

# Toolkit Therapietrouw

## Doel

Het bevorderen van therapietrouw bij ouderen die chronisch medicatie gebruiken.

## Achtergrond

### Definitie

Onder therapietrouw wordt verstaan de mate waarin het gedrag van de oudere patiënt correspondeert met de medicamenteuze en niet-medicamenteuze aanbevelingen van de arts. Noodzakelijke voorwaarde bij deze definitie is dat de oudere patiënt goed geïnformeerd is en heeft ingestemd met de aanbevelingen.

### Prevalentie therapieontrouw

Therapieontrouw komt veel voor bij chronisch medicatiegebruik. De percentages variëren per middel en per aandoening. Uit een meta-analyse (DiMatteo, et al.) van 569 onderzoeken kwam een percentage van therapieontrouw naar voren van bijna 25%. Therapietrouw bleek het hoogst bij patiënten met HIV, artritis, maag- en darmziekten, en kanker. Het laagst was therapietrouw bij patiënten met longaandoeningen, diabetes mellitus en slaapstoornissen. Klaarblijkelijk is therapietrouw hoger bij ziekten die door de patiënt als zeer ernstig worden ervaren. Ook bij acute ziekte is de therapietrouw hoger dan bij chronische aandoeningen. Voor Nederland zijn cijfers te vinden op de website 'TherapietrouwMonitor.'

### Oorzaken en risicofactoren voor therapieontrouw

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen intentionele (bewuste) en niet-intentionele (onbewuste) therapieontrouw.

1. Intentioneel: de patiënt weegt de voor- en nadelen van een behandeling tegen elkaar af en kiest ervoor het behandeladvies niet op te volgen. Oorzaken kunnen zijn: ondervonden bijwerkingen, onwerkzaamheid van het middel of gebrek aan motivatie.
2. Niet-intentioneel: In dit geval spelen andere oorzaken een rol, zoals vergeetachtigheid of niet precies weten hoe de geneesmiddelen te gebruiken.

Er zijn verschillende factoren aan te wijzen die de therapietrouw beïnvloeden

Tabel 1: factoren die therapietrouw beïnvloeden (bron: module therapietrouw, DGV)

Factor	Voorbeeld
Therapie gerelateerd	Duur van de behandeling Mate van bijwerkingen Effectiviteit van de behandeling Aantal verschillende middelen Aantal innamemomenten Gebruikersgemak

Patiënt gerelateerd	Motivatie van de patiënt Ziekte-inzicht Kennis van ziekte en behandeling Beleving van ziekte en behandeling Cognitieve problemen (dementie, beginnende geheugenproblemen) Problemen met tastzin en fijne motoriek (moeilijk openen van verpakking)
Conditie gerelateerd	Ernst van de symptomen van de aandoening Comorbiditeit Mate van progressie van de aandoening
Gezondheidssysteem gerelateerd	Tijd voor educatie van patiënten Aandacht voor problemen bij inname medicatie en bijwerkingen Samenwerking tussen arts en apotheker
Sociaaleconomisch	Sociaaleconomische status van patiënt (van invloed op leefstijl, financiën, mogelijkheden) Culturele omstandigheden en geloof

## Complicaties

Beperkte therapietrouw kan tot een extra zorgvraag en zelfs ziekenhuisopnames leiden. Simpson en collega's publiceerden in 2006 een meta-analyse van acht onderzoeken, bij patiënten met cardiovasculaire aandoeningen of HIV. Hieruit bleek een significant hogere mortaliteit bij therapieontrouwe patiënten (8,5%), dan bij therapietrouwe patiënten (4,7%, odds ratio OR 0,56 [95%BI=0,50-0,63]).

## Screening

Therapietrouw is moeilijk vast te stellen op basis van zelfrapportage. Patiënten geven vaak sociaal wenselijke antwoorden. Bij screenen op therapietrouw is het daarom belangrijk om zoveel mogelijk open vragen te stellen:

- Hoe en wanneer neemt u uw medicijnen in?
- Welke hulp en uitleg kan ik u geven?

Belangrijke aanwijzingen voor problemen met therapietrouw zijn rondslingerende tabletten, medicijnendoosjes die op allerlei plaatsen zijn opgeslagen, verlopen medicijnendoosjes en een overmaat aan medicijnen in huis.

