



## Bevorderen van medicatietrouw door verpleegkundigen en verzorgenden

### Knelpuntenanalyse

Liset van Dijk<sup>1</sup>

Anita Huis<sup>2</sup>

Kim de Groot<sup>1</sup>

Marcia Vervloet<sup>1</sup>

Dominique Lescure<sup>2</sup>

Anneke Francke<sup>1</sup>

<sup>1</sup> NIVEL, Utrecht

<sup>2</sup> IQ healthcare, Radboud Institute for Health Sciences, Radboudumc Nijmegen

Dit project is mogelijk gemaakt door:





ISBN 978-94-6122-454-5

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

©2017 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

IQ healthcare, Postbus 9101, huispost 114, 6500 HB NIJMEGEN

Dit is een publicatie van het NIVEL en het Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht en IQ healthcare. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

## Voorwoord

Om de beste zorg te leveren, is het belangrijk dat het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden gebaseerd is op actuele kennis en inzichten. Voor deze beroepsgroepen worden in opdracht van VWS - via ZonMw - daarom diverse nieuwe kwaliteitsstandaarden ontwikkeld. Beroepsorganisatie V&VN prioriteert daarvoor de onderwerpen. Therapietrouw aan medicatie is één van de geprioriteerde onderwerpen.

Gebrekkige medicatietrouw komt relatief veel voor. Het was echter nog niet duidelijk in hoeverre die problematiek samenhangt met niet optimaal handelen van verpleegkundigen en verzorgenden, welke specifieke knelpunten daarbij spelen en of deze het best via een kwaliteitsstandaard dan wel via een ander middel aangepakt kan worden. Om deze reden heeft V&VN aan ZonMw verzocht een knelpuntenanalyse uit te laten voeren. Vervolgens heeft ZonMw aan NIVEL en IQ healthcare onderzoeksubsidie gegeven om gezamenlijk die knelpuntenanalyse uit te voeren.

In dit rapport gaat het over de uitkomsten van de knelpuntenanalyse. Veel dank gaat uit naar alle verpleegkundigen en verzorgenden die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek, de focusgroepen of interviews die in het kader van de knelpuntenanalyse zijn gedaan. Ook danken we Alke Nijboer (programmabureau Kwaliteitsstandaarden van V&VN) voor hun advisering en ondersteuning bij de werving. Daarnaast bedanken we Anke Oerlemans (IQ healthcare) voor het leiden van de focusgroepen. Tot slot, Anita Oudebos en Marjan van Knippenberg (beiden IQ healthcare) voor hun hulp bij het coderen van de focusgroepen en interviews.

Utrecht/Nijmegen, juli 2017

De auteurs



# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
<b>Beleidssamenvatting</b>	<b>8</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>10</b>
1.1 Achtergronden en aanleiding van deze knelpuntenanalyse	10
1.2 Doel- en vraagstellingen	11
1.3 Leeswijzer	12
<b>2 Resultaten literatuurverkenning</b>	<b>14</b>
2.1 Inleiding	14
2.2 Rapport “Therapietrouw: van ervaren belang naar gedeeld belang”	14
2.3 Resultaten uit overige onderzoekpublicaties	15
<b>3 Resultaten vragenlijstonderzoek en kwalitatieve deel</b>	<b>18</b>
3.1 Inleiding	18
3.2 In aanraking komen met medicatieontrouw in de praktijk	18
3.3 Taken en verantwoordelijkheden bij medicatieontrouw	20
3.4 Ervaren knelpunten	22
3.4.1 Knelpunten bij het signaleren van medicatieontrouw	22
3.4.2 Knelpunten bij begeleiden van patiënten die medicatieontrouw zijn	23
3.5 Patiëntgroepen en zorgcontexten met grootste knelpunten	25
3.6 Oplossingsrichtingen en bevorderende factoren	27
<b>4 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>32</b>
4.1 Conclusies per onderzoeksvraag	32
4.2 Discussie	34
<b>Referenties</b>	<b>38</b>
<b>Bijlage I: Methoden literatuurverkenning</b>	<b>40</b>
<b>Bijlage II: Methoden vragenlijstonderzoek</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage III: Vragenlijst, vragenlijstonderzoek in Panel V&amp;VN</b>	<b>42</b>
<b>Bijlage IV: Methoden van het kwalitatieve deel</b>	<b>47</b>
<b>Bijlage V: Topic guide focusgroep medicatietrouw</b>	<b>49</b>



## Beleidssamenvatting

### Waarom dit rapport?

De beroepsgroep V&VN ontwikkelt de komende jaren samen met andere partijen kwaliteitsstandaarden voor het verpleegkundig en verzorgend handelen. Kwaliteitsstandaarden hebben veelal de vorm van een richtlijn met (bij voorkeur evidence-based) aanbevelingen voor het professioneel handelen. Ze helpen verpleegkundigen en verzorgenden in hun besluitvorming over passende zorg en beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren. De nieuwe kwaliteitsstandaarden moeten ondersteunend zijn aan een andere manier van werken, waarbij de nadruk ligt op kwaliteit van leven en welzijn.

Medicatierouw is één van de geprioriteerde onderwerpen. Goede medicatierouw is vaak belangrijk om het optimale effect van de behandeling te behalen. Het lukt patiënten echter lang niet altijd hun geneesmiddelen in te nemen zoals is afgesproken met de behandelaar. Doel van dit onderzoek was is het in kaart brengen van de knelpunten die spelen in het verpleegkundig en verzorgend handelen bij medicatierouw.

### Meerderheid heeft in werk te maken met medicatierouw

Een ruime meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden (85%) heeft in het dagelijks werk te maken met patiënten die medicatierouw zijn. Dit geldt nog vaker voor verpleegkundigen en verzorgden binnen de GGZ, de huisartspraktijk en de thuiszorg.

### Taken en verantwoordelijkheden

Verpleegkundigen en verzorgenden informeren patiënten over medicatie, signaleren problemen en bieden praktische oplossingen. Er zijn ook nog taken die vaker opgepakt kunnen worden. Bijvoorbeeld het bieden van ondersteuning bij zelfmanagement en het aandacht besteden aan medicatierouw in consulten of gesprekken met patiënten. Desondanks geeft meer dan de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden dat het signaleren van medicatierouw en het begeleiden van patiënten bij medicatierouw goed gaat. Het creëren van (nog) grotere bewustwording onder verpleegkundigen en verzorgenden over de omvang en complexiteit van het probleem van medicatierouw is mede daarom aan te bevelen.

### Knelpunten en oplossingen

Verpleegkundigen en verzorgenden signaleren vooral problemen bij laag opgeleide patiënten, ouderen en patiënten met psychische problemen. Voor elke groep geldt dat hun problemen 'op maat' aangepakt moeten worden. Bij oplossingen op maat hoort ook dat de patiënt en diens omgeving beter betrokken worden. Dit laatste is een oplossingsrichting die veel steun heeft van verpleegkundigen en verzorgenden. Verpleegkundigen en verzorgenden constateren ook dat de samenwerking tussen zorgverleners beter kan, zeker bij overdrachtsmomenten tussen verschillende zorgsettings. Maar ook binnen de eerste lijn kan de afstemming over medicatiegebruik en medicatierouw beter, bijvoorbeeld door de driehoek van huisarts, patiënt, apotheker uit te breiden met (wijk)-verpleegkundigen. Een ander knelpunt betreft het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol over medicatierouw; dit knelpunt wordt het vaakst binnen de ziekenhuissector genoemd. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met een grote variatie in patiëntengroepen en zorgsettings.



### **Laten de resultaten zien dat er behoefte is aan een kwaliteitsstandaard?**

Deze knelpuntenanalyse wijst in de richting dat een kwaliteitsstandaard, in de vorm van een richtlijn goed aansluit bij de ervaren knelpunten en oplossingsrichtingen. Wel is het de vraag of er een eensluidende kwaliteitsstandaard voor het thema medicatietrouw zinvol is. De verschillen tussen sectoren en patiëntgroepen zijn mogelijk te groot om in één kwaliteitsstandaard te vangen. De complexiteit van het probleem vraagt daarnaast om goede samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners en gerichte aandacht voor het probleem binnen de eigen organisatie. In een kwaliteitsstandaard over medicatietrouw moet daarom zeker ook aandacht zijn voor samenwerking met andere zorgverleners.

### **Aanbevelingen**

De volgende aanbevelingen worden gedaan voor de beroepsgroep:

- Exploreer of en hoe een richtlijn specifiek voor verpleegkundigen en verzorgenden ingezet kan worden om medicatietrouw te bevorderen en hoe deze richtlijn het best ingedeeld kan worden (sectorspecifiek, voor specifieke patiëntgroepen etc.).
- Ontwikkel interventiewijzers voor verschillende patiëntgroepen en verschillende zorgsettings, als aanvulling op een eventuele algemene richtlijn. In die interventiewijzers kunnen praktische aanwijzingen voor interventies staan die aansluiten bij verschillende oorzaken van medicatieontrouw en waarbij ook aandacht is voor het betrekken van de patiënt.
- Creëer meer bewustwording en kennis over het probleem medicatieontrouw bijvoorbeeld door het aanbieden van praktische (bij)scholingsmodules voor verpleegkundigen en verzorgenden. Binnen die modules moet naast informatieoverdracht ook aandacht zijn voor intercollegiale feedback over het signaleren en aanpakken van medicatieontrouw.
- Ontwikkel een model-werkwijze voor lokale samenwerking bij medicatietrouw tussen eerstelijns professionals, waarbij de wijkverpleegkundige onderdeel wordt van de driehoek huisarts, patiënt en apotheker.

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergronden en aanleiding van deze knelpuntenanalyse

Verpleegkundigen en verzorgenden vormen de grootste beroepsgroepen in de Nederlandse gezondheidszorg, en hebben veelal een langdurig en intensief contact met zorgvragers. Het is daarom van het grootste belang dat het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden gebaseerd is op actuele kennis en inzichten. Vanaf 2015 heeft VWS voor de komende jaren één miljoen euro per jaar beschikbaar gesteld voor de ontwikkeling en update van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden. Kwaliteitsstandaarden hebben veelal de vorm van een richtlijn met (bij voorkeur evidence-based) aanbevelingen voor het professioneel handelen. Ze helpen zorgprofessionals in hun besluitvorming over passende zorg en beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De beroepsgroep V&VN ontwikkelt de komende jaren met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars, kwaliteitsstandaarden voor het verpleegkundig en verzorgend handelen. De nieuwe kwaliteitsstandaarden moeten ondersteunend zijn aan een andere manier van werken, waarbij de nadruk ligt op kwaliteit van leven en welzijn. ZonMw faciliteert, ondersteunt en monitort het uitvoerings- en beoordelingsproces en organiseert de subsidierondes (<http://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programmadetail/kwaliteit-van-zorg-ontwikkeling-kwaliteitsstandaarden/>).

### *Wat is medicatietrouw?*

Therapietrouw aan medicatie is één van de geprioriteerde onderwerpen voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Therapietrouw is 'de mate waarin de zorgvrager zijn behandeling uitvoert in overeenstemming met de afspraken die hij heeft gemaakt met zijn behandelaar' (Sabaté 2003). In verband met de leesbaarheid, zullen we in dit rapport verder schrijven over 'medicatietrouw', in plaats van de wat uitgebreidere term 'therapietrouw aan medicatie'.

In het proces van het chronisch gebruiken van geneesmiddelen zijn drie fasen te onderkennen (Vrijens e.a. 2012) :

- **Acceptatiefase:** De patiënt krijgt net te horen dat hij een chronische aandoening heeft en voor langere tijd, misschien wel levenslang, geneesmiddelen moet gebruiken. Dit is de periode waarin de patiënt het medicijngebruik leert accepteren en leert inpassen in de dagelijkse routines. Of de periode waarin de patiënt kan besluiten de behandeling niet in te zetten
- **Uitvoeringsfase:** Dit is de fase waarin de patiënt het medicijn gebruikt. De vraag daarbij is: hoe goed voert de patiënt de afgesproken behandeling uit? Sommige patiënten zullen alle medicijnen innemen. Anderen slaan af en toe een dosis over.
- **Discontinueringsfase:** Dit is de fase waarin de patiënt stopt met het gebruik van geneesmiddelen. De tijd tussen de start van het eerste recept en het laatste gebruik wordt persistentie genoemd.

In dit rapport worden met medicatietrouw al deze fasen bedoeld.

### *Mate waarin medicatieontrouw voorkomt*

Geneesmiddelen nemen, iedere dag weer, is niet voor alle patiënten even eenvoudig. Daar zijn verschillende redenen voor. Sommige mensen vergeten het. Anderen willen liever geen geneesmiddelen gebruiken, omdat de bijwerkingen hen afschrikken. Een grote internationale meta-analyse van 569 studies liet zien dat gemiddeld genomen een kwart van de patiënten therapieontrouw was (DiMatteo 2004). Ook latere, Nederlandse studies laten zien dat veel patiënten medicatieontrouw zijn (bijvoorbeeld <http://www.therapietrouwmonitor.nl>; Van Dijk e.a. 2007; Van Geffen e.a. 2009; Vervloet e.a. 2013). Therapietrouwpercentages lopen echter nogal uiteen. Dit komt onder andere door verschillen in definitie en onderzoeksopzet en verschillen in de onderzochte medicijnen. Ook is er verschil tussen aandoeningen. Zo zijn maar ongeveer één op de tien diabetespatiënten medicatieontrouw, terwijl van patiënten die ADHD-geneesmiddelen of onderhoudsmedicatie voor astma/COPD gebruiken, ongeveer vier op de tien medicatieontrouw zijn (<http://www.therapietrouwmonitor.nl/therapietrouw>). Medicatietrouwcijfers zijn daarom niet altijd goed onderling vergelijkbaar. Feit is wel dat een aanzienlijk deel van de patiënten die chronische medicatie (moeten) gebruiken dit niet volgens het afgesproken voorschrift doet.

### *Zorgverleners die betrokken zijn bij medicatietrouw*

Bij het bevorderen van medicatietrouw is afstemming en samenwerking met andere disciplines nodig. Vaak niet alleen met de voorschrijvend arts, maar bijvoorbeeld ook met de apotheker die niet alleen medicatieverstrekker is, maar in de afgelopen jaren steeds meer een rol van adviseur heeft gekregen (Van Dijk e.a. 2016). Hierdoor ontstaan nieuwe verhoudingen. Naast specialist, huisarts en apotheker, kunnen verpleegkundigen en verzorgenden ook te maken hebben met collega's bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten, transferverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners) en ook de mantelzorgers (Bakker, 2016). Het is daarbij noodzakelijk om elkaars rollen goed te definiëren en verwachtingen op elkaar af te stemmen. Dit wordt ook onderkend in de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie voor ouderen waarin therapietrouw een van de belangrijke onderwerpen is ([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)). De aanbevelingen in deze richtlijn zijn echter generiek en niet specifiek gericht op het verpleegkundig en verzorgend handelen. Voor huisartsen en apothekers zijn deze rollen en verwachtingen met betrekking tot medicatietrouw reeds onderzocht (bijvoorbeeld Van Dijk e.a. 2016), maar er is minder bekend over de verpleegkundige en verzorgende rollen en de knelpunten die daarbij spelen.

### *Knelpuntenanalyse*

Mede om de voornoemde kennishiaten, heeft V&VN aan ZonMw verzocht een knelpuntenanalyse uit te laten voeren. Medicatieontrouw is dus zeker bij bepaalde aandoeningen een frequent probleem. Het is echter nog niet duidelijk, in hoeverre medicatieontrouw samenhangt met niet optimaal handelen van verpleegkundigen en verzorgenden.

## **1.2 Doel- en vraagstellingen**

Het doel van deze knelpuntenanalyse is het in kaart brengen van de knelpunten die spelen in het verpleegkundig en verzorgend handelen bij medicatieontrouw. De knelpuntenanalyse moet de basis vormen voor gerichte adviezen aan V&VN over vervolgstappen die gezet kunnen worden om

geïdentificeerde knelpunten op te lossen. Daarbij moet ook worden aangeven of een kwaliteitsstandaard het meest geschikte middel lijkt om knelpunten op te lossen, dan wel of dat andere middelen (bijvoorbeeld scholing of informatiemateriaal) geschikter zijn. Richtinggevend zijn de onderstaande onderzoeksvragen:

1. Hoe vaak komen verpleegkundigen en verzorgenden in aanraking met patiënten<sup>1</sup> die medicatieontrouw zijn?
2. Wat zijn de taken van verpleegkundigen en verzorgenden bij medicatietrouw, ook in relatie tot die van hun samenwerkingspartners? En welke samenwerkingspartners zijn relevant in het kader van medicatietrouw?
3. Welke knelpunten ervaren verpleegkundigen en verzorgenden in (a) het signaleren van een gebrek aan medicatietrouw, en het begeleiden van patiënten die medicatieontrouw zijn?
4. Bij welke patiëntengroepen en binnen welke zorgcontexten liggen de grootste knelpunten bij het signaleren en bevorderen van medicatietrouw?
5. Welke oplossingsrichtingen zijn er om gesignaleerde knelpunten aan te pakken? En is een kwaliteitsstandaard dan wel andere middelen het meest geschikt om die knelpunten aan te pakken en oplossingsrichtingen daarin mee te nemen?

### 1.3 Leeswijzer

De vraagstellingen zijn beantwoord door middel van literatuurverkenning, een online vragenlijstonderzoek en een kwalitatief deel (focusgroepen en interviews). In hoofdstuk 2 staan de resultaten van de literatuurverkenning centraal en in hoofdstuk 3 de resultaten van de het vragenlijstonderzoek en het kwalitatieve deel. In het vierde en laatste hoofdstuk worden conclusies getrokken op basis van een synthese van de diverse onderzoekonderdelen. In de bijlagen is meer informatie te vinden over de gebruikte onderzoeksmethoden.

---

<sup>1</sup> Voor patiënt kan ook gelezen worden 'cliënt'. We gebruiken die woorden allebei in dit rapport, mede afhankelijk over welke zorgsector het gaat.



## 2 Resultaten literatuurverkenning

### 2.1 Introductie

Dit hoofdstuk geeft een kort overzicht van relevante literatuur op het gebied van *knelpunten in het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden* bij medicatietrouw. Er is gebruik gemaakt van literatuur over onderzoek in de *Nederlandse* situatie. Gezocht is in de database PubMed<sup>2</sup> naar relevante publicaties vanaf 2000 tot 1 juni 2017. Daarnaast is gezocht naar ‘grijze’ onderzoeksliteratuur op websites van relevante beroepsverenigingen en onderzoeksinstituten. In totaal kwamen hieruit tien relevante publicaties naar voren: vijf wetenschappelijke publicaties gevonden in PubMed en vijf publicaties binnen de grijze literatuur. Ook zijn gegevens uit één proefschrift betrokken (Sino 2013).

Meer informatie over de methoden van de literatuurverkenning is te vinden in Bijlage I.

De belangrijkste onderwerpen die uit de literatuur naar voren kwamen, betroffen:

- Kennisniveau over medicatie;
- Signaleren van medicatietrouw en andere medicatie-gerelateerde problemen;
- Hoe het medicatieproces geregeld is en vooral de overdrachtsmomenten.

De nu volgende paragrafen geven inzicht in de resultaten van de literatuurverkenning. Een sleutelpublicatie bleek het rapport “Therapietrouw: van ervaren belang naar gedeeld belang” dat in 2016 verscheen een waarin het standpunt van V&VN over therapietrouw verwoord is. Deze publicatie zullen we daarom afzonderlijk bespreken (Bakker 2016).

### 2.2 Rapport “Therapietrouw: van ervaren belang naar gedeeld belang”

Het rapport “Therapietrouw: van ervaren belang naar gedeeld belang” is gebaseerd op interviews met *vertegenwoordigers van koepelorganisaties* over het onderwerp therapietrouw, inclusief medicatietrouw (Bakker 2016). Het doel van het rapport was: 1) te inventariseren welke activiteiten deze partijen zelf ondernemen om therapietrouw te bevorderen, 2) te inventariseren of er bij deze partijen behoefte bestaat om multidisciplinair te werken aan therapietrouw en 3) een analyse te geven van bereidheid, mogelijkheden en gestelde randvoorwaarden en implementatie-succesfactoren om verbetering in therapietrouw te realiseren. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was opdrachtgever van het onderzoek. Deze gehele paragraaf is gebaseerd op het rapport van Bakker (2016) en dan met name op het interview met de directeur van V&VN.

De V&VN vindt therapietrouw<sup>3</sup> geen doelstelling op zichzelf, maar het thema loopt wel automatisch mee in veel van hun projecten. Het belang van therapietrouw is duidelijk voor V&VN. Verpleegkundigen vervullen hierbij van oudsher een belangrijke rol vanwege hun directe en frequente relatie met patiënten. V&VN ziet – ter bevordering van de therapietrouw – vooral

---

<sup>2</sup> Een zoekstrategie in CINALHL leverde geen extra informatie op.

<sup>3</sup> In deze paragraaf spreken we over therapietrouw omdat het rapport van Bakker breder was dan alleen medicatietrouw.

mogelijkheden voor het opzetten van pilots op regionaal niveau en minder in grote landelijke projecten. Hierbij dient de lokale situatie als uitgangspunt. Ook moet therapietrouw niet beperkt blijven tot medicatiegebruik, maar er moet een koppeling zijn met andere preventieprogramma's. Landelijke afspraken, competentieprofielen, handreikingen e.d. kunnen aanvullend zijn op regionale en lokale initiatieven.

Verder is een betere bewustwording nodig bij professionals zodat zij een rol en verantwoordelijkheid hebben in het verbeteren van therapietrouw en hier ook tijd aan besteden. Er is bijvoorbeeld verschil in therapietrouw tussen psychiatrische, somatische en dementerende patiënten. De wijkverpleging is hier in het algemeen alert op, maar wat men met deze signalering doet, in hoeverre dit consistent is en hoe dit teruggekoppeld wordt, dient inzichtelijker te worden. De professional zou ook meer kunnen doen met het "pluis/niet pluis" gevoel. Eerder is al de conclusie getrokken dat dit gevoel soms beter is dan het inzetten van allerlei instrumenten. De combinatie van instrumenten met het niet-pluis gevoel werkt het best volgens V&VN.

De (wijk-)verpleegkundige kan een rol vervullen vanuit verschillende invalshoeken. Bijvoorbeeld door therapietrouw mee te nemen in zorgplannen en door hierin samen te werken met de verpleegkundige specialist of praktijkverpleegkundige van de huisarts. Verzorgenden kunnen vanuit hun rol naast (wijk-)verpleegkundigen ook een signaalfunctie vervullen. Van belang is ook dat de afspraken hierover door de (wijk-)verpleegkundige goed worden vastgelegd in het zorgplan. Ook mantelzorg en het sociaal netwerk rond de patiënt kan door de (wijk-)verpleegkundige worden betrokken bij therapietrouw. In de eerste lijn moet de driehoek huisarts, patiënt, apotheker verbreed worden met (wijk-)verpleegkundigen als het gaat om medicatiegebruik en medicatietrouw.

### **2.3 Resultaten uit overige onderzoekpublicaties**

In deze paragraaf beschrijven we de resultaten uit de overige studies die gevonden zijn voor de Nederlandse context. Wanneer in een alinea slechts één referentie vermeld wordt, is de gehele alinea gebaseerd op informatie uit deze referentie.

#### **Bevorderen van medicatietrouw in de praktijk: taken en verantwoordelijkheden**

Drie studies gingen in op de vraag wat verpleegkundigen en verzorgenden doen aan medicatietrouwbevordering: één in de eerste lijn, één in de ziekenhuissetting en één binnen de thuiszorg in Nederland.

De studie in de eerste lijn betreft een vergelijkende studie tussen Europese landen, waaronder Nederland (Clyne e.a., 2016). Onderzocht is wat zorgverleners actief doen aan het bevorderen van medicatietrouw. Hierbij werd naar activiteiten in de volgende domeinen gevraagd: het meten/nagaan van medicatieontrouw en de risicofactoren daarvoor, het geven van informatie aan patiënten en mantelzorgers, het praten met patiënten over hun medicatie, het aanbieden van praktische oplossingen, en het betrekken van andere zorgverleners en zorg verlenende instanties. Het blijkt dat zorgverleners nog niet veel doen aan deze activiteiten. Wel deden Nederlandse zorgverleners meer dan andere zorgverleners. Verpleegkundigen doen gemiddeld genomen meer hieraan dan artsen en apothekers. En Nederlandse verpleegkundigen doen ook weer meer dan

verpleegkundigen in andere Europese landen, vooral bij het in gesprek gaan met de patiënt en het aanbieden van praktische oplossingen (Clyne et al 2016).

Het onderzoek in het ziekenhuis is uitgevoerd onder 23 oncologieverpleegkundigen in Nederland. In dit onderzoek werd voor 47 activiteiten nagegaan of verpleegkundigen deze uitvoerden. Deze waren verdeeld in de volgende domeinen: kennisoverdracht, bewustmaking, zelfredzaamheid, bevorderen dat de patiënt met medicatie start, informatie geven over ondersteunende interventies, sociale steun bespreken, bespreken van bijwerkingen en faciliteren van het gebruik van de medicatie. Veel verpleegkundigen geven vooral informatie over de aandoening en de werking van geneesmiddelen. Het onderzoek laat ook zien dat 85% van hen het van belang vindt om medicatieontrouw met de patiënt te bespreken, en twee derde gaat in op de consequenties van medicatieontrouw (Timmers e.a. 2017). Bijna 80% vraagt aan de patiënt of alle doses genomen zijn. Twee derde van de verpleegkundigen geeft aan problemen met medicatie te bespreken met de patiënt en de zorg die de patiënt heeft. Patiënten krijgen weinig adviezen over mogelijke oplossingen om medicatietrouw te bevorderen (Timmers e.a. 2017).

De relevante studie in de Nederlandse thuiszorg laat zien dat twee derde van de verpleegkundigen medicatieontrouw bij cliënten herkent. Zeventig procent van de verpleegkundigen en verzorgenden vertelt de cliënt het belang van medicatietrouw. De helft van alle respondenten checkte daadwerkelijk het innamegedrag en driekwart registreerde dit in het dossier. Een minderheid gaf het door aan de huisarts (Sino 2013).

### **Kennisniveau**

In studies van de Hogeschool Utrecht/Universiteit Utrecht binnen de thuiszorg geven wijkverpleegkundigen aan zich verantwoordelijk te voelen voor medicatie, maar niet altijd veel zelfvertrouwen te hebben als het om medicatie gaat. Dit kan te maken hebben met het kennisniveau over medicatie. De algemene kennis over geneesmiddelen bleek bij een kwart van de wijkverpleegkundigen uitstekend of goed te zijn, 60% had een matige kennis en voor iets minder dan 15% gold dat de kennis slecht was. Vooral de kennis over (contra)indicaties was laag. Kennis over bijwerkingen en over interacties was juist wat beter dan over andere medicatie-gerelateerde onderwerpen. Maar ook voor bijwerkingen gold dat 46% matig scoort en 17% slecht (De Munnik 2009; Sino e.a. 2013).

Uit onderzoek van Sino (2013) blijkt dat 55% van de verpleegkundigen de eigen kennis over medicatie voldoende vindt. Twee derde van de verpleegkundigen zegt aanvullende educatie over farmacotherapie nodig te hebben. De verpleegkundigen hebben iets vaker contact met apothekers dan met huisartsen (Sino 2013). Gebrek aan kennis is een belangrijke reden voor medicatiefouten (Eliens en Poot 2011).

### **Communicatie met en informatievoorziening aan de patiënt**

Uit een studie van Sino in de thuiszorgsetting blijkt dat verpleegkundigen vaak informatie over geneesmiddelen geven (89%). Zij gebruiken vaak de bijsluiter als informatiebron (Sino 2013). Hierboven werd al aangegeven dat binnen de ziekenhuissetting veel informatieoverdracht tussen verpleegkundige en patiënt plaatsvindt (Timmers e.a. 2017). Uit een studie van Linn en anderen (2012) onder Nederlandse verpleegkundigen die patiënten met chronische darmontsteking behandelden en waarin gebruik is gemaakt van video-observaties, blijkt dat er wel veel informatie



gegeven wordt, maar dat de communicatie over medicatietrouw er niet altijd op gericht is om problemen of zorgen die patiënten hebben met het nemen van geneesmiddelen boven tafel te krijgen. Hierdoor wordt niet altijd aangesloten bij de informatiebehoeften van patiënten (Linn e.a. 2012). Dit terwijl het aansluiten bij deze behoeften leidt tot betere medicatietrouw (Linn e.a. 2016).

### **Medicatieproces**

Medicatie-overdracht momenten brengen een risico met zich mee. Wanneer iemand in een instelling wordt opgenomen bijvoorbeeld, moeten familie, thuiszorg of ziekenhuis aan de hand van een actueel medicatieoverzicht van de apotheek informatie overdragen over welke geneesmiddelen worden gebruikt. Dit kan er onder andere toe leiden dat medicatieontrouw minder snel ontdekt wordt (Dik 2016).

Medicatieontrouw kan ook komen door fouten in de medicatietoediening. Deze worden veelal veroorzaakt door het niet juist handelen van zorgverleners. Er worden meer fouten gemaakt met medicijnen die buiten het geautomatiseerd distributiesysteem voor geneesmiddelen (GDS) vallen, dus met antibiotica, insuline, oog- en oordruppels die niet via een medicatierol verstrekt worden. Ook met toegevoegde medicatie (medicatie die tussentijds wordt voorgeschreven, buiten de looptijd van de medicatierol om) worden meer fouten gemaakt (van Halem 2013). Daarnaast wordt medicatie door zelfstandige cliënten wel eens vergeten (medicatieontrouw), gemorst of door elkaar gebruikt. Deze fouten moeten eveneens door de zorgverlener gemeld worden (enquête van de Consumentenbond in 2010 over veiligheid en agressie onder 406 verpleegkundigen uit van Halem 2013).

## 3 Resultaten vragenlijstonderzoek en kwalitatieve deel

### 3.1 Introductie

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van een online vragenlijstonderzoek dat in mei/juni 2017 is gehouden onder verpleegkundigen en verzorgenden die deelnemen aan het landelijke Panel Verpleging & Verzorging<sup>4</sup> en die werkzaam zijn in diverse sectoren (zie Figuur 3.1). In totaal retourneerden 914 paneeldeelnemers de vragenlijst (netto respons: 50,2%). Daarvan gaven er 774 aan in hun dagelijks werk te maken te hebben met zorgvragers die medicatieontrouw zijn. Kenmerken van deze respondenten zijn te zien in Tabel 3.1. we verwijzen naar dit deel van het onderzoek als het vragenlijstonderzoek. Meer informatie over de methoden van het vragenlijstonderzoek is te vinden in Bijlage II.

Ter verdieping en aanvulling van de inzichten uit de literatuurstudie en het vragenlijstonderzoek, zijn twee kwalitatieve focusgroepsinterviews en vier individuele interviews gehouden. Informatie over de methoden van de kwalitatieve onderdelen staat in Bijlage III.

### 3.2 In aanraking komen met medicatieontrouw in de praktijk

Het vragenlijstonderzoek laat zien dat een ruime meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden in het dagelijks werk te maken heeft met patiënten die medicatieontrouw zijn: ruim een derde vrijwel dagelijks (34,3%) en de helft af en toe (50,4%). Er is daarbij een verschil naar sector (zie figuur 3.1). Duidelijk is dat respondenten die werkzaam zijn binnen de GGZ, de huisartspraktijk en de thuiszorg vaker met mensen die medicatieontrouw zijn in aanraking komen dan respondenten uit andere sectoren.

Van de respondenten die zeggen niet met medicatieontrouw in aanraking te komen tijdens het werk (n=140, 15,3%) geeft het merendeel (76%) aan dat dit komt omdat patiënten de medicatie aangereikt krijgen, bijvoorbeeld omdat het jonge kinderen zijn, mensen met een verstandelijke beperking of mensen met dementie. Zestien respondenten geven aan dat hun patiënten gemotiveerd zijn hun medicatie in te nemen of dat ze het de verantwoordelijkheid van de patiënt vinden (en er geen zicht op hebben). Veertien respondenten zeggen in hun werk niet met medicijnen te maken te hebben. De overige drie respondenten gaven geen duidelijke reden.

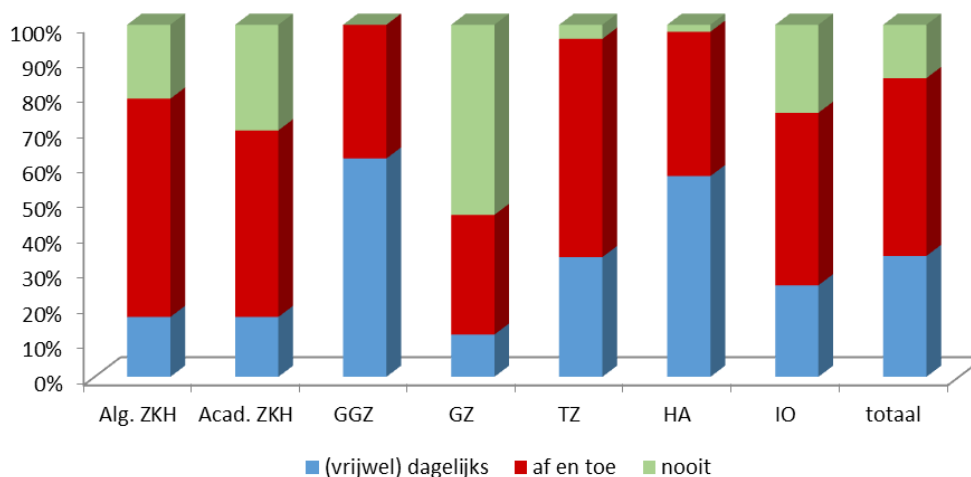
De analyses in de volgende paragrafen gaan over de 774 verpleegkundigen die met medicatieontrouw te maken hebben in hun werk. Van deze groep is 88% vrouw (tabel 3.1). Twee derde van de groep (66,3%) is ouder dan 45 jaar en twee derde (67,0%) heeft 20 jaar of meer werkervaring. Een kwart werkt in de thuiszorgsector (24,4%), een vijfde in de huisartspraktijk (20,0%), het ziekenhuis (academisch of algemeen; 19,8%) of de intramurale ouderenzorg (18,0%). De overige verpleegkundigen werken in de GGZ (13,8%) en de zorg voor mensen met een beperking (4,0%). Het aandeel verpleegkundigen met een hbo-verpleegkunde opleiding (of

---

<sup>4</sup> Meer informatie is te vinden op: [www.nivel.nl/panelenvv](http://www.nivel.nl/panelenvv)

vergelijkbaar) is 44,6%. Een derde heeft een mbo-opleiding in de verpleegkunde (34,2%) en de rest is verzorgende (21,2%).

**Figuur 3.1** In aanraking komen met medicatietrouw in de dagelijkse praktijk, uitgesplitst naar setting waarin respondent werkt (n=914)



**Tabel 3.1** Kenmerken respondenten die te maken hebben met medicatieontrouw (percentages)

Kenmerk	N=774
<b>Geslacht</b>	
Vrouw	88,0
Man	12,0
<b>Leeftijd</b>	
35 jaar en jonger	16,5
36-45 jaar	17,2
46-55 jaar	39,2
56-65 jaar	27,1
<b>Werkervaring</b>	
Minder dan 10 jaar	15,4
10-19 jaar	17,6
20-29 jaar	29,3
30 jaar of meer	37,7
<b>Zorgsector</b>	
ziekenhuis (ZKH)	19,8
geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	13,8
zorg voor mensen met een beperking (GZ)	4,0
thuiszorg/wijkverpleging (TZ)	24,4
intramurale ouderenzorg (IO)	18,0
huisartsenpraktijk (HA)	20,0
<b>Opleidingsniveau</b>	
hbo/hbo+-opgeleide verpleegkundige/praktijkondersteuners	44,6
mbo-opgeleide verpleegkundige	34,2
Verzorgende	21,2

### 3.3 Taken en verantwoordelijkheden bij medicatieontrouw

In de focusgroepen en interviews is aan de deelnemers gevraagd hoe zij medicatieontrouw signaleren. Deelnemers noemden alert zijn op signalen die te maken hadden met het niet en/of op de juiste tijd innemen van de medicatie, het niet op tijd ophalen van de medicatie bij de apotheek, het te veel of juist te weinig innemen van medicatie, het overzicht kwijt zijn, denken dat de medicatie niet helpt en/of het ontwikkelen van steeds meer weerstand tegen het medicatieregime.

- *Maar het gaat dan – vooral – over mensen die echt misschien tien, vijftien jaar al ziek zijn of iets hebben en die dan echt een keer zo komen ... zij hebben echt behoefte aan een medicijnvakantie. (Vpk ziekenhuis)*

In het vragenlijstonderzoek is gericht gevraagd naar de acties die verpleegkundigen en verzorgenden ondernemen als zij medicatieontrouw signaleren. Tabel 3.2 geeft aan wat de respondenten doen, uitgesplitst naar sector en voor de totale populatie. Voor de totale groep geldt dat het proberen te achterhalen van de redenen van medicatieontrouw het vaakst genoemd wordt (90% van de verpleegkundigen doet dat), gevolgd door het documenteren van de medicatieontrouw in het dossier van de patiënt (81%) en het wijzen van de patiënt op mogelijk negatieve gevolgen (70%). Contact opnemen met anderen gebeurt eveneens en dan vooral met de voorschrijver (63%). Veel minder vaak nemen de respondenten contact op met de apotheker (10%). Een enkeling (2%) doet helemaal niets.

Er zijn duidelijke verschillen tussen de sectoren. Deze verschillen zijn significant voor vrijwel alle acties die de verpleegkundige kan ondernemen, met uitzondering van het documenteren in het cliëntdossier. Het achterhalen van de redenen van medicatieontrouw gebeurt minder vaak in de gehandicaptenzorg en de intramurale ouderenzorg dan in andere sectoren. In de huisartsenpraktijk gebeurt het achterhalen van de redenen juist vaker. Het opnemen in het dossier gebeurt het minst vaak door respondenten in de gehandicaptenzorg, evenals het wijzen van de respondent op mogelijk negatieve gevolgen. Of en met wie overlegd wordt, verschilt ook per sector. Wel is, met uitzondering van de thuiszorg, de voorschrijver degene met wie het vaakst overlegd wordt (van 51% van de respondenten in de academische ziekenhuizen tot 88% in de GGZ). Met directe collega's overleggen, gebeurt relatief veel in de GGZ, de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en de intramurale ouderenzorg en weinig in de huisartspraktijk. Overleg met een mantelzorggebeurt relatief vaak in de thuiszorg en weinig in de gehandicaptensector. In de thuiszorg wordt ook het vaakst overlegd met de apotheker, in ziekenhuizen gebeurt dit weinig. De verschillen die er zijn, zijn goed verklaarbaar uit het type patiënt en de setting van de patiënt.

Bij de andere acties die respondenten uit het vragenlijstonderzoek noemen als reactie op het signaleren van medicatieontrouw, is een gedeeltelijke overlap te zien met de punten uit tabel 3.2. Een van de veelgenoemde andere acties, is het bieden van ondersteuning aan de patiënt voor het nemen van medicatie (n=29). Voorbeelden hiervan zijn het aanbieden van een medicatierol of een automatische medicijndispenser, maar ook het ervoor zorgen dat de respondent extra ondersteuning binnen de zorg krijgt. Het in gesprek gaan met de patiënt, de patiënt informeren en/of motiveren wordt genoemd door 28 respondenten. Overleg binnen het team of met andere zorgprofessionals werd door 22 respondenten aangegeven. Zesentwintig respondenten geven aan dat de medicatie in geval van medicatieontrouw onder toezicht ingenomen gaat worden of dat er

een sterkere controle komt. Het melden van de medicatieontrouw bijvoorbeeld via de MIC (Melden Incidenten Cliënten) wordt door 12 respondenten genoemd.<sup>5</sup>

Een klein aantal respondenten geeft aan niets te ondernemen. Veertien respondenten geven hiervoor een reden. Deze redenen lopen uiteen. Voorbeelden zijn dat respondenten vinden dat cliënten zelf verantwoordelijk zijn voor het innemen van hun medicatie, dat cliënten niet willen dat hier iets aan gedaan wordt of omdat men niet bevoegd is iets met medicatieontrouw te doen.

Tabel 3.2 Handelen wanneer gemerkt wordt dat patiënt niet medicatietrouw is (percentages)<sup>1</sup>

Handelen	Alg. ZKH (n=111)	Acad. ZKH (n=41)	GGZ (n=107)	GZ (n=31)	TZ (n=186)	HA (n=154)	IO (n=138)	totaal (n=768)
Proberen redenen te achterhalen, zodat daarop ingespeeld kan worden*	93,7	85,4	96,3	74,2	93	100	72,5	90,1
Documenteren in het cliëntdossier	75,7	75,6	83,2	67,7	83,9	84,4	79	80,7
De cliënt wijzen op de negatieve gevolgen*	73,0	65,9	78,5	51,6	74,2	69,5	59,4	69,7
Overleggen met de voorschrijver*	65,8	51,2	87,9	61,3	56,5	52,6	68,1	63,4
Overleggen met directe collega's*	23,4	22	67,3	54,9	58,1	7,8	48,6	40,5
Overleggen met een mantelzorger*	24,3	19,5	20,6	9,7	50	20,1	28,3	29
Overleggen met de apotheker*	0	2,4	2,8	12,9	21	13,6	4,4	9,6
Andere acties ondernemen*	10,8	9,8	11,2	19,4	21,5	22,1	13,8	16,5
Niets doen*	0,9	7,3	0	3,2	3,8	0	1,5	1,8

<sup>1</sup> Respondenten konden meer antwoorden geven bij deze vraag

\* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn significant (p-waarde <0,05, chi-kwadraat toets)

Ook in de focusgroepen kwam aan bod wat verpleegkundigen en verzorgenden doen als patiënten medicatieontrouw zijn of waarbij zij vermoeden dat medicatieontrouw speelt. De deelnemers gaven aan dat de voornaamste taken zijn: het signaleren van medicatieontrouw, het opsporen van medicatiefouten en het begeleiden van patiënten naar medicatietrouw. Bij gesignaleerde medicatieontrouw zien de deelnemers het als hun belangrijkste taak om te achterhalen welke redenen eraan ten grondslag liggen. Dit is in lijn met de gegevens uit het vragenlijstonderzoek. Vervolgens zoeken zij in samenspraak met de patiënt naar oplossingen waardoor het voor de patiënt makkelijker wordt het medicatieregime adequaat na te leven.

- *Eén van mijn taken is inderdaad om medicatie te bespreken. In ieder geval om te kijken hoe het verdragen wordt of dat er moeilijkheden mee zijn of mensen het lastig vinden om de pillen te slikken of misselijk worden van medicijnen. (Vpk ziekenhuis)*

<sup>5</sup> Verder noemden tien respondenten nog een reeks aan uiteenlopende redenen.

- *Want als hij weerstand heeft tegen medicatie, dan begint hij al te mopperen als het omhoog moet. Hè, dus dat is al de eerste voelspriet van: “Hé, hij neemt ze niet graag in. In ieder geval niet de hogere dosering.” Nou, dan proberen we dat te motiveren. (Vpk ziekenhuis)*
- *Dus dan ga ik met hem in gesprek en dan hebben we het over de afgelopen maanden, dat 'ie stabiel is gebleven. Dus ja vooral door middel van in gesprek gaan, probeer ik dat, ja, toch te motiveren medicatie te blijven gebruik. (Vpk GGZ)*

### 3.4 Ervaren knelpunten

#### 3.4.1 Knelpunten bij het signaleren van medicatieontrouw

In het vragenlijstonderzoek werd respondenten gevraagd of zij knelpunten ervaren in het signaleren van medicatieontrouw. Bijna twee derde (63,8%) geeft aan geen knelpunten te ervaren omdat het signaleren goed gaat. Daarnaast ervaart 8,8% geen knelpunten omdat zij het niet tot hun taken vinden behoren om medicatieontrouw te signaleren. Respondenten die in het ziekenhuis werkzaam zijn, vinden het minst vaak dat het signaleren goed gaat (tabel 3.3), respondenten uit de intramurale ouderenzorg vinden het vaakst dat het goed gaat. Een vijfde van de respondenten die werkzaam zijn in de gehandicaptensector vindt het signaleren van medicatieontrouw niet tot hun taak behoren. Dat is duidelijk vaker dan in de andere sectoren.

Het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol over medicatietrouw vinden één op de tien respondenten in het vragenlijstonderzoek een knelpunt. Vooral verpleegkundigen in het ziekenhuis noemen dit knelpunt vaak. Zij noemen ook vaker dan respondenten in andere sectoren dat er gebrek aan tijd is om met de patiënt te kijken hoe het met het medicatiegebruik gaat. Slechts 5,8 % vindt het moeilijk het gesprek met de patiënt aan te gaan en 5,6% vindt de eigen kennis onvoldoende.

Knelpunten die respondenten onder “ander knelpunt” noemen, zijn divers. Meest genoemd wordt dat men weinig zicht heeft op wat de patiënt doet (n=33). Sommige van deze respondenten lichten dit antwoord toe en geven bijvoorbeeld aan dat men de patiënt maar kort ziet of dat de patiënt bij vragen sociaal-wenselijke antwoorden geeft. Veertien respondenten geven aan dat de patiënt de medicatie niet wil of kan nemen, bijvoorbeeld vanwege dementie. Zeven respondenten wijzen op taalbarrières en/of een beperkt kennisniveau. Tijdsgebrek wordt door vijf respondenten genoemd. Zeven respondenten geven aan dat er onvoldoende zicht is op welke medicatie de patiënt moet gebruiken, bijvoorbeeld door onvolledige medicatielijsten. Zeven respondenten wijzen op het handelen van professionals in deze, bijvoorbeeld gebrekkige samenwerking, het geven van gebrekkige informatie aan de patiënt of te laat signaleren van problemen. Vijf respondenten vinden medicatietrouw de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf. Drie respondenten geven eerder een oplossing dan een knelpunt. Zij zeggen dat een gesprek met de patiënt kan helpen medicatieontrouw te signaleren. Vier respondenten geven aan dat signaleren van medicatieontrouw in hun setting niet relevant is.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Verder noemden tien respondenten nog een reeks aan uiteenlopende redenen.

Tabel 3.3 Knelpunten in het signaleren van medicatieontrouw bij cliënten (percentages) <sup>1</sup>

Knelpunten bij signaleren	Alg. ZKH (n=11)	Acad. ZKH (n=41)	GGZ (n=107)	GZ (n=30)	TZ (n=185)	HA (n=154)	IO (n=137)	totaal (n=765)
Geen duidelijke richtlijn of protocol	16,2	19,5	7,5	3,3	9,2	11,7	7,3	10,5
Te weinig tijd om er voor te gaan zitten met cliënt*	16,2	22	5,6	3,3	8,1	5,2	6,6	8,6
Lastig om het gesprek aan te gaan met cliënten	10,8	4,9	1,9	6,7	7	3,9	5,1	5,8
Onvoldoende kennis	6,3	7,3	2,8	0	4,9	7,8	6,6	5,6
Ander knelpunt bij signaleren van problemen *	15,3	17,1	15,9	6,7	8,1	18,2	5,1	12,2
<b>Geen knelpunten ervaren, want:</b>								
- signaleren gaat goed*	48,7	48,8	66,4	66,7	68,1	61	75,2	63,8
- het is geen taak om dit te signaleren	8,1	9,8	9,4	20	8,1	9,1	6,6	8,8

<sup>1</sup> Respondenten konden meer antwoorden geven bij deze vraag

\* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn significant (p-waarde <0,05; chi-kwadraat toets)

Deelnemers in de focusgroepen en interviews benadrukken dat signaleren van medicatieontrouw vaak moeilijk is, door het gebrek aan afstemming tussen diverse zorgverleners, zowel intramuraal als tussen de eerste lijn en de tweede lijn. Dit wordt deels veroorzaakt door een onvolledige overdracht vanuit een zorginstelling maar het komt ook regelmatig voor dat de ene zorgverlener - zonder overleg - de voorgeschreven medicatie van een andere zorgverlener stopt of aanpast. In de thuiszorg vinden de deelnemers dat de huisarts soms onvoldoende kennis heeft van ziekte specifieke informatie en dat een huisarts onvoldoende medicatieoverleg voert met de verpleegkundige.

- *Dan gaat de patiënt naar de huisarts met ... ja, weet ik veel? Hoofdpijnklachten. En dan zegt de huisarts: "Nou, dat komt van de Butrans®. Haal hem er maar af." Oké. En dan zegt die patiënt ... die gaat mij dan bellen. Want ja, die krijgt meer pijn. Ik zeg: "Maar waar is die pleister dan?" "Ja, dat moest ik van de huisarts eraf halen." Ik zeg: "Ja, maar waarom geeft de huisarts dan niet wat anders?" "Ja, nee, dan moest ik bij jou zijn" (Vpk ziekenhuis)*

### 3.4.2 Knelpunten bij begeleiden van patiënten die medicatieontrouw zijn

Wanneer medicatieontrouw is gesignaleerd, is het van belang patiënten te begeleiden. Ruim de helft (54,9%) van de respondenten uit het vragenlijstonderzoek die met medicatieontrouw te maken hebben in de dagelijkse praktijk geeft aan geen knelpunten te hebben met het begeleiden van patiënten die medicatieontrouw zijn. En 9,1% ervaart geen knelpunten omdat zij het niet tot hun taken vinden behoren om mensen die medicatieontrouw zijn te begeleiden. Net als bij het signaleren van medicatieontrouw, zijn het de respondenten die in het ziekenhuis werkzaam zijn, die het minst vaak vinden dat het begeleiden goed gaat (tabel 3.4), respondenten uit de intramurale ouderenzorg en de GGZ vinden het vaakst dat het goed gaat. Een vijfde van de respondenten die werkzaam zijn in de gehandicaptensector (19%) vinden het begeleiden van

cliënten bij medicatieontrouw niet tot hun taak behoren. Dat is vaker dan in de andere sectoren (m.u.v. de academische ziekenhuis setting).

Ruim een kwart van de respondenten (28%) vindt het moeilijk als cliënten het nut van de medicatie niet inzien. Hoewel de overall verschillen niet significant zijn, is te zien dat dit nog net wat vaker geldt voor respondenten die in de huisartspraktijk werken (35%). Het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol wordt door één op de tien respondenten genoemd als knelpunt. Net als bij het signaleren van medicatieontrouw, zijn het vooral verpleegkundigen in het ziekenhuis die dit als knelpunt noemen. En 4% van alle respondenten vindt de eigen kennis onvoldoende. Ook de rolafbakening met arts en apotheker wordt weinig als knelpunt genoemd. Alleen bij verpleegkundigen in het academisch ziekenhuis noemt één op de tien (12%) niet goed te weten wat de eigen rol is ten opzichte van die van de behandelend arts.

Andere knelpunten die respondenten uit het vragenlijstonderzoek noemen, zijn divers. Een deel van de respondenten wijst op onwil of het gebrek van motivatie bij de patiënt om de medicatie te nemen (n=14). Andere respondenten noemen als knelpunt dat de medicatie niet kan innemen of niet (meer) snapt hoe dit moet, bijvoorbeeld in geval van dementie of vanwege een taalbarrière (n=11). Vijf respondenten wijzen bij deze vraag op de eigen regie van de patiënt en dat deze goede redenen kan hebben de medicatie niet te gebruiken. Gebrek aan tijd (ook genoemd als aparte reden) wordt nogmaals als knelpunt genoemd door vijf respondenten. Eveneens vijf respondenten wijzen op financiële problemen, dat mensen door het eigen risico of bijbetalingen hun geneesmiddelen niet kunnen betalen. Zes respondenten noemen redenen die gerelateerd zijn aan het handelen van andere zorgprofessionals zoals *“POH brengt me te laat op de hoogte waardoor beleid niet afgestemd wordt”* of *“artsen wachten mijn inziens te lang om noodmedicatie toe te dienen of een gesprek aan te gaan”*. Nog eens zes respondenten geven aan onvoldoende zicht op de patiënt te hebben.<sup>7</sup>

**Tabel 3.4** Knelpunten in begeleiden van cliënten die niet medicatietrouw zijn (percentages)<sup>1</sup>

Knelpunten bij begeleiden	Alg. ZKH (n=111)	Acad. ZKH (n=41)	GGZ (n=107)	GZ (n=30)	TZ (n=185)	HA (n=154)	IO (n=137)	totaal (n=765)
Moeilijk als cliënt het nut van medicatie(trouw) niet inziet	27,3	29,3	23,4	22,6	31,2	34,7	21,9	28,1
Geen duidelijke richtlijn of protocol*	15,5	26,8	3,7	6,5	9,8	10	7,3	10,1
Niet goed weten hoe cliënt te motiveren	11,8	12,2	4,7	6,5	8,7	4	7,3	7,5
Onvoldoende kennis	3,6	2,4	3,7	3,2	6,6	4,7	2,9	4,4
Weet rol t.o.v. behandelend arts niet goed*	7,3	12,2	2,8	6,5	4,4	2	2,2	4,2
Weet rol t.o.v. apotheker niet goed	1,8	0	0	0	2,2	1,3	0,7	1,2
Ander knelpunt	5,5	7,3	10,3	0	8,2	10	4,4	7,4
<b>Geen knelpunten ervaren, want:</b>								
- begeleiden gaat goed*	42,7	34,2	63,6	58,1	51,9	56,7	65,7	54,9
- het is geen taak om dit te begeleiden	12,7	17,1	9,4	19,4	6,6	6,7	7,3	9,1

<sup>1</sup> Respondenten konden meer antwoorden geven bij deze vraag

\* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn significant (p-waarde <0,05; chi-kwadraat toets)

<sup>7</sup> Verder noemden zes respondenten nog een reeks aan uiteenlopende redenen.



### 3.5 Patiëntgroepen en zorgcontexten met grootste knelpunten

Respondenten die tijdens hun werk in aanraking komen met medicatieontrouw is in het vragenlijstonderzoek gevraagd de drie patiëntgroepen te noemen waar zij zelf het meest te maken met problemen met medicatietrouw. Deze groepen verschillen logischerwijze per sector. Tabel 3.5 laat per sector zien welke drie groepen patiënten het vaakst genoemd zijn. Respondenten in de ziekenhuizen en in de huisartspraktijk noemen het vaakst cliënten met een lage opleiding als de groep waar de meeste knelpunten liggen. In de thuiszorg en de intramurale ouderenzorg zijn dat cliënten met dementie, in de GGZ mensen met psychische aandoeningen en in de gehandicaptenzorg cliënten met een verstandelijke beperking. Cliënten met psychische problemen worden ook binnen de gehandicaptenzorg, de thuiszorg, de intramurale ouderenzorg en het academisch ziekenhuis relatief vaak genoemd. Hierdoor wordt deze groep, wanneer over de hele groep respondenten bekeken wordt, gezien als de groep waar de meeste knelpunten liggen.

**Tabel 3.5** Groepen cliënten waar de grootste knelpunten in het eigen werk liggen bij medicatietrouw naar sector (groep 1 grootste problemen en dan aflopend)

	Groep 1 (% dat deze groep noemt)	Groep 2 (% dat deze groep noemt)	Groep 3 (% dat deze groep noemt)
Alg. ZKH	Cliënten met lage opleiding 57	Cliënten met polyfarmacie 35	Cliënten die Nederlands niet goed beheersen 29
Acad. ZKH	Cliënten met lage opleiding 58	Cliënten die Nederlands niet goed beheersen 51	Cliënten met psychische problemen 34
GGZ	Cliënten met psychische problemen 90	Cliënten met lage opleiding 23	Cliënten met polyfarmacie 23
GZ	Cliënten met verstandelijke beperking 97	Cliënten met psychische problemen 33	Cliënten met dementie 23
TZ	Cliënten met dementie 73	Cliënten met psychische problemen 50	Cliënten op hoge leeftijd 39
HA	Cliënten met lage opleiding 55	Cliënten die Nederlands niet goed beheersen 41	Cliënten met weinig geld 37
IO	Cliënten met dementie 69	Cliënten met psychische problemen 46	Cliënten op hoge leeftijd 36
Totaal	Cliënten met psychische problemen 45	Cliënten met dementie 41	Cliënten met lage opleiding 36

Een aantal respondenten uit het vragenlijstonderzoek noemde andere groepen patiënten dan aangegeven in de vragenlijst. Zo gaven 24 respondenten (in verschillende bewoordingen) aan dat er patiënten zijn die zelf kiezen de medicatie niet te nemen omdat ze het nut van medicatie niet inzien of er afwijzend tegenover staan. Hierbij werd ook de invloed van de media (inclusief internet) en van de omgeving genoemd. Voorbeelden van antwoorden zijn: “die vinden dat ze wel zonder kunnen want weinig vertrouwen in medicatie”, “Cliënten die internet afspeuren naar bijwerkingen en ervaringen met de medicatie (en afgeschrikt worden door de verhalen van

anderen)” en “weerstand tegen medicalisering”. Andere groepen patiënten die vaker genoemd werden, zijn patiënten met een chronische aandoening (n=10 waarvan vier longaandoeningen noemden), patiënten met weinig inzicht in hun ziekte en/of medicatie (n=8), jongeren en jong volwassenen (n=8) en patiënten met verslavingsproblematiek (n=5). Ook gaven tien respondenten aan dat de groep waar knelpunten zitten, zeer divers is.

Ook in de focusgroepen en interviews is aan de deelnemers gevraagd bij welke groepen patiënten zij de meeste medicatieontrouw signaleren. Een veel genoemde risicogroep betreft ook hier de psychiatrische patiënten. Bij hen zou er relatief vaak sprake zijn van een gebrek aan ziekte-inzicht, waardoor de patiënt het niet nodig vindt om medicatie te gebruiken. Binnen deze groep is er relatief vaak weerstand tegen medicatie vanwege bijwerkingen of omdat men al van jongs af aan medicijnen gebruikt. Extra risico's zijn er ook voor de groep met een suïcidaal verleden, terugkerende psychosen en voor patiënten die naast hun psychiatrische problematiek ook nog kampen met verslavingsproblematiek.

*[...] vanuit hun impulsiviteit kunnen die ook nog weleens of stoppen of vergeten medicatie bij te bestellen. En, dan zitten ze zo een week zonder medicatie [...] en ook mensen met verslavingsproblemen, die dan soms zelfs geneigd zijn om ergens juist wat meer van te nemen [...]. (Vpk GGZ)*

Ook ouderen – waaronder mensen met dementie – worden genoemd in de focusgroepen en interviews als een groep waar knelpunten zijn. De medicatie moet soms op verschillende tijdstippen van de dag ingenomen worden en ouderen weten niet altijd waar de medicatie voor dient. Deelnemers geven aan dat veranderingen in medicatie bij ouderen regelmatig leiden tot verkeerd gebruik. Zeker als ouderen cognitief beperkt door bijvoorbeeld dementie is er veel kans op medicatieontrouw.

- *Waar ik werk is het grootste gedeelte op zijn minst vijfenzeventig plus. Dat betekent dat die mensen allemaal medicijnen slikken en niet één, maar tegenwoordig best wel heel veel. En, deze groep cliënten – ik schuif ze nu allemaal over één kam, hè? – vind ik weinig op de hoogte te zijn wat ze slikken, waardoor ze het ook vaak niet slikken, want: “Het zijn zo veel pilletjes die wit zijn” en ze weten eigenlijk niet goed waar wat voor is. (Vpk thuiszorg)*

Daarnaast wordt – net als in het vragenlijstonderzoek – ook in de focusgroepen en interviews verteld dat medicatieontrouw relatief veel voorkomt bij migranten of andere mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen. Ook bij inschakeling van een tolk is het niet altijd duidelijk of de patiënt de informatie heeft begrepen. Daarbij kunnen cultuuraspecten eveneens van invloed zijn op medicatietrouw, bijvoorbeeld tijdens de Ramadan.

- *Dat vind ik wel echt héél erg lastig. Want daar zit natuurlijk therapieontrouw. Omdat mensen natuurlijk ineens niet mogen eten overdag en dan inderdaad bedenken: “Nou, dan neem ik al die pillen maar 's morgens om vier uur, die ik normaal vier keer op een dag neem. Of ik neem ze gewoon niet.” (Vpk ziekenhuis)*

Andere risicogroepen die de deelnemers uit het kwalitatieve deel benoemen, zijn mensen die behoren tot een sociaal lagere klasse (medicatie te duur), veel medicatie moeten gebruiken of juist heel weinig, alleenstaanden, en patiënten met een heel specifieke levensovertuiging.

- *wat mij opvalt, is dat het voornamelijk mensen zijn die vegetarisch zijn of veganisten, die hebben een bepaalde gedachtegang, waardoor ze ook geen medicatie ... dit soort medicatie willen nemen, dat zien ze dan meer als vergif. (Vpk thuiszorg)*

Bij deze laatste groep leven vaak specifieke opvattingen die medicatietrouw belemmeren. Zo zijn er overtuigingen dat gezonde voeding bepaalde medicatie overbodig maakt, is er veel angst voor bijwerkingen en/of gebruikt men bepaalde medicijnen niet vanwege negatieve associaties met desbetreffend medicijn.

Ook mensen die in de ontslag- of overdrachtsfase zitten, vormen een risicogroep. De deelnemers merken op dat bij ontslag uit het ziekenhuis de (medicatie)overdacht regelmatig te wensen over laat. Patiënten worden soms op onhandige tijdstippen ontslagen (vrijdagmiddag), de overdracht is niet compleet in combinatie met onvoldoende voorlichting aan patiënten. Daarnaast krijgen patiënten geen overbruggingsmedicatie mee. Verder geven deelnemers aan dat de informatieverstrekking van de huisarts en/ of apotheker niet altijd overeenkomt met die van de medisch specialist of specialistisch verpleegkundige.

Tot slot benoemen deelnemers van het kwalitatieve deel mensen die (tijdelijk) afwijken van het normale levenspatroon en een ander ritme dan normaal volgen als risicogroep. Bijvoorbeeld tijdens vakanties ver van huis.

### **3.6 Oplossingsrichtingen en bevorderende factoren**

De laatste vraag in het vragenlijstonderzoek ging over mogelijke richtingen om knelpunten met medicatietrouw aan te pakken (Tabel 3.6). Het meer betrekken van de cliënt zelf is de meest genoemde oplossingsrichting. Vooral binnen de GGZ en de huisartspraktijk noemden respondenten deze oplossing. In alle zorgsectoren werd een duidelijke richtlijn of protocollen relatief vaak genoemd als oplossing. Alleen binnen de GGZ ligt het aandeel respondenten dat een protocol of richtlijn als oplossing ziet relatief laag (30,2% tegenover 45,7% voor de totale groep respondenten). Vier op de tien respondenten zien betere samenwerkingsafspraken met andere professionals als een oplossingsrichting; deze optie krijgt de meeste steun binnen de thuiszorg (53,8%) en het minst binnen de academische ziekenhuizen (29,3%) en de GGZ (30,2%). Bijscholing, duidelijke afspraken maken over het signaleren en bevorderen van medicatietrouw binnen de eigen organisatie en meer aandacht voor het onderwerp in de basisopleidingen worden elk door ongeveer een derde van de respondenten genoemd als een mogelijkheid om knelpunten aan te pakken. Intervisie en aandacht voor het onderwerp bij het inwerken van nieuwe collega's worden door respectievelijk 17,5% en 16,7% van de respondenten genoemd.

Een aantal respondenten in het vragenlijstonderzoek noemde andere mogelijke oplossingsrichtingen. Een deel daarvan was gericht op de patiënt. Zo noemden zes respondenten het meer betrekken van familie en mantelzorgers als oplossingsrichting, vijf respondenten het beter motiveren van patiënten (bijvoorbeeld door motiverende gesprekstechnieken), en drie respondenten verwezen naar betere informatie aan de patiënt en twee respondenten het inzetten van ondersteuning zoals een baxter of automatische dispenser. Vijftien respondenten verwijzen

naar het verbeteren van de samenwerking tussen zorgverleners bijvoorbeeld door op patiëntniveau afspraken te maken of zaken onderling.<sup>8</sup>

**Tabel 3.6** Manieren/ instrumenten om knelpunten in medicatietrouw, via verpleegkundigen en verzorgenden, aan te pakken (percentages; meer antwoorden mogelijk)<sup>1</sup>

Manieren/instrumenten om knelpunten aan te pakken	Alg. ZKH (n=110)	Acad. ZKH (n=41)	GGZ (n=106)	GZ (n=30)	TZ (n=184)	HA (n=153)	IO (n=136)	totaal (n=760)
Meer betrekken van de cliënt zelf *	59,1	61	74,5	50	59,2	68,6	33,1	58,3
Richtlijn of protocol*	48,2	53,7	30,2	43,3	48,4	48,4	47,1	45,7
Samenwerkingsafspraken met andere betrokken professionals*	36,4	29,3	30,2	46,7	53,8	42,5	39,7	41,6
Bijscholing	35,5	29,3	27,4	30	31,5	39,9	37,5	34,1
Duidelijke afspraken over signaleren en bevorderen in mijn organisatie*	21,8	31,7	23,6	33,3	37	24,8	35,3	29,7
Meer aandacht in de basisopleidingen	31,8	34,2	25,5	43,3	26,6	30,1	29,4	29,5
Intercollegiale intervisie en feedback*	20	12,2	29,3	36,7	40,2	22,9	24,3	27,8
Aandacht aan geven tijdens inwerken van nieuwe collega's*	10,9	9,8	18,9	33,3	23,4	9,2	22,1	17,5
Up-to-date voorlichting vanuit mijn organisatie	15,5	17,1	16	20	19,6	13,1	17,7	16,7
Anders, namelijk	4,6	2,4	8,5	0	4,4	5,2	7,4	5,4

<sup>1</sup> Respondenten konden meer antwoorden geven bij deze vraag

\* De gevonden verschillen bij deze antwoordcategorie zijn significant (p-waarde <0,05; chi-kwadraat toets)

Ook in de kwalitatieve focusgroepen en interviews is gevraagd naar manieren om knelpunten in het eigen handelen bij medicatieontrouw te verminderen. De meeste deelnemers in het kwalitatieve deel vinden één uniforme richtlijn voor medicatietrouw geen realistische oplossing. Dit vanwege de diversiteit aan ziektebeelden, populatieverschillen en context-specifieke factoren, waaronder de zorgsetting. Wel gaven enkele deelnemers aan behoefte te hebben aan een kort, praktisch, instrument om snel het risico op en eventuele medicatieontrouw te kunnen identificeren.

Verder werd in het kwalitatieve deel -net als in het vragenlijstonderzoek - (bij)scholing vaak als een oplossingsrichting gezien. Men pleit voor bijscholingsbijeenkomsten en dat er in de curricula specifiek een module over medicatietrouw wordt opgenomen. Ditzelfde geldt ook voor doktersassistenten en praktijkondersteuners.

Deelnemers in het kwalitatieve deel benoemen ook het verbeteren van de samenwerking en overdracht tussen professionals als één van de manieren om knelpunten te verminderen. Deelnemers vinden de overdracht uit een zorginstelling één van de belangrijk momenten in het medicatieproces. Dit is nog steeds voor verbetering vatbaar. Zo denkt men bijvoorbeeld dat de apotheker bij ontslag een grotere rol moet krijgen als het gaat over voorlichting over medicatie. De

<sup>8</sup> Verder noemden acht respondenten nog een reeks aan uiteenlopende oplossingen.

apotheker zou eveneens moeten monitoren en aan de bel trekken als voorgeschreven medicatie niet wordt opgehaald.

Deelnemers pleiten voor een regierol van bijvoorbeeld de huisarts of de geriater bij het bevorderen van goede overdracht. Zij vinden dat er meer eenduidige (medicatie) afspraken moeten worden gemaakt die naar alle relevante partijen worden gecommuniceerd. Wat hierbij helpt is toegang tot het patiëntendossier voor alle relevante betrokkenen. Een aspect binnen de samenwerking tussen professionals is de zogenaamde 'medicatiesanering'. Met behulp van de apotheker dient het medicatiegebruik regelmatig onder de loep te worden genomen en eventueel aangepast. In de samenwerking tussen verpleegkundige en huisarts of medisch specialist dient het medicatiebeleid aangepast te worden aan het cognitieniveau van de patiënt (denk aan dementerende patiënten). Dit betekent wellicht een andere toedieningsvorm of het gebruik van depotmedicatie. In een samenwerkingsverband kan men ook tot de conclusie komen dat bepaalde patiënten niet in staat zijn om verantwoordelijkheid betreffende hun medicatie te dragen. In dat geval kan men proactief op zoek gaan naar alternatieven.

Deelnemers in het kwalitatieve deel noemen ook dat een proactieve houding van apothekers van belang is om signalen van medicatieontrouw terug te koppelen naar de huisarts. Er vinden vaker medicatiereviews plaats door de apotheker samen met huisarts of bijvoorbeeld met de geriater. Ook projecten waarbij de huisarts samen met een (wijk-)verpleegkundige op huisbezoek gaan om de situatie te inventariseren en daar beleid op te bepalen, dragen positief bij aan medicatietrouw. In de ziekenhuiszorg draagt een regiefunctie voor de verpleegkundig specialist bij tot betere medicatietrouw door de veelal korte lijntjes met andere professionals. Tot slot wordt een gezamenlijk spreekuur van verschillende medisch specialisten gezien als een bevorderende factor.

- *wij hebben sinds anderhalf jaar een cardio-renale poli waarbij de hartfalers die ook nierfalen krijgen of andersom door zowel de cardioloog als de nefroloog op een gezamenlijk spreekuur worden gezien. En dat verhoogt wel – zeg maar – de therapietrouw.*

In de ambulante GGZ- zorg zijn er initiatieven waarbij de verpleegkundige en de psychiater samen met de patiënt een gesprek voeren bij (het vermoeden van) medicatieontrouw. Ook vindt er dan regelmatig overleg plaats met de huisarts. Ook goede (telefonische) bereikbaarheid voor intercollegiaal overleg of het organiseren van bijscholingen voor huisartsen in de regio zijn belangrijk voor meer samenwerking en afstemming.

Ook noemen de deelnemers in het kwalitatieve deel dat als een (specialistische) verpleegkundige het medicatiegebruik monitort dit een manier is om medicatieontrouw te signaleren en te reduceren. Een verpleegkundige bespreekt dan tijdens alle consulten/ huisbezoeken het medicatiegebruik en signaleert als eerste medicatieontrouw. Hierbij controleert de verpleegkundige de actuele medicatielijst. In de GGZ worden in de beginfase van de behandeling heel frequent huisbezoeken afgelegd of worden patiënten extra opgeroepen. In de ziekenhuiszorg bellen verpleegkundigen patiënten na - zeker als er aanpassingen hebben plaatsgevonden- of te plannen op korte termijn een controleafspraak in.

- *Maar zodra mensen met nieuwe medicijnen starten ... je krijgt natuurlijk bij de apotheek voor twee weken, hè ... dat wij binnen die twee weken al een controleafspraak ... een telefonisch overleg hebben om juist te voorkomen dat mensen inderdaad zeggen: "Ik ben ermee gestopt. Ik heb ze niet meer." (Vpk ziekenhuis)*

De persoonlijke aandacht van de verpleegkundige bevordert openheid/eerlijkheid van de patiënt. Men vraagt bijvoorbeeld specifiek naar tevredenheid van de patiënt over de medicatie, naar gebruikersgemak en bijwerkingen. Bij sommige ziektebeelden en bijbehorend medicijngebruik worden spiegelbepalingen verricht om medicatietrouw vast te stellen.

- *Maar aanvankelijk die je dat eens per maand, spiegel bepalen, met opbouwen. Maar daarna doen we dat eigenlijk gedurende de hele behandeling. (Vpk GGZ)*

Bij het vermoeden van medicatieontrouw moet de achterliggende redenen achterhaald worden.

- *Dus, deze patiënt heeft gewoon een hele wisselende bloedsuiker, [...]: "Ja, wat is daar nou toch aan de hand?" Ja, die mensen eten op andere tijden". (Vpk thuiszorg)*

Ook is volgens de deelnemers in het kwalitatieve deel meer aandacht voor het begeleiden en motiveren van patiënten nodig. De deelnemers geven de voorkeur aan gedeelde besluitvorming waarbij de verantwoordelijkheid bij de patiënt blijft.

- *De keuze laten en het liefst gewoon ook – hè – shared decision making erbij. Van: "Nou, dit zijn opties. Ik spreek ook niet mijn voorkeur uit." Ik leg gewoon uit van: "Dit kan, dit kan en dit kan."*

Vrijwel alle deelnemers zien het als hun belangrijkste taak om de patiënten te motiveren om hun medicatie goed in te nemen, bijvoorbeeld via motiverende gesprekstechnieken, goede voorlichting en instructie. Indien nodig worden medicatieschema's aangepast aan de persoonlijke leefomstandigheden van de patiënt. Men verzint creatieve oplossingen – zoals alternatieve bewaarplaatsen voor medicatie – die dienen als reminders. De deelnemers denken met patiënten mee in geval van bijzondere omstandigheden zoals tijdens vakanties, bij extreem warm weer of bij extra fysieke inspanningen.

- *Ja, ik geef ze dan altijd de boodschap van tevoren mee, waar ze op moeten letten. Dat ze moeten wegen. Hè, dat snappen ze. [...].Elke dag op de weegschaal. Dat is zeker in de vakantie heel belangrijk. Mediterraans eten is gewoon wat zouter. (Vpk ziekenhuis)*

Deelnemers benadrukken dat het belangrijk is om te checken of een patiënt informatie goed heeft begrepen. Bij patiënten met een taalbarrière is dit wat ingewikkelder. Het is niet altijd duidelijk hoe bijvoorbeeld een tolk of Nederlands sprekend familielid de door de verpleegkundige verstrekte informatie vertaalt. Men blijft bijvoorbeeld tijdens het vertalen de patiënt aankijken om eventuele non-verbale reacties te peilen. Of men vraagt het tolkende familielid om de informatie letterlijk te vertalen. Het gebruik van humor kan in dergelijke situaties het ijs breken.

- *Maar je hebt natuurlijk situaties dat je een heel verhaal aan het vertellen bent. Over medicijn dit en dat er dan zus en zo kan gebeuren. En dan zegt zoonlief tegen moeder alleen maar: "Heujuh of zo". En dat je dan echt denkt: "Nou, dat kan niet." Maar dan zeg ik ook: "Dat is ook een korte vertaling."*

Ook het (meer) gericht betrekken van mantelzorgers vinden de deelnemers in het kwalitatieve deel belangrijk. Vooral in de thuiszorg moeten verpleegkundigen en verzorgenden mantelzorgers betrekken om medicatietrouw te bevorderen. Dit betreft vooral hulp bij de inname van medicatie.

- *Ja, want die echtparen helpen elkaar nog wel, dan is er altijd wel één van de twee die dan goed is, die dan wel zorgt dat de ander de pil inneemt, zeg maar. (Vpk thuiszorg)*

Verder noemen de deelnemers in het kwalitatieve deel het belang van gebruik van hulpmiddelen om medicatietrouw te bevorderen, zoals een medicatierol (baxter). Hierbij bevinden alle medicijnen zich op een rol in plastic zakjes met daarop datum en tijd van innemen. Er bestaan ook diverse apps of andere e-health toepassingen die een signaal afgeven zodra medicatie dient te worden ingenomen. In de GGZ wordt bijvoorbeeld wel eens gewerkt met dagboekjes waarmee activiteiten, gevoelens en medicatiegebruik kunnen worden genoteerd. In de thuiszorg wordt geëxperimenteerd met apps waarin thuiszorgmedewerkers probleemsituaties met betrekking tot medicatiegebruik direct kunnen melden. Automatisch worden dan ook de juiste professionals geïnformeerd waardoor er eerder ingegrepen kan worden.

## 4 Conclusies en aanbevelingen

Centraal in deze knelpuntenanalyse stonden vragen over taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen en verzorgenden bij mensen die medicatieontrouw zijn, knelpunten daar binnen, en de patiëntengroepen waar medicatieontrouw vooral een probleem is. Ook wordt ingegaan op de vraag welke oplossingsrichtingen er zijn voor knelpunten. Hieronder vatten we eerst de belangrijkste resultaten per onderzoeksvraag samen. Daarna volgen de discussie en reflecties.

### 4.1 Conclusies per onderzoeksvraag

#### Hoe vaak men in aanraking komt met medicatieontrouw

Een eerste onderzoeksvraag was hoe vaak verpleegkundigen en verzorgenden in aanraking komen met medicatieontrouw. Een grote meerderheid (ruim 80%) heeft in het werk te maken met zorgvragers die medicatieontrouw zijn. Dit geldt nog vaker voor die verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn binnen de psychiatrie, de huisartspraktijk en de thuiszorg, zo bleek uit het vragenlijstonderzoek.

#### Taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen en verzorgenden

De tweede onderzoeksvraag betrof de taken en verantwoordelijkheden bij medicatietrouw. Een van de taken van verpleegkundigen en verzorgenden is het signaleren van medicatieontrouw, zo bleek in het vragenlijstonderzoek en het kwalitatieve deel (focusgroepen en interviews). Slechts een klein deel van de verpleegkundigen en verzorgenden ziet dit niet als hun taak (8,8%). Dit geldt ook voor de begeleiding van patiënten die medicatieontrouw zijn (9,1%). Als verpleegkundigen of verzorgenden medicatieontrouw signaleren, ondernemen zij verschillende acties: onder meer het proberen te achterhalen van de redenen van medicatieontrouw, het documenteren van de medicatieontrouw in het dossier van de patiënt, en het wijzen van de patiënt op mogelijk negatieve gevolgen. Verpleegkundigen en verzorgenden raadplegen het vaakst de voorschrijver bij patiënten met problemen met medicatietrouw. Slechts een enkeling doet helemaal niets.

#### Ervaren knelpunten

De derde onderzoeksvraag ging in op de knelpunten die verpleegkundigen en verzorgenden ervaren bij medicatietrouw. Twee derde deel van de respondenten uit het vragenlijstonderzoek ervaart geen knelpunten bij het signaleren van medicatieontrouw, omdat ze vinden dat het goed gaat. Het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol (11%) en een gebrek aan tijd om met de patiënt problemen door te bespreken (9%), zijn de meest genoemde knelpunten. Opvallend is dat slechts 6% van de verpleegkundigen en verzorgenden in het vragenlijstonderzoek een gebrek aan kennis als knelpunt noemt. Uit de literatuur blijkt dat binnen de thuiszorg (wijk)verpleegkundigen aangeven zich verantwoordelijk te voelen voor medicatie, maar vaak weinig zelfvertrouwen hebben als het om kennis over medicatie gaat. Uit het vragenlijstonderzoek en het kwalitatieve deel komt tot slot duidelijk naar voren dat de geringe afstemming tussen diverse professionals (bijvoorbeeld huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige) een knelpunt is bij het signaleren van medicatieontrouw.



Ook voor wat betreft het begeleiden van medicatieontrouwe patiënten geeft de meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden (55%) aan dat er geen knelpunten zijn, omdat het goed gaat. Degenen die wel knelpunten ervaren, noemen het meest dat ze het moeilijk vinden als cliënten het nut van de medicatie niet inzien. Het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol wordt door één op de tien respondenten genoemd als knelpunt. Opvallend is dat bij signalering van medicatieontrouw (een gebrek aan) samenwerking met andere professionals een ervaren knelpunt is, maar dat de samenwerking minder vaak een knelpunt is bij het begeleiden van patiënten die medicatieontrouw zijn.

### **Patiëntgroepen en sectoren met grootste knelpunten**

De vierde onderzoeksvraag luidde: bij welke patiëntengroepen en zorgcontexten liggen de grootste knelpunten in het verpleegkundig en verzorgend handelen bij het bevorderen van medicatietrouw? Patiënten met psychische problemen zijn overall gezien de groep waar de meeste knelpunten worden gezien. Dit gaat over sectoren heen. Bij deze groep patiënten is er relatief vaak weerstand tegen medicatie. In de settings waar een brede groep patiënten behandeld wordt (ziekenhuizen, huisartspraktijk) worden patiënten met een lage opleiding genoemd als groep waar knelpunten zitten. Verpleegkundigen en verzorgenden in settings met relatief veel ouderen (intramurale ouderenzorg en thuiszorg), noemen in het vragenlijstonderzoek relatief vaak mensen met dementie als een groep die vaak medicatieontrouw is. Ouderen in het algemeen worden vooral in de focusgroepen genoemd. Zij hebben vaak veel medicatie, die op verschillende tijdstippen van de dag ingenomen moeten worden. Ouderen weten niet altijd waar de medicatie voor dient. Een andere groep waar knelpunten in de medicatietrouw gesignaleerd worden, zijn mensen waar taalbarrières en/of cultuurverschillen spelen.

Verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam binnen de GGZ, de huisartspraktijk en de thuiszorg komen vaker met medicatieontrouw in aanraking dan respondenten uit andere sectoren, zo blijkt vooral uit het vragenlijstonderzoek. Het zijn echter de verpleegkundigen in het ziekenhuis die minder vaak dan collega's in andere sectoren aangeven dat het signaleren van medicatieontrouw en het begeleiden van medicatieontrouwe patiënten goed gaat. Zij geven ook relatief vaak aan het ontbreken van een duidelijke richtlijn of protocol een probleem te vinden.

Een risico zit in de fase van de overgang van het ziekenhuis naar de thuissituatie, onder andere door onvoldoende informatie aan de patiënt of omdat de patiënt informatie van verschillende zorgverleners tegenstrijdig is.

### **Oplossingsrichtingen**

De laatste onderzoeksvraag betrof richtingen om knelpunten met medicatietrouw op te lossen. Het meer betrekken van de cliënt zelf is de meest genoemde oplossingsrichting in het vragenlijstonderzoek (58,3%). Dit sluit aan bij de focusgroepen waarin het monitoren van patiënten en het frequent bespreken van (problemen met) de medicatie met de patiënt worden genoemd. Naast het motiveren van patiënten om medicatie in te nemen, kunnen hulpmiddelen (zoals een medicatierol of apps) worden ingezet. Ook het beter betrekken van mantelzorgers wordt genoemd als oplossingsrichting.

Bijna de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden (45,7%) ziet een richtlijn of protocol als een mogelijke oplossing, zo blijkt uit het vragenlijstonderzoek. Wel bleek uit de focusgroepen dat

één uniforme richtlijn voor medicatietrouw mogelijk niet realistisch is, vanwege de diversiteit van patiëntengroepen en zorgsettings.

Het bevorderen van samenwerking tussen verschillende zorgverleners (bijvoorbeeld verpleegkundige, huisarts, apotheker) is ook een oplossingsrichting die in het vragenlijstonderzoek veel gekozen is (41,6%). Voorbeelden waar verbetering mogelijk is, zijn: het verbeteren van het uitwisselen van informatie bij ontslag uit het ziekenhuis, melden van de apotheker aan andere betrokken zorgverleners wanneer de medicatie niet is opgehaald, gezamenlijke medicatiereviews en gezamenlijke gesprekken met de patiënt bij (het vermoeden van) medicatieontrouw.

Bijscholing, duidelijke afspraken maken over het signaleren en bevorderen van medicatietrouw binnen de eigen organisatie en meer aandacht voor het onderwerp in de basisopleidingen, worden elk door ongeveer een derde van de respondenten als een mogelijkheid gezien om knelpunten aan te pakken.

## 4.2 Discussie

Veel verpleegkundigen en verzorgenden komen in hun dagelijkse werk in aanraking met medicatieontrouw. Dat geldt het meest voor verpleegkundigen en verzorgenden binnen de psychiatrie, de huisartspraktijk en de thuiszorg.

Nederlandse verpleegkundigen ontplooiën relatief veel activiteiten op het gebied van medicatieontrouw, zo blijkt uit internationaal vergelijkend onderzoek (Clyne e.a. 2016). In hun werk informeren zij patiënten over medicatie, signaleren problemen en bieden oplossingen. Uit onze knelpuntenanalyse blijkt ook dat het merendeel van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat het signaleren van medicatieontrouw goed gaat. Echter, zowel in de focusgroepen als in de literatuur komt naar voren dat het signaleren van medicatieontrouw niet eenvoudig is. In gesprekken met patiënten kunnen zorgen over en problemen met medicatie beter geëxploreerd worden en kan met de informatie beter worden aangesloten bij de behoeften van de patiënt (Linn e.a. 2012, 2016). De vraag is dan ook of bij de groep die geen knelpunten ervaart bij het signaleren van medicatieontrouw er mogelijk signalen gemist worden. Patiënten praten uit zichzelf niet altijd gemakkelijk over problemen die zij met medicatie hebben (Schoen e.a. 2008). Ook zijn patiënten soms niet goed in zicht, als zij zorg van verschillende zorgverleners krijgen. Samenwerking met andere zorgverleners is dan ook wezenlijk om de belangrijke taak van signaleren van medicatieontrouw goed te kunnen vervullen. Ook bij het begeleiden van patiënten is er een grote groep verpleegkundigen die geen knelpunten ervaart. Toch blijkt uit de literatuur dat er nog meer ondersteuning geboden kan worden aan patiënten, bijvoorbeeld door zelfmanagement te bevorderen en door meer aandacht aan het onderwerp te besteden in consulten of gesprekken met patiënten (Timmers e.a. 2017; Clyne e.a. 2016; Linn e.a. 2012).

Het creëren van (nog) grotere bewustwording onder verpleegkundigen en verzorgenden over de omvang en complexiteit van het probleem van medicatieontrouw is daarom aan te bevelen. Dit is in lijn met de constatering van V&VN dat een betere bewustwording nodig is bij professionals, zodat zij een duidelijke rol en verantwoordelijkheid hebben in het verbeteren van therapietrouw en hier ook tijd aan besteden (Bakker, 2016). Hierbij is kennisvergroting ook van belang door

bijscholing en door meer aandacht voor het onderwerp in de basisopleidingen. Een derde van de verpleegkundigen en verzorgenden noemt dit in het vragenlijstonderzoek als oplossingsrichting.

Deze knelpuntenanalyse moest primair gaan over knelpunten die te maken hebben met het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden zelf. Echter, verpleegkundigen en verzorgenden noemen ