en de toestemmingsverklaring laten ondertekenen indien dat nog niet gebeurd zou zijn.

- Dit interview zal worden opgenomen en nadien ook volledig worden uitgeschreven.
- Ik gebruik bij het uitschrijven van het interview niet uw naam zodanig dat uw identiteit enkel door mezelf is gekend en niet door anderen achterhaald kan worden.
- Het audiobestand en de uitgeschreven versie wordt bewaard op een externe harde schijf die beveiligd is met een wachtwoord. Deze transcripten zullen door de UA 20 jaar bewaard worden.
- De informatie is strikt vertrouwelijk. De gegevens van uw interview worden uitsluitend gebruikt voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties. Bij het verwerken van het interview maak ik gebruik van quotes, maar deze zullen anoniem en niet herkenbaar voor anderen zijn.
- U heeft het recht om op elk moment in dit onderzoek te stoppen, ook tijdens dit interview of nadien.
- Er zijn geen risico's verbonden aan dit onderzoek. Moest u na dit interview toch de behoefte hebben om over bepaalde zaken verder te praten dan kan je binnen het CGG gratis de nodige ondersteuning krijgen.
- Is het voor u duidelijk wat het onderzoek zal inhouden? Heeft u nog vragen?
- Heeft u de tijd gehad om dit document al even door te nemen? Vooraleer we beginnen vullen we, indien u akkoord gaat deel te nemen aan het interview, het toestemmingsformulier in tweevoud in. Eén exemplaar is voor u, het andere hou ik bij. (Ik neem de toestemmingsverklaring). Ik overloop het samen nog even met u.

  (Invullen formulier)

Ik zal u de vraag "Bent u akkoord om deel te nemen aan deze studie?" stellen eens de geluidsopname begint. Indien u akkoord bent, zegt u "ja". Indien u niet akkoord bent zegt u "nee". Nadien gaat het interview van start.

(Audiorecorder starten)

3. Vragen

Ten eerste wensen wij graag enkele persoonsgegevens te bekomen. De reden hiervoor is om te onderzoeken of er een eventueel verband bestaat tussen bepaalde persoonsgegevens en de therapietrouw.

- Hoe oud bent u?
- Wat is uw etnische achtergrond?
- Wat is uw hoogst behaalde diploma?
- Wat is uw beroep?

Thema 1: diagnose en therapie (ervaring)
In dit thema willen we ingaan op hoe de hoge bloeddruk is gediagnosticeerd, hoe de behandeling verloopt en wat uw ervaringen hieromtrent zijn.

- Sinds wanneer heeft u een hoge bloeddruk?
- Wie heeft dit vastgesteld?
- Hoe is dit vastgesteld? (thuismeting, meerdere metingen bij de dokter)
- Vertoont u ziektesymptomen (fysieke klachten)?
- Is er sprake van belemmering van het dagelijks functioneren. Zo ja, in welke mate?
- Ervaart u stress ten gevolge van de diagnose?
- Komt dit in de familie nog voor? Bij wie?
- Welke andere gezondheidsproblemen heeft u?
- Welke behandeling heeft de arts u voorgesteld?
    - Bestond deze enkel uit de bespreking van mogelijkse behandelingen met pillen of kwamen niet-medicamenteuze vormen van behandeling hierbij ook aan bod zoals; rookstop, alcoholbeperking, beweging, dieet, gewicht, stress, …
    - In welke mate vindt u dat er in de vervolgafspraken hieraan aandacht werd gevestigd?
    - Was deze aandacht volgens u evenredig verdeeld tussen zowel de medicamenteuze als de niet-medicamenteuze behandelingen.
- Welke bloeddrukverlagende medicatie gebruikt u?
- Hoe lang gebruikt u deze medicatie al?
- Hoe moet u de pilletjes innemen?
    - Hoeveel pillen zijn dit per dag?
    - In welke mate is het voor u haalbaar om deze medicatieschema correct te volgen?
- Gebruiksgemak: kunt u de medicatie makkelijk innemen? (denk aan slikproblemen, tremor, etc.)
- Ervaart u bijwerkingen van de medicatie?
- Neemt u deze altijd stipt in?
- Hoe vaak gebeurt het dat u één van uw bovenstaande medicaties niet inneemt?
- Wat is de reden hiervoor?
    - Bijvoorbeeld vergeten in te nemen, angst voor bijwerkingen, geen voorraad meer, etc.
- Hoeveel kost uw medicatie?
    - Zijn er financiële beperkingen om u aan uw medicatieschema te houden?
- Hoe vaak wordt uw bloeddruk opgevolgd; thuismeting/huisarts?
- Hoe vaak consulteert u de huisarts voor controle van de bloeddruk en het afhalen van nieuwe voorschriften?

Thema 2: leefstijl
In dit thema proberen we inzicht te krijgen rond het aanpassen van de levensstijl en de problemen die hierbij kunnen optreden.

- Hoe zou u uw levensstijl beschrijven?
- Welke invloed heeft uw levensstijl op uw bloeddruk?

- Hoe heeft u uw levensstijl aangepast?
    - (denk aan zoutinname, gewicht, roken, alcohol, fysieke inspanning, etc.)

- Hoe was dat voor u om uw levensstijl aan te passen?
    - Wat ging er makkelijk?
    - Wat vond u moeilijk?
- Wie heeft u hierbij geholpen?
    - (Bv. diëtist, …)
    - Zijn er financiële beperkingen om deze hulp te blijven verkrijgen?
- Heeft u ooit gehoord van 'bewegen op verwijzing'?

<u>Thema 3: kennis over de aandoening</u>
In dit thema willen we nagaan wat u over deze aandoening kent.

- Wat is hoge bloeddruk?
- Wat zijn volgens u factoren die een invloed kunnen hebben op de bloeddruk?
- Wat is de reden dat artsen zoveel belang hechten aan een goede bloeddruk (silent killer)?
- Hoe werken de geneesmiddelen voor uw bloeddruk?

<u>Thema 4: focus op de huisarts</u>
In dit laatste thema zouden we graag de focus willen verleggen naar de arts-patiënt relatie en hoe deze interactie verloopt.

- Hoe is de relatie met uw huisarts?
- Geeft uw huisarts u veel uitleg over de diagnose of behandeling?
- Wat heeft de dokter u al verteld over de werking/nevenwerkingen van de verschillende geneesmiddelen?
- Hoe heeft de arts u betrokken bij de keuze van de behandeling?
- Werd er bij het opstellen van het behandelingsschema rekening gehouden met eventuele gewoonten en/of voorkeuren; was er sprake van gedeelde besluitvorming?
- In welke mate kunt u de moeilijkheden om uw behandeling goed te volgen met uw huisarts bespreken?
- Als u reeds getracht heeft om deze moeilijkheden te bespreken, hoe is dit verlopen??
- Hoe zou de huisarts u kunnen helpen om uw behandeling goed op te volgen?
- Wie zou u daarmee nog kunnen helpen?

4. Afsluiting

Zijn er nog zaken die u zou willen vermelden?
Ik bedank u nogmaals voor uw tijd en deelname.

9.2 Bijlage 2: Informatie- en toestemmingsformulier

INFORMATIEFORMULIER

Therapietrouw in de eerste lijn bij 40 tot 75-jarige hypertensiepatiënten

Beste patiënt,

Wij vragen u vriendelijk om mee te werken aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek in het kader van onze opleiding tot huisarts. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Als u besluit om aan dit onderzoeksproject deel te nemen, is het van belang dat u de onderstaande informatie goed begrijpt. Indien u na het lezen van de informatie nog vragen heeft, zijn wij uiteraard bereid om deze te beantwoorden.

Achtergrondinformatie
Hypertensie of hoge bloeddruk is een groeiend gezondheidsprobleem en één van de belangrijkste risicofactoren voor hart-en vaatziekten die op hun beurt gepaard gaan met mogelijks ernstige verwikkelingen en zelfs overlijden als er geen goede behandeling is. Een goede bloeddrukcontrole zal u als patiënt beschermen tegen verwikkelingen. Uit verschillende studies blijkt echter dat in de praktijk een belangrijk deel van de patiënten met hoge bloeddruk de streefwaarde voor een goede bloeddruk niet bereikt.
Het doel van dit project is het in kaart brengen hoe patiënten in de huisartsenpraktijk hun medicatie innemen. We willen graag van jullie leren hoe jullie ervaringen met de behandeling zijn. Met deze informatie kunnen we dan beter zorg op maat bieden voor onze patiënten.

Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met de Universiteit Antwerpen en werd op 00/00/2022 goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (EC n° 00/00/000).

Omschrijving van de procedure van het onderzoek
Als deelnemer zal u geïnterviewd worden op een vooraf overeengekomen datum. Het interview zal een half uur tot maximum een uur duren.

Mogelijke nadelen van het onderzoek
Hoewel het niet te verwachten is dat u door het onderzoek schade zou kunnen oplopen, is er een verzekering afgesloten. Uw deelname aan het onderzoek is natuurlijk kosteloos. Er is ook geen vergoeding voorzien voor de deelnemers.

Vertrouwelijkheid en rechten
De gegevens van de studie zullen strikt vertrouwelijk verwerkt worden conform de wet van 8 december 1992 betreffende de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim. Na afloop van de studie zullen deze gegevens vernietigd worden.
Uiteraard heeft u het recht de resultaten van dit onderzoek in te zien. Uw deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit, op welke wijze ook, een invloed heeft op uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Indien u wenst deel te nemen, vragen we u het bijbehorende toestemmingsformulier te ondertekenen en terug op te sturen met vermelding van uw contactgegevens voor overleg van een afspraakdatum.

Met vriendelijke groeten en alvast hartelijk dank voor uw medewerking

Onderzoekers
Cansu Öztürk en Yasin Güler
Huisartsen in opleiding
Universiteit Antwerpen

Projectcoördinator
Prof. dr. L. Peremans
Hoofddocent Huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen

Contact
E-mail: cansu.oezturk@student.uantwerpen.be
yasin.guler@student.uantwerpen.be

TOESTEMMINGSFORMULIER

Therapietrouw in de eerste lijn bij 40 tot 75-jarige hypertensiepatiënten

IN TE VULLEN DOOR DE DEELNEMER

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik toestemming geef voor deelname aan het hierboven vermelde onderzoek. In verband hiermee verklaar ik het volgende:

☐ Ik heb het bijhorende informatieformulier ontvangen en gelezen
☐ Ik ben gedetailleerd geïnformeerd over het doel, de aard en de procedures van het onderzoek
☐ Ik heb aanvullende vragen kunnen stellen, deze zijn voldoende beantwoord
☐ Ik weet dat mijn gegevens gebruikt worden, voor de doelen die in het informatieformulier staan
☐ Ik heb deze beslissing uit vrije wil genomen
☐ Ik ben op de hoogte dat ik op elk ogenblik de deelname aan deze studie kan stopzetten zonder dat dit een invloed heeft op mijn verdere behandeling

Naam deelnemer: .....

Datum: .....

Handtekening deelnemer: .....

IN TE VULLEN DOOR DE UITVOERENDE ONDERZOEKERS

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het hierboven vermelde onderzoek. Ik bevestig tevens dat dit onderzoek zal uitgevoerd worden volgens de voorwaarden die beschreven zijn in het informatieformulier.

Verklaring van de onderzoekers:
De projectcoördinatoren zijn verantwoordelijk om dit onderzoeksprogramma uit te voeren volgens de voorwaarden die beschreven zijn in dit document en de informatiebrief.

Naam onderzoekers: .....

Datum: .....

Handtekening onderzoekers: .....

Onderzoekers
Yasin Güler en Cansu Öztürk
Huisartsen in opleiding
Universiteit Antwerpen

Contact
E-mail: yasin.guler@student.uantwerpen.be
cansu.oezturk@student.uantwerpen.be

Projectcoördinator
Prof. dr. L. Peremans
Hoofddocent Huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen

9.3 Bijlage 3: Codeboek (Nvivo)

Name	Description	Files	References
1. Demografische factoren - patiëntkenmerken		2	8
1.1 Leeftijd		6	6
1.2 Etnische achtergrond		6	6
1.3 Hoogst behaalde diploma		6	6
1.4 Beroep		6	6
1.5 Comorbiditeiten	Zie dossier Care Connect	1	1
2. Therapiegerelateerde factoren		2	3
2.1 Complexiteit medicatieschema, polyfarmacie, comorbiditeit	Uitsluitend antihypertensiva, 1 of meerdere al dan niet gebruik van SPC	6	13
2.2 Bijwerkingen medicatie		6	9
2.3 Duur van behandeling		6	6
2.4 Voorafgaand therapeutish falen		3	3
2.5 Frequente veranderingen in medicatie		4	5
3. Gezondheidszorggerelateerde/sociaal-economische factoren		0	0
3.1 Relatie met huisarts	Relatie op zich, vertrouwensband, voelt patiënt zich goed bij de huisarts, …	6	16
3.2 Informatievoorziening door huisarts	Los van de relatie bv: goede relatie maar toch slechte informatievoorziening is mogelijk	4	12
Over aandoening	Oorzaak, gevolgen, etc	5	14
Over behandeling en mogelijke bijwerkingen		5	26
Bewegen op verwijzing	Bereidheid tot en kennis hierover	6	7
Shared decision making	Betrokkenheid bij keuze behandeling	5	9
3.3 Follow up, begeleiding	Hoe is de follow up, volgens richtlijnen? Kunnen evt frequentere consultaties pt motiveren	5	8
3.4 Toegang GZ, financiele factoren	Toegang tot gezondheidszorg/eerste lijn, financiële belemmeringen, verzekering etc.	3	3
3.5 Sociale steun		2	5
4. Patiëntgerelateerde factoren		0	0
Kennis van de patiënt		2	2
A. Kennis over hypertensie	Wat houdt de ziekte juist in?	5	7
B. Kennis beïnvloedende factoren	Oorzaken volgens de pt	6	6
C. Kennis over gevolgen van hypertensie	Gevolgen voor gezondheid (hartinfarct, etc.)	5	8
D. Kennis over niet-medicamenteuze behandeling hypertensie		2	2
E. Kennis over 'Bewegen op verwijzing'	En bereidheid tot meer kennis hierover	6	6
F. Kennis over werking medicatie		5	8
G. Kennis over bijwerkingen medicatie		5	5
Leefstijl		1	1
Aanpassingen door patiënt		6	12
Belang van leefstijl voor pt		4	5
Beschrijving eigen leefstijl		5	10
Kennis hierover		4	5
Perceptie over aandoening		6	17
Perceptie over medicatie of geneeskunde		6	6
Vergeten		1	1
5. Ziektegebonden factoren		2	3
Hinder tgv aandoening		6	12
Life changing events-omgevingsfactoren		3	7
Ziekteduur		6	8

9.4 Bijlage 4: Gunstig advies Ethisch Comité, met inbegrip van goedgekeurd protocol

ETHISCH COMITE

Prof. Dr Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Lieve Peremans

Dr Cansu Öztürk

Family and population health - UAntwerpen

Project titel: Therapietrouw in de eerste lijn bij 40 tot 75-jarige hypertensiepatiënten

Project ID 1972 - Edge n/a - BUN B3002022000189

Datum: 12/12/2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 12/12/2022

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
Questionnaire	Interviewscript, versie 3 30112021	30/11/2021	3
CV	Cansu_Öztürk_CV	30/11/2021	1
CV	Yasin Güler - Curriculum Vitae	30/11/2021	1
GCP	Certificaat GCP Lieve Peremans	10/12/2021	1
GCP	GCPstudents, versie 1 04112022	04/11/2022	1
GCP	GCPstudent, versie 1 04112022	04/11/2022	1
Accompanying letter	Informatie- en toestemmingsformulier, versie 4 22112022	22/11/2022	4
Protocol	Protocol, versie 4 22112022	22/11/2022	4
ICF	Uitnodigingsbrief, versie 4 22112022	22/11/2022	4
Insurance	Verzekering UAntwerpen 2022	22/11/2022	1
CV	CV Promotor Lieve Peremans UA, versie 2 22112022	22/11/2022	2

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

cc.FAGG - Research & development departement, Galileelaan 5/03, 1210 Brussel

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
Ms Bettina Blaumeiser	Physician
Emeritus Professor Hilde Bortier	MD, PhD
Mrs Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
Prof. Dr. Patrick Cras	Vice-Chair, Physician
dr Elyne De Baetselier	Nurse
Ms Ingrid De Meester	Pharmacologist
Professor Francois Eyskens	Physician
Ms Lina Fierens	Nurse
Ms Kristien Hens	Philosopher
Mr Kris Ides	Physiotherapist
Prof. Dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
Mr. Daan Kenis	Pharmacist
Ms Johanna Kwakkel-van Erp	Physician
Dr Leon Luyten	Physician
Ms Barbara Michiels	General Practitioner
Mr Peter Michielsen	Chair, Physician
Ms Inge Michielsens	Legal
Mr Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
Mr Bernard Paelinck	Physician
Mr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
Ms Veerle Schoeters	Nurse
Mr. Kris Smulders	Nurse
Mr Jan Van den Brande	Physician
Mr Filip Van den Eede	Physician
Mr Pieter Van Dyck	Physician
Mr Guy Van Honste	Patient Representative
Ms Dominique Van Praag	Psychologist
Mr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
Mr Thierry Vansweevelt	Legal
Dr Michiel Voeten	Physician

1. INLEIDING

1.1 Hypertensie wereldwijd en in België: enkele cijfers

Hypertensie is een groeiend gezondheidsprobleem en één van de belangrijkste risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten die op hun beurt gepaard gaan met een hoge (cardiovasculaire) morbiditeit en mortaliteit (1). Reeds in 2016 veroorzaakte hypertensie wereldwijd 7,5 miljoen sterfgevallen. De WHO Global Report on Hypertension toont aan dat wereldwijd het aantal volwassenen met hypertensie in veertig jaar tijd, tussen 1975 en 2015, bijna verdubbeld is (2,3). De belangrijkste factoren die hebben geleid tot deze stijging naar ruim 1,13 miljard volwassen hypertensiepatiënten, zijn onder meer ongezond dieet, obesitas, sedentair leefstijl en verscheidene omgevingsfactoren. Verder is deze toename ook te verklaren door de toenemende vergrijzing van de wereldbevolking. Bij ongewijzigd beleid zal dit aantal naar verwachting toenemen tot 1,56 miljard in 2025 (2). De grootste stijging zal zich voordoen in de lage- en middeninkomenslanden met een verwachte groei van 80% tegen 2025, terwijl in westerse landen een stijging van 24% wordt verwacht (4). *"High blood pressure is no longer related to affluence – as it was in 1975 – but is now a major health issue linked with poverty",* stelt onderzoeker Prof. Majid Ezzati (4).

Volgens de Intego databank is de prevalentie van hypertensie zonder orgaanbeschadiging (ICPC-Code: K86) in Vlaanderen gestegen van 109 per 1000 inwoners in 2005 naar 124 per 1000 inwoners in 2015, oftewel een toename van 14% in tien jaar tijd (5). In 2014 hadden naar schatting 2,5 miljoen volwassenen in België last van een hoge bloeddruk, en dat cijfer zou nog stijgen (9). Bovendien bedroeg in 2015 in België het aantal verloren levensjaren (PYLL) als gevolg van cerebrovasculaire ziekte en hoge bloeddruk ruim 20.200 bij mannen en 11.200 bij vrouwen. Daarmee neemt hypertensie een plaats in de top 6 belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte (voor 75 jaar) (in 2015, België) (6).

1.2 Probleem- en doelstelling masterproef

De aanpak van hypertensie vereist naast het implementeren van levensstijladviezen; zoals gewichtsreductie, rookstop, matigen van alcoholgebruik, toename fysieke activiteit etc., vaak ook het gebruik van antihypertensiva (7). Bovendien blijkt uit vele studies dat monotherapieën een bescheiden effect hebben op de bloeddruk en dat vele patiënten bijgevolg twee of meer antihypertensiva nodig hebben, wat vaak een grotere uitdaging voor de therapietrouw betekent (7). Bij gecontroleerde hypertensie daalt het infarct- en beroerterisico met respectievelijk 20-25% en 35-40% (8). Een goede bloeddrukcontrole levert dus een aanzienlijk cardiovasculaire winst en is van groot belang in het vermijden van cardiovasculaire complicaties.

Uit verschillende studies blijkt echter dat in de praktijk een belangrijk deel van de patiëntenpopulatie met hypertensie de streefwaarde voor een optimale bloeddruk (<140/90 mmHg) niet bereikt. Volgens de Cardiologische Liga zou slechts 30% van alle hypertensiepatiënten hun bloeddruk goed onder controle hebben (12). We weten dat 50% van de patiënten de medicatie niet correct inneemt (10). Ook binnen onze eigen patiëntenpopulatie komen we tot de vaststelling dat een niet te verwaarlozen deel van de patiënten de streefwaarde voor een optimale bloeddruk niet behaalt. We stellen ons hierdoor de vraag in hoeverre het component 'therapietrouw' een factor is.

In de literatuur is er relatief weinig bekend over determinanten voor therapieontrouw, vermoedelijk omdat deze laatste door een groot aantal verschillende factoren bepaald wordt.

Therapietrouw kan weergegeven worden door verschillende concepten: compliance, adherence en concordance (11). Compliance duidt vooral op de mate waarin de patiënt de voorgeschreven behandeling opvolgt. Dit begrip heeft een eerder negatieve bijklank omdat hierbij zonder 'inspraak' van de patiënt ervan uitgegaan wordt dat de voorgeschreven behandeling correct wordt uitgevoerd. Adherence heeft daarentegen een meer positieve weerklank en kan omschreven worden als de mate waarin het gedrag van de patiënt overeenstemt met wat in onderling overleg met de zorgverlener(s) overeengekomen wordt. Hier heeft de patiënt dus een meer actieve rol. De term concordance geeft aan dat er overeenstemming is bereikt over het te volgen behandeltraject. In de literatuur worden verschillende termen gebruikt voor de therapietrouw. De term adherence is thans het meest geaccepteerd en wordt dus verkozen in deze masterproef.

Het doel van de studie is om enerzijds een zicht te krijgen op de huidige literatuur over de beïnvloedende factoren van therapietrouw bij hypertensiepatiënten. Vervolgens willen we een beeld krijgen over de hypertensiepatiënten binnen onze praktijk. We beogen de moeilijkheden en factoren die een positief of negatief effect hebben op de therapietrouw te onderzoeken. Zo kunnen we achterhalen wat mogelijke redenen zijn voor een verminderde therapietrouw en bijgevolg deze patiënten beter begeleiden in het stimuleren hiervan. Hierdoor hopen we uiteindelijk hen te kunnen helpen in het bereiken van de potentiële gezondheidswinst die bij langdurig gebruik van antihypertensiva behaald kan worden.

2. METHODOLOGIE

2.1 Onderzoeksdesign

Het is een descriptief kwalitatief onderzoek met individuele diepte-interviews in een semigestructureerde vorm. Binnen dit onderzoek staat het perspectief van de patiënt centraal.

2.2 Rekrutering

Na goedkeuring van het Ethisch Comité zal gestart worden met de patiëntenrekrutering in de huisartsenpraktijken waar we werkzaam zijn. De periode voor het afnemen van de interviews zal lopen vanaf mei 2023 tot en met december 2023. Het doel is om een 20-tal patiënten te rekruteren die willen deelnemen aan de studie, bij wie een informed consent bekomen dient te worden. De steekproef wordt doelgericht gekozen op basis van de volgende inclusiecriteria: patiënten (uit de eerste lijn) met hypertensie, in de leeftijdscategorie 40-75 jaar.

2.3 Datacollectie

Op basis van het voorafgaand literatuuronderzoek werd een interviewscript opgesteld door ons (zie bijlage 1). Tijdens de interviews trachten we om ons grotendeels aan deze vragenlijst te houden, maar de formulering kan eventueel wel veranderen. Door deze vragenlijst in een interviewvorm af te nemen, is er de mogelijkheid om in te pikken op bepaalde ervaringen en ideeën, en deze meer in diepte te bevragen. De interviews zullen opgenomen worden op een audiorecorder met respect voor de anonimiteit van de deelnemers. Volgende topics zullen in het interview aan bod komen:

1. Diagnose en therapie: hoe de diagnose werd gesteld, hoe de behandeling verloopt en wat de ervaringen hieromtrent zijn
2. Leefstijlaanpassingen en de problemen die hierbij kunnen optreden
3. Kennis en ervaring over de aandoening
4. Arts-patiëntenrelatie en hoe deze interactie verloopt

2.4 Analyseplan

Onmiddellijk na het eerste interview start de analyse door een eerste lezing van het transcript. Hierbij zal er worden nagegaan of er veranderingen aan het script nodig zijn. De gevolgde methode is een thematische analyse. Dit bestaat uit een cyclisch proces, wat betekent dat er voor- en achteruit kan gegaan worden in de stappen die uitgevoerd worden en dat deze elkaar kunnen overlappen.
De eerste stap omvat het verkennen en vertrouwd geraken met de data en de interviews Verbatim uittypen. De tweede stap omvat een grondige lezing. Hierna zullen niet-relevante paragrafen geschrapt worden en memo's worden aangebracht. Vanaf de derde stap begint het codeerproces. De tekstfragmenten zullen in Microsoft® Excel gekopieerd worden waarna aan elk fragment een open of descriptieve wordt toegekend. Dit proces helpt om de data beter te leren kennen en een idee te krijgen van het verdere proces. De vierde stap omvat het clusteren van de open codes onder hogere axiale of interpretatieve codes. Zo kan een overzicht bereikt worden van alle fragmenten in hetzelfde (sub)thema en vervolgens wederom geanalyseerd. Fragmenten met dezelfde code kunnen vergeleken worden op overeenkomsten of verschillen.

3. ETHISCHE BESCHOUWINGEN

Vooraleer het geplande onderzoek gestart kan worden, zal een aanvraag bij de Ethische Comissie plaatsvinden. Deze aanvraag zal gebeuren bij het Ethisch Comité UZA. Ook de deelnemers zullen eerst hun akkoord moeten geven via een Informed Consent. De privacy van de deelnemers zal ten allen tijde bewaakt en gerespecteerd worden. De data zal gepseudominiseerd verwerkt worden. Deelname aan het onderzoek kan op elk moment gestopt worden. Hoewel het niet te verwachten is dat de patiënt door het onderzoek schade zou kunnen oplopen, is er een verzekering afgesloten.

4. PROJECT MANAGEMENT

PLANNING VAN DE MASTERJAREN

Projecttaken	11-12 2022	01-02 2023	03-04 2023	05-06 2023	07-08 2023	09-10 2023	11-12 2023	01-02 2024	03-04 2024	05 2024
Ethische commissie ▪ Aanvraag indienen **(1/12/2022)** ▪ Evt. heraanvraag indienen na opmerkingen ▪ Goedkeuring										
Literatuuronderzoek										
Patiënten verzamelen + interviews										
Dataverwerking										
Uitschrijven onderzoek + presentatie										
Eindwerk inleveren **(1/5/2024)**										
Verdediging onderzoek **(mei 2024)**										

Vaste periode Doelperiode Maximale uitloopperiode

5. DANKWOORD

Graag zouden wij onze promotor Prof. Dr. Lieve Peremans willen bedanken voor haar begeleiding en raad bij het literatuuronderzoek en het protocol.

6. BIJLAGEN

Bijlage 1: interviewscript (versie 4 – 22 november 2022)

1. Verwelkoming

Goedemiddag, ik wil u allereerst bedanken voor de medewerking die u hieraan verleent.

2. Inleiding

2.1. Voorstelling

Ik zal beginnen met mezelf voor te stellen en u kort het doel van het onderzoek schetsen.

Ik ben Yasin Güler/Cansu Öztürk. Voor onze masterproef in het kader van onze opleiding tot huisarts doen wij onderzoek in de eerste lijn naar de therapietrouw bij patiënten met een hoge bloeddruk. Het doel is het in kaart brengen hoe u als patiënt omgaat met uw medicatie. We willen van u vernemen wat helpt of het moeilijk maakt om uw medicatie goed in te nemen. Door het delen van uw ervaringen hierover kunnen we in de toekomst patiënten met hoge bloeddruk beter begeleiden in de praktijk.

2.2. Toestemming

Alvorens we beginnen met het eigenlijke interview wil ik graag met u nog enkele afspraken doorlopen en de toestemmingsverklaring laten ondertekenen indien dat nog niet gebeurd zou zijn.

- Dit interview zal worden opgenomen en nadien ook volledig worden uitgeschreven.
- Ik gebruik bij het uitschrijven van het interview niet uw naam zodanig dat uw identiteit enkel door mezelf is gekend en niet door anderen achterhaald kan worden.
- Het audiobestand en de uitgeschreven versie wordt bewaard op een externe harde schijf die beveiligd is met een wachtwoord. Deze transcripten zullen door de UA 20 jaar bewaardworden.
- De informatie is strikt vertrouwelijk. De gegevens van uw interview worden uitsluitend gebruikt voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties. Bij het verwerken van het interview maak ik gebruik van quotes, maar deze zullen anoniem en niet herkenbaar voor anderen zijn.
- U heeft het recht om op elk moment in dit onderzoek te stoppen, ook tijdens dit interview of nadien.
- Er zijn geen risico's verbonden aan dit onderzoek. Moest u na dit interview toch de behoefte hebben om over bepaalde zaken verder te praten dan kan je binnen het CGG gratis de nodige ondersteuning krijgen.
- Is het voor u duidelijk wat het onderzoek zal inhouden? Heeft u nog vragen?
- Heeft u de tijd gehad om dit document al even door te nemen? Vooraleer we beginnen vullen we, indien u akkoord gaat deel te nemen aan het interview, het toestemmingsformulier in tweevoud in. Eén exemplaar is voor u, het andere hou ik bij. (Ik neem de toestemmingsverklaring). Ik overloop het samen nog even met u.
  (Invullen formulier)

Ik zal u de vraag "Bent u akkoord om deel te nemen aan deze studie?" stellen eens de geluidsopname begint. Indien u akkoord bent, zegt u "ja". Indien u niet akkoord bent zegt u "nee". Nadien gaat het interview van start.
(Audiorecorder starten)

3. Vragen

Ten eerste wensen wij graag enkele persoonsgegevens te bekomen. De reden hiervoor is om te onderzoeken of er een eventueel verband bestaat tussen bepaalde persoonsgegevens en de therapietrouw.

- Hoe oud bent u?
- Wat is uw etnische achtergrond?
- Wat is uw hoogst behaalde diploma?
- Wat is uw beroep?

<u>Thema 1: diagnose en therapie (ervaring)</u>
In dit thema willen we ingaan op hoe de hoge bloeddruk is gediagnosticeerd, hoe de behandeling verloopt en wat uw ervaringen hieromtrent zijn.

- Sinds wanneer heeft u een hoge bloeddruk?
- Wie heeft dit vastgesteld?
- Hoe is dit vastgesteld? (thuismeting, meerdere metingen bij de dokter)
- Vertoont u ziektesymptomen (fysieke klachten)?
- Is er sprake van belemmering van het dagelijks functioneren. Zo ja, in welke mate?
- Ervaart u stress ten gevolge van de diagnose?
- Komt dit in de familie nog voor? Bij wie?
- Welke andere gezondheidsproblemen heeft u?
- Welke behandeling heeft de arts u voorgesteld?
    - Bestond deze enkel uit de bespreking van mogelijkse behandelingen met pillen of kwamen niet-medicamenteuze vormen van behandeling hierbij ook aan bod zoals; rookstop, alcoholbeperking, beweging, dieet, gewicht, stress, …
    - In welke mate vindt u dat er in de vervolgafspraken hieraan aandacht werd gevestigd?
    - Was deze aandacht volgens u evenredig verdeeld tussen zowel de medicamenteuze als de niet-medicamenteuze behandelingen.
- Welke bloeddrukverlagende medicatie gebruikt u?
- Hoe lang gebruikt u deze medicatie al?
- Hoe moet u de pilletjes innemen?
    - Hoeveel pillen zijn dit per dag?
    - In welke mate is het voor u haalbaar om deze medicatieschema correct te volgen?
- Gebruiksgemak: kunt u de medicatie makkelijk innemen? (denk aan slikproblemen, tremor, etc.)
- Ervaart u bijwerkingen van de medicatie?
- Neemt u deze altijd stipt in?
- Hoe vaak gebeurt het dat u één van uw bovenstaande medicaties niet inneemt?
- Wat is de reden hiervoor?
    - Bijvoorbeeld vergeten in te nemen, angst voor bijwerkingen, geen voorraad meer, etc.
- Hoeveel kost uw medicatie?
    - Zijn er financiële beperkingen om u aan uw medicatieschema te houden?
- Hoe vaak wordt uw bloeddruk opgevolgd; thuismeting/huisarts?
- Hoe vaak consulteert u de huisarts voor controle van de bloeddruk en het afhalen van nieuwe voorschriften?

<u>Thema 2: leefstijl</u>
In dit thema proberen we inzicht te krijgen rond het aanpassen van de levensstijl en de problemen die hierbij kunnen optreden.

- Hoe zou u uw levensstijl beschrijven?
- Welke invloed heeft uw levensstijl op uw bloeddruk?
- Hoe heeft u uw levensstijl aangepast?
    - (denk aan zoutinname, gewicht, roken, alcohol, fysieke inspanning, etc.)

- Hoe was dat voor u om uw levensstijl aan te passen?
    - Wat ging er makkelijk?
    - Wat vond u moeilijk?
- Wie heeft u hierbij geholpen?
    - (Bv. diëtist, …)
    - Zijn er financiële beperkingen om deze hulp te blijven verkrijgen?
- Heeft u ooit gehoord van 'bewegen op verwijzing'?

<u>Thema 3: kennis over de aandoening</u>
In dit thema willen we nagaan wat u over deze aandoening kent.

- Wat is hoge bloeddruk?
- Wat zijn volgens u factoren die een invloed kunnen hebben op de bloeddruk?
- Wat is de reden dat artsen zoveel belang hechten aan een goede bloeddruk (silent killer)?
- Hoe werken de geneesmiddelen voor uw bloeddruk?

<u>Thema 4: focus op de huisarts</u>
In dit laatste thema zouden we graag de focus willen verleggen naar de arts-patiënt relatie en hoe deze interactie verloopt.

- Hoe is de relatie met uw huisarts?
- Geeft uw huisarts u veel uitleg over de diagnose of behandeling?
- Wat heeft de dokter u al verteld over de werking/nevenwerkingen van de verschillende geneesmiddelen?
- Hoe heeft de arts u betrokken bij de keuze van de behandeling?
- Werd er bij het opstellen van het behandelingsschema rekening gehouden met eventuele gewoonten en/of voorkeuren; was er sprake van gedeelde besluitvorming?
- In welke mate kunt u de moeilijkheden om uw behandeling goed te volgen met uw huisarts bespreken?
- Als u reeds getracht heeft om deze moeilijkheden te bespreken, hoe is dit verlopen??
- Hoe zou de huisarts u kunnen helpen om uw behandeling goed op te volgen?
- Wie zou u daarmee nog kunnen helpen?

4. Afsluiting

Zijn er nog zaken die u zou willen vermelden?
Ik bedank u nogmaals voor uw tijd en deelname.

7. REFERENTIES

(1) Novello, M., Rosa, M., Ferreira, R., Nunes, I., Jorge, A., Correia, D., Martins, W. and Mesquita, E., 2017. Compliance with the Prescription of Antihypertensive Medications and Blood Pressure Control in Primary Care. Arquivos Brasileiros de Cardiologia,.

(2) Who.int. 2019. Hypertension. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=An%20estimated%201.13%20billion%20people,cause%20of%20premature%20death%20worldwide> [Accessed 12 April 2021].

(3) Zhou, B., Bentham, J., Di Cesare, M., Bixby, H., et al. 2017. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. The Lancet, 389(10064), pp.37-55.

(4) Wighton, K. and Campus, S., 2016. High blood pressure affects 1.13 billion people, says new study | Imperial News | Imperial College London. [online] Imperial News. Available at: <http://www.imperial.ac.uk/news/175977/high-blood-pressure-affects-113-billion/> [Accessed 13 April 2021].

(5) INTEGO [Internet]. Intego.gbiomed.kuleuven.be. [cited 1 May 2021]. Available from: https://intego.gbiomed.kuleuven.be/intego-apps/inc_prev_v0/

(6) J. Van der Heyden, R. Charafeddine. Gezondheidsenquête 2018: Chronische ziekten en aandoeningen. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/36. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be

(7) Uptodate.com. 2020. Choice of drug therapy in primary (essential) hypertension. [online] Available at: <https://www.uptodate.com/contents/choice-of-drug-therapy-in-primary-essential-hypertension#H24> [Accessed 19 April 2021].

(8) Ettehad, D., Emdin, C., Kiran, A., Anderson, S., Callender, T., Emberson, J., Chalmers, J., Rodgers, A. and Rahimi, K., 2016. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 387(10022), pp.957-967.

(9) Wereld Hypertensie Dag - Belgische Cardiologishe Liga [Internet]. Belgische Cardiologische Liga. 2018 [cited 25 April 2021]. Available from: https://www.liguecardioliga.be/17-mei-2018-wereld-hypertensie-dag/

(10) Peacock, E. and Krousel-Wood, M., 2017. Adherence to Antihypertensive Therapy. Medical Clinics of North America, 101(1), pp.229-245.

(11) Ahmed, R. and Aslani, P., 2013. What is patient adherence? A terminology overview. International Journal of Clinical Pharmacy, 36(1), pp.4-7.

(12) McManus RJ, Mant J, Franssen M, et al. Efficacy of self-monitored blood pressure, with or without telemonitoring, for titration of antihypertensive medication (TASMINH4): an unmasked randomised controlled trial. Lancet. 2018;391:949-59.

Praktijkrichtlijn: Hypertensie

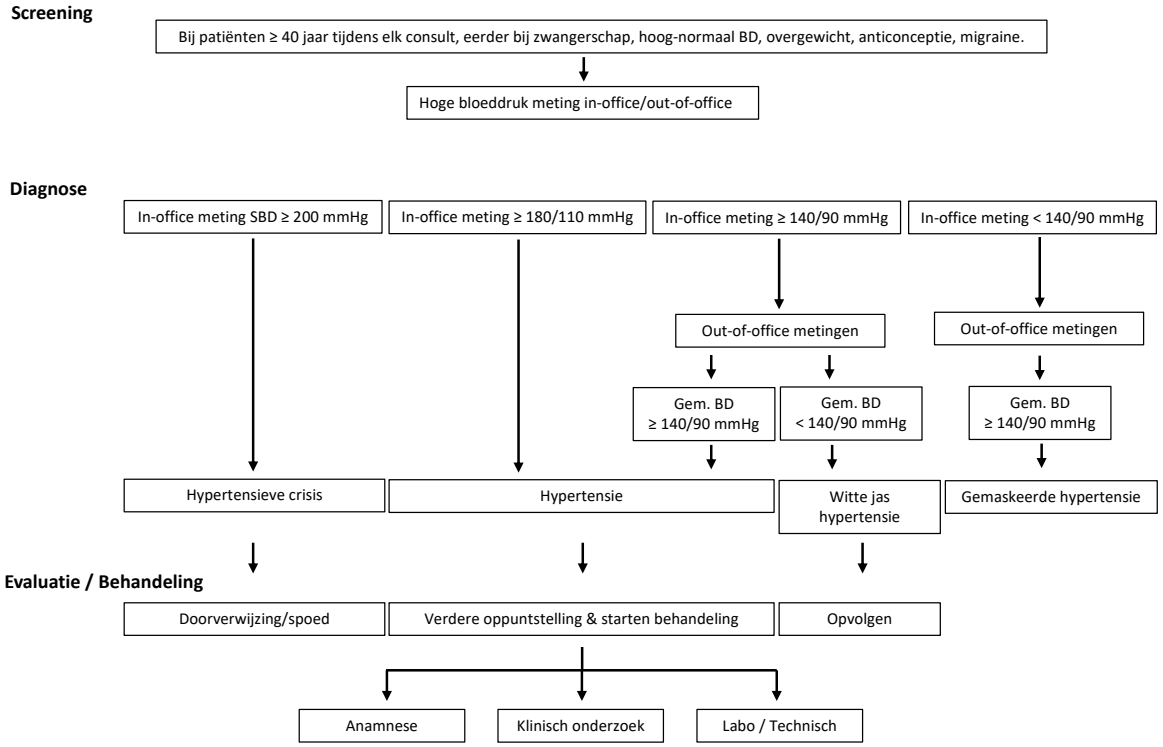
(gebaseerd op 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension)

Stadiëring van hypertensie

De graad wordt bepaald door het hoogst gemeten BD; ongeacht deze systolisch of diastolisch is.

Categorie	Systolisch (mmHg)		Diastolisch (mmHg)
Optimaal	<120	én	< 80
Normaal	120 – 129	én	80 – 84
Hoog-normaal	130 – 139	én/of	85 – 89
Graad 1 hypertensie	140 – 159	én/of	90 – 99
Graad 2 hypertensie	160 – 179	én/of	100 – 109
Graad 3 hypertensie	≥ 180	én/of	≥110
Geïsoleerde systolische HT	≥ 140	én	<90
Geïsoleerde diastolische HT	< 140	én	>90

Flowchart: Beleidsvoering

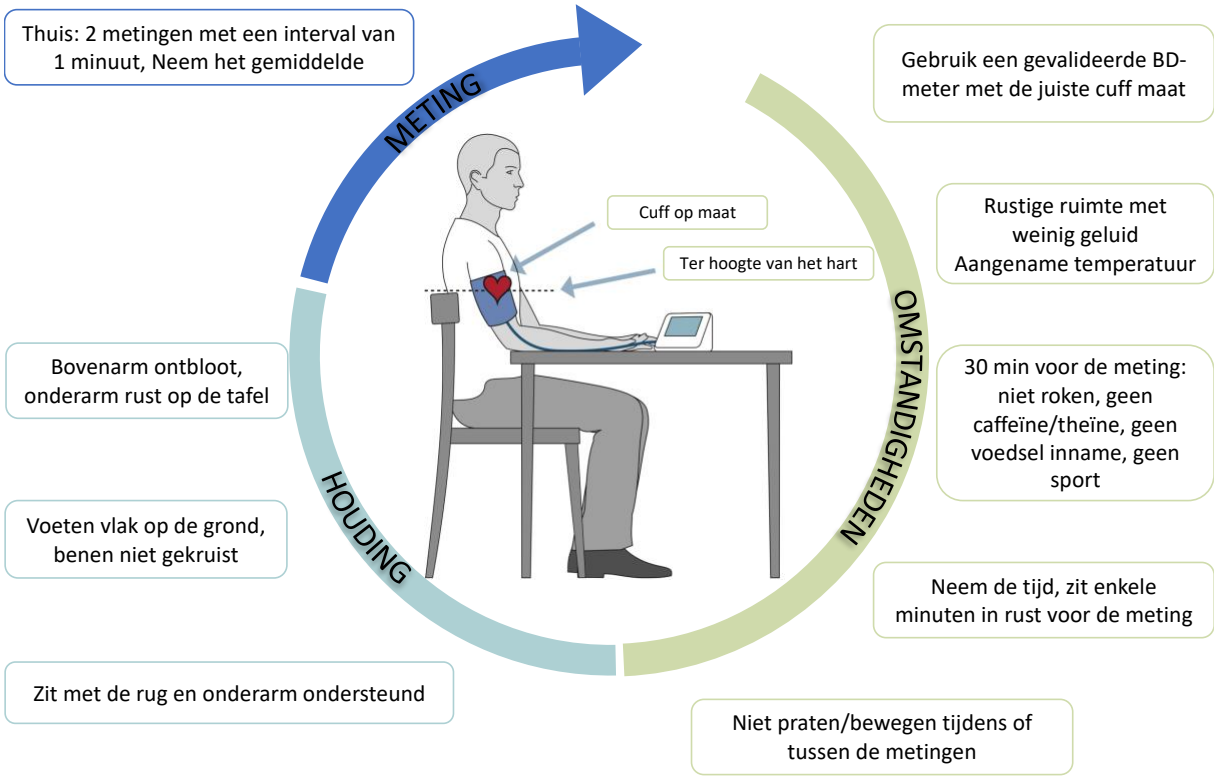


ANAMNESE
Persoonlijke anamnese ▪ Therapietrouw ▪ VG zwangerschapshypertensie/pre-eclampsie
Risicofactoren ▪ Belaste familiaal anamnese voor hypertensie, CVD, beroerte of nierziekte ▪ Roken ▪ Voeding, alcoholgebruik ▪ Sedentair leefstijl ▪ Obesitas ▪ Erectiele disfunctie ▪ Slaapapneu (vraag ook aan partner) ▪ Psychosociale risicofactoren (angst, depressie, stress, etc.)
Symptomen van HMOD, CVD, beroerte en nierziekte ▪ Hersenen en ogen: hoofdpijn, vertigo, nausea/braken (verhoogde ICD), retinopathie (wazig zien), TIA/CVA, sensorische of motorische afwijkingen, geheugenstoornis, dementie ▪ Hart: retrosternale pijn, dyspnoe, oedemen, AMI, PCI, syncope, palpitaties, aritmie (AF), hartfalen ▪ Nieren: dorstgevoel, polyurie, nycturie, hematurie, UWI ▪ Perifere arteriën: koude extremiteiten, claudicatio intermittens, ulcus/necrose, perifere revascularisatie ▪ Persoonlijke of familiale VG van CKD (bv. polycystische nierziekte)
Secundaire hypertensie ▪ Leeftijd < 40 jaar met hypertensie graad 2 of 3 (≥160 mmHg / ≥100mmHg) ▪ Plots ontstaan van hypertensie, of snel progressieve hypertensie bij oudere patiënten ▪ Zwangerschap ▪ VG herhaalde nefrologische of urologische problemen ▪ Vergrote nieren bij palpatie (PCKD) ▪ Herhaalde episodes van zweten, hoofdpijn, angst en/of palpitaties (feochromocytoom) ▪ Herhaalde episodes van spierzwakte en tetanie (hyperaldosteronisme) ▪ HypoK^+, spontaan of diuretica-geassocieerd (hyperaldosteronisme) ▪ Symptomen suggestief voor schildklierpathologie, zowel hypo- als hyperthyroïdie, alsook hyperparathyroïdie ▪ Symptomen suggestief voor syndroom van Cushing (obesitas, buffalo nek, plethora, moonface, striae, ...)
Medicatie/druggebruik ▪ Corticosteroïden, orale contraceptiva, vasoconstrictieve neusspray, chemotherapie, NSAID/COX-2 inhibitoren, paracetamol, SNRI ▪ Kruiden/planten, dieetpillen, OTC ▪ Alcohol, drugs (recreationeel)

KLINISCH ONDERZOEK
Lichaamsmetingen ▪ Gewicht en lengte (BMI) ▪ Buikomtrek
Tekens van hypertensie gemedieerde orgaanschade ▪ Auscultatie hart en carotiden ▪ Palpatie carotiden en perifere arteriën
Tekens van secundaire hypertensie ▪ Inspectie van de huid: cafe-au-lait vlekken en neurofibromatosis ▪ Nierpalpatie: vergrote nier in PCKD ▪ Auscultatie hart en renale arteriën (aorta coarctatio en renovasculaire hypertensie) ▪ Tekens van Cushing of acromegalie ▪ Tekens van schildklier pathologie

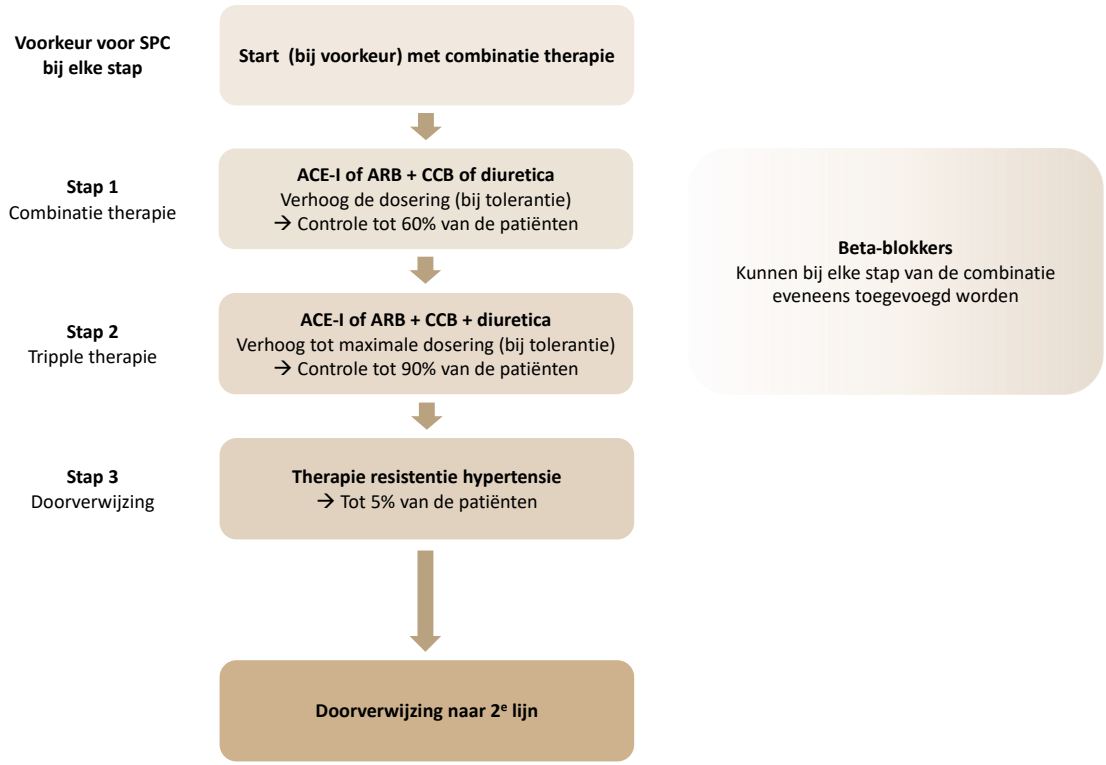
LABORATORISCH ONDERZOEK
Bloed ▪ Hemoglobine ▪ Lipiden: Totaal cholesterol, LDL-C, HDL-C, TAG ▪ Nuchtere glycemie ▪ Elektrolyten bij diagnose of therapiewijzing (indien nodig): natrium, kalium en calcium ▪ Creatinine / eGFR
Urine ▪ Microalbumine (albumine-creatinineratio) (ochtendurine)

Thuismeting en dossierbeheer



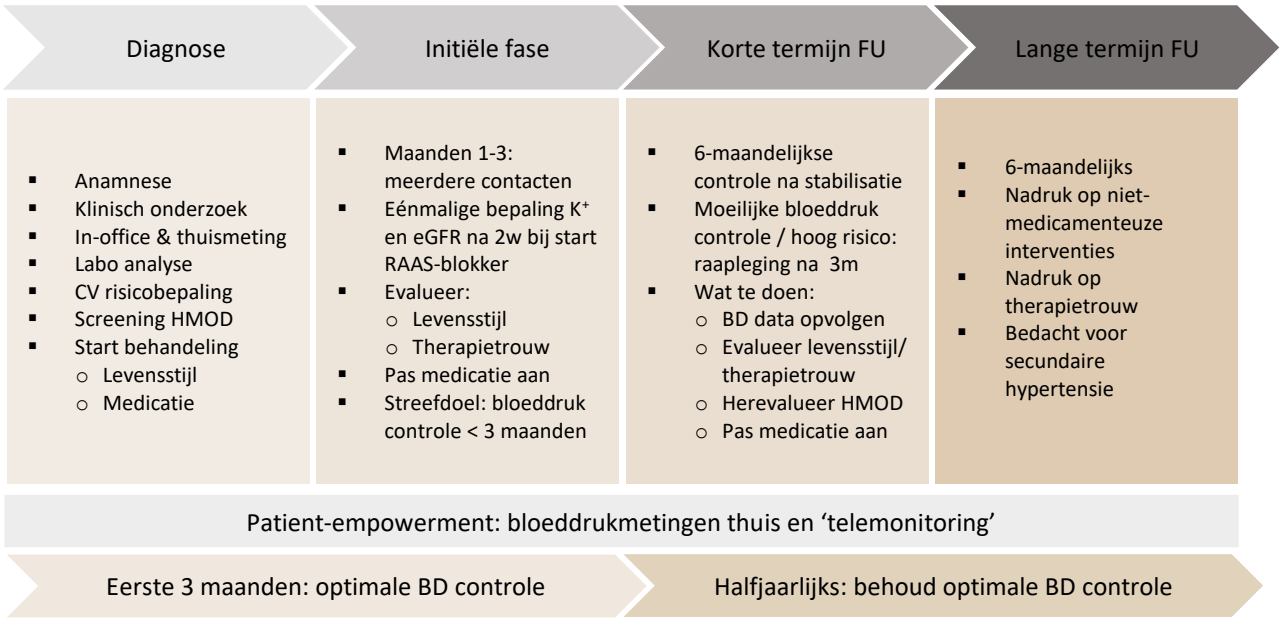
PRAKTISCH
Correct beheer van het zorgelement hypertensie ▪ Het zorgelement wordt aangemaakt na een correcte diagnosestelling o.b.v. de praktijkrichtlijn   ○ Zie flowchart
Correct beheer van de passieve diagnoses ▪ Indien er tijdens de follow-up blijkt dat een patiënt die gediagnosticeerd werd met hypertensie, dit niet meer heeft (bv. na aanzienlijke lifestyle aanpassingen, GABY, …), dan classificeren we deze in het EMD als ‘passief relevant’
Correct uitvoeren van de thuismetingen ▪ Juiste cuffmaat / bij voorkeur met bovenarm manchet ▪ Dubbele metingen (1min tussen elke meting) per dagdeel (’s ochtends en ’s avonds) ▪ Gedurende minstens 7 dagen ▪ Berekenen van het gemiddelde van alle metingen (waarbij de metingen van de eerste dag niet worden geïncludeerd)
Correcte documentatie van de parameter ▪ Eénmaal er thuismetingen worden geregistreerd, wordt het gemiddelde in het parametervakje genoteerd ▪ De in-office metingen worden in het tekstvak genoteerd ▪ Het overzicht van de thuismetingen worden gescand en als apart document in het dossier van de patiënt geupload

Behandeling



PRAKTISCH
Niet-medicamenteuze behandeling: Focus op levensstijl ▪ Gewichtsverlies – zo nodig / DASH-dieet ▪ Bewegen op verwijzing (template aanwezig in careconnect; documenten) ▪ Zoutrestrictie ▪ Rookstop ▪ Ethylreductie ▪ Stress beperking
Medicamenteus De hoeksteen blijft RAAS-blokkade (liefst onder combinatietherapie)
Nadruk dient nog steeds gelegd te worden op de out-of-office metingen

Follow up



PRAKTISCH
De follow-up is afhankelijk van de comorbiditeiten ▪ Met co-morbiditeiten: 3-maandelijkse follow-up ▪ Zonder co-morbiditeiten: 6-maandelijkse follow-up
Kennisniveau van de patiënten ▪ Deze blijkt ondermaats te zijn → Graag algemeen wat meer aandacht hiervoor ▪ Hypertensie: Oorzaken, gevolgen, gevaren, neveneffecten, werkingsmechanisme van het voorgeschreven medicatie, levensstijl / effecten, … ▪ Herhaling van de informatie is noodzakelijk ▪ Deze dient regelmatig opgefrist te worden tijdens de consultatie m.b.t. screening en preventie ▪ Tip: Thuisarts.nl
Bewegen op verwijzing ▪ Template voor verwijzing is aanwezig in het tabblad 'documenten' in CareConnect
Aandacht voor therapietrouw ▪ Gebruik eventueel MMAS-8 vragenlijst (internationaal gevalideerd)
Planning ▪ Het vervolgconsult wordt meteen ingepland ▪ Er worden voldoende voorschriften voorzien tot aan het volgende consult ▪ Bij de planning van een bloedname wordt het aanvraagformulier op voorhand afgegeven aan het secretariaat

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)

Wij willen je graag een aantal vragen stellen over de inname van je medicatie.
Kan je alstublieft op de eerste zeven vragen ja of neen antwoorden?
Je antwoordt door een kruisje te zetten in het juiste kolom.
Bij de laatste vraag heeft u vijf mogelijkheden. Denk eraan dat een fout antwoord niet bestaat.

MMAS-8	**JA**	**NEE**
1. Vergeet u soms uw geneesmiddel in te nemen?	☐	☐
2. Soms nemen mensen hun geneesmiddel niet in. Niet omdat ze het vergeten, maar om een andere reden. Denk nu aan de afgelopen twee weken. Heeft u op sommige dagen uw geneesmiddel niet ingenomen?	☐	☐
3. Heeft u ooit de dosis verminderd? Of bent u ooit gestopt met het innemen van uw geneesmiddel zonder dit te laten weten aan uw dokter? Allemaal omdat u zich slechter voelde toen u ze wel innam?	☐	☐
4. Wanneer u reist of weg bent van huis, vergeet u dan soms om uw geneesmiddelen mee te nemen?	☐	☐
5. Heeft u gisteren uw geneesmiddelen ingenomen?	☐	☐
6. Stopt u soms met het innemen van uw geneesmiddelen wanneer u vindt dat u uw symptomen onder controle heeft	☐	☐
7. Voor sommige mensen is het een groot ongemak om elke dag geneesmiddelen in te nemen. Vindt u het soms een gedoe om u aan het schema van uw behandeling te houden?	☐	☐
8. Hoe vaak heeft u het moeilijk om u te herinneren al uw geneesmiddelen in te nemen?	Voortdurend	☐
	Meestal	☐
	Soms	☐
	Af en toe	☐
	Nooit/zelden	☐

Puntenverdeling:

Vraag	**Ja**	**Nee**
1	0	1
2	0	1
3	0	1
4	0	1
5	1	0
6	1	0
7	1	0
8	Voortdurend	4
	Meestal	3
	Soms	2
	Af en toe	1
	Nooit/zelden	0

Resultaat:

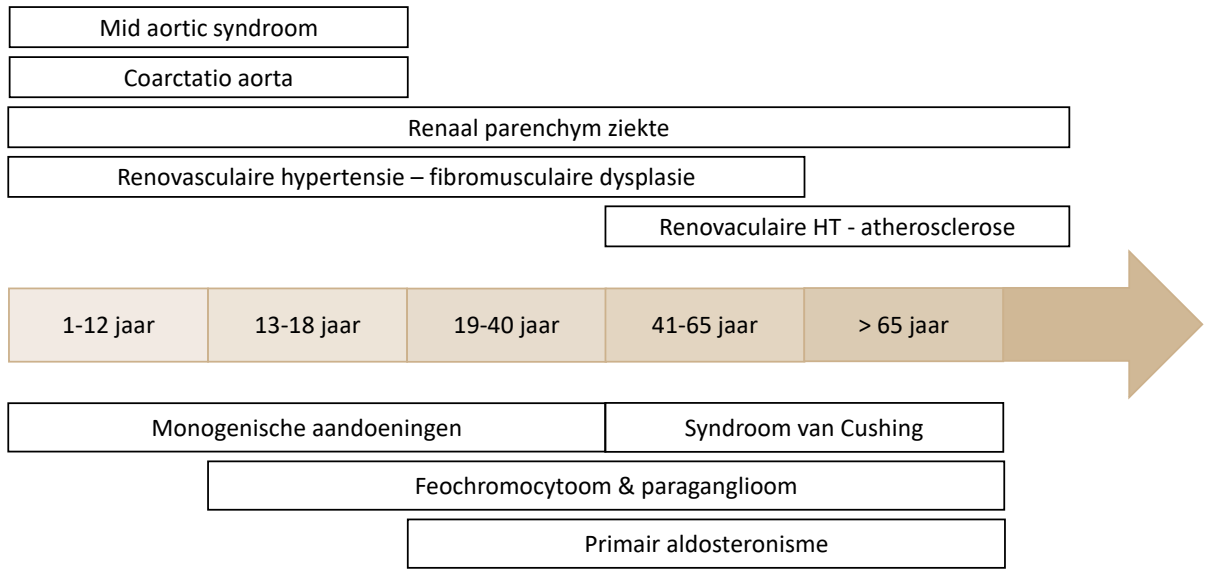
- Laag: 0-5
- Matig: 6-7
- Hoog: 8-11

Secundaire hypertensie

WANNEER DENKEN AAN SECUNDAIRE HYPERTENSIE

- Jonge patiënten (<40 jaar) met graad 2/3 hypertensie
- Jonge patiënten met hypertensie tijdens kinderjaren
- Plots ontstaan van hypertensie
- Acute verergering van de BD bij eerder goed gecontroleerde tensies
- Therapieresistente hypertensie
- Hypertensie crisis (bv. met encefalopathie)
- Ernstige- (graad 3) of maligne hypertensie
- Ernstige HMOD (zeker indien deze disproportioneel is met de duur en de ernst van de BD stijging)
- Vermoeden (klinisch / biochemisch) van endocriene oorzaak
- Vermoeden van atherosclerotische renovasculaire ziekte / fibromusculaire dysplasie
- Vermoeden van OSAS
- Ernstige hypertensie tijdens de zwangerschap (>160/110 mmhg)
- Acute verslechtering tijdens de zwangerschap bij gekende hypertensie

Figuur: Oorzaken van secundaire hypertensie per leeftijdscategorie



BIJKOMENDE ONDERZOEKINGEN / 2e LIJN

- Overleg Cardio / Endocrino / Nefro
- Angio – CT/MRI van de renale vaten en bijnieren
- Duplex nierarteriën
- Uitgebreid labo (cortisolemie)
- 24u neutrale urinecollectie
  - Natriumexcretie (opvolging dieet)
  - Cortisolurie
- 24u zure urinecollectie
  - Metabolieten van het adrenerg systeem

WIE DOORVERWIJZEN

- Jonge patiënten (<40 jaar) met graad 2/3 hypertensie
- Plots ontstaan van hypertensie / plotse toename na periode van goede controle
- Vermoeden van secundaire hypertensie
- Therapieresistente hypertensie
- Nood aan meer gedetailleerde beoordeling van orgaanschade
- Nood aan meer diepgaande specialistische evaluatie op verwijzing van de arts
- Hypertensie crisis (bv. met encefalopathie)