## Diagnostiek

De diagnostiek start met het afnemen van de medicatie-anamnese [\[LV1\]](#). Daarin wordt met de patiënt de voorgeschreven medicatie doorgelopen. Specifiek wordt stilgestaan bij de problemen die ouderen ervaren bij het innemen van de medicatie.

Om objectief vast te stellen of de oudere patiënt zijn medicatie volgens voorschrift gebruikt, kan gekeken worden naar de frequentie van herhalingsrecepten en het daadwerkelijk afhalen van deze medicatie bij de apotheek. Echter, belangrijk om hierbij te bedenken is dat het daadwerkelijk ophalen van de medicijnen bij de apotheek niet hoeft te betekenen dat de patiënt ze ook heeft ingenomen. De patiënt kan dan alsnog besluiten om de medicatie niet of gedeeltelijk in te nemen.

Een mogelijk andere manier om medicatiegebruik objectief vast te stellen is elektronische monitoring, waarbij gebruik wordt gemaakt van speciale potjes die het moment van openen door de patiënt vastleggen (NHG 2012).

Door middel van bloedonderzoek kunnen medicatiespiegels van sommige medicijnen worden geprikt (bijvoorbeeld digoxine).

Belangrijk is om bij de verdere diagnostiek de redenen te achterhalen voor therapieontrouw.

1. Is het medicatieschema begrijpelijk voor de patiënt?
2. Sluit het medicatieschema aan bij zijn dagelijks functioneren?
3. Ervaart de patiënt bijwerkingen van de medicatie?
4. Is de patiënt gemotiveerd om medicamenteuze therapie te gebruiken voor een bepaalde aandoening?
5. Weet de patiënt waarvoor de medicijnen dienen?
6. Weet de patiënt wat het effect is als hij de medicatie niet gebruikt?
7. Weet de patiënt voldoende over zijn ziekte(n)?
8. Is er sprake van geheugenproblemen?
9. Ervaart de oudere fysieke beperkingen die het innemen van de medicatie bemoeilijkt?
10. Zijn er financiële barrières met betrekking tot medicatiegebruik?

## Interventies

### Samen betere farmacotherapeutische zorg bereiken

De interventie richt zich op de achterliggende oorzaak van de therapieontrouw. De World Health Organisatie ziet het bevorderen van therapietrouw als zeer belangrijk en beveelt een partnerschap (concordantie) aan tussen patiënt en hulpverleners. Binnen dit partnerschap worden afspraken op maat gemaakt over het zorg- en behandelplan. Interventies op maat hebben een groter effect op de therapietrouw dan algemene interventies (op groepsniveau). Het benaderen van therapietrouw vanuit verschillende invalshoeken is effectiever dan vanuit één invalshoek. Zowel algemene voorlichting, praktische hulpmiddelen en gedragstherapie kunnen daarbij worden ingezet (NHG 2012).

De hulpverlening kan bestaan uit (wijk)verpleegkundige, arts, apotheker. Goede afstemming met de apotheek en voorschrijver kan van belang zijn om naar alternatieven te kijken voor middelen die bijwerkingen geven, praktische problemen geven of te vaak gebruikt moeten worden.

### Doorlopen van de behandelanalyse

[Zie ook het stappenplan polyfarmacie en medicatieveiligheid](#). Bij het doorlopen van de behandelanalyse, waarin een 8-tal vragen wordt gesteld over medicatiegebruik, komt de vraag van bijwerkingen en gebruiksgemak ook aan de orde. Dit kan aanleiding zijn om samen met de patiënt en apotheker te kijken naar alternatieven. Denk aan medicatie met vertraagde afgifte om het aantal inname momenten te reduceren, drankje in plaats van pillen bij slikproblemen,

### Optimalisatie van het medicatieschema

Therapietrouw wordt bevorderd als het medicatieschema is afgestemd op het dagelijkse leven van de oudere. Dit betekent rekening houden met tijd van opstaan, eten en naar bed gaan. Vaak wordt door ouderen gedacht dat de tijden die worden besproken leidend zijn. In gesprek gaan over het medicatieschema en dit inpassen in het dagelijks leven kan de therapietrouw vergroten.

### Monitoring

Bij voorschrijven van nieuwe medicatie of het veranderen van het medicatieschema zou de patiënt een vervolgspraak moeten krijgen, waarin geëvalueerd wordt of het nieuwe middel of medicatieschema het gewenste effect heeft. De timing van de vervolgspraak is afhankelijk van de verwachte tijdsduur dat verandering effectief is.

### Voorlichting en empowerment

Gebrek aan therapietrouw kan ook komen doordat de patiënt niet weet waarom bepaalde medicatie belangrijk is, of waarom er zoveel middelen gebruikt moeten worden. Dit geldt vooral voor medicatie met een preventieve werking, zoals voor hypertensie of geneesmiddelen die gebruikt worden om de maag te beschermen bij het gebruik van plaatjesremmers (bijvoorbeeld acetylsalicylzuur). Belangrijk is om na te gaan of de patiënt weet welke middelen hij gebruikt, waarvoor ze dienen en welk effect de medicatie heeft op de ziekte of aandoening die een oudere heeft. Volgens het partnerschapsmodel kan een patiënt zich pas goed aan zijn therapie houden als de verwachtingen en doelen van de behandeling duidelijk zijn.

Voorlichting kan gegeven worden door de arts, apotheker of verpleegkundige. Denk eraan om de informatie zoveel mogelijk schriftelijk mee te geven, zodat een patiënt dit thuis nogmaals door kan lezen.

Er bestaat een goede folder die ingaat op therapietrouw van patiënten en het belang ervan. Deze kan aangevraagd worden via <https://www.medicijngebruik.nl/fto/themas/therapietrouw#A4>

### Betrekken van mantelzorgers bij voorlichting

Wanneer een oudere kwetsbaar is, cognitieve problemen heeft of wanneer de mantelzorgers een actieve rol heeft bij medicatiegebruik, is het noodzakelijk om de mantelzorgers te betrekken bij de voorlichting en het samenstellen van een medicatieschema. Mocht de mantelzorgers zich belast voelen, kan gedacht worden aan de inzet van hulp of hulpmiddelen bij medicatiegebruik.

### Hulpmiddelen

Er bestaan verschillende mogelijkheden voor hulpmiddelen bij het medicatiegebruik

- Doseerdoos: daarin kan de medicatie voor de gehele week worden uitgezet, waarbij de patiënt per keer zijn middelen uit de doos kan halen. Dit kan zowel door de apotheker georganiseerd worden, als ook door de thuiszorg. Soms wil de mantelzorgers of de patiënt dit zelf doen. Thuiszorg kan vooral ook zinvol zijn als er cognitieve problemen spelen.
- Baxterrol: dit is een rol waar alle medicijnen in plastic zakjes per inname-moment zijn verzameld met op elk zakje een datum en tijd van innemen.
- Wekker/timer: er zijn verschillende doseerdozen die ook een alarm hebben als de medicatie ingenomen moet worden.
- Hulpmiddelen om ogen te druppelen.
- Medicatieverdeeldispensers: deze kunnen de medicatie halveren, indien maar halve dosis nodig is. Gemakkelijker is nog een pil met de halve dosering voor te schrijven.

## **Financiering**

### **Betaalbaarheid medicatie**

Medicatie valt onder de zorgverzekeringswet. Op de site <http://www.mijnmedicijnvergoeding.nl/> kan nagegaan worden of een medicijn vergoed wordt door de zorgverzekeraar. En kan naar alternatieven gezocht worden indien een eigen bijdrage een probleem vormt voor patiënten.

### **Financiering van zorg**

Hulp van de thuiszorg: indien hulp van de thuiszorg gewenst is bij het uitzetten en monitoren van de medicatie, is een indicatie van het CIZ nodig. Voor thuiszorg wordt een inkomensafhankelijke eigenbijdrage gevraagd.

## Richtlijnen en referenties

- DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care* 2002;40:794-811.
- DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. FTO-Module therapietrouw, 2007.
- Osterberg, L., Blaschke, T. Adherence to Medication, *N Engl J Med.* 2005 Aug 4;353(5):487-97
- Brouwers, J.R.B.J. & Van der Hooft, C. (2008). 'De patient met beperkte therapietrouw' . In: Olde Rikkert, M.G.M., Flaming, J., Petrovic, M., Schols, J.M.G.A. & Hoefnagels, W.H.L. (eds.). *Probleemgeoriënteerd denken in de Geriatrie*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, pp. 387-401.
- NHG, Nederlandse Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012, te verkrijgen via:  
[https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/polyfarmacie\\_bij\\_ouderen.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderen.pdf)
- Instituut voor verantwoord medicijngebruik FTO. Therapietrouw. Dr. J.G. Hugtenburg, Dr. L. van Dijk, Drs. P. Tiemens, Drs. M. Vijverberg-Vermaas. 2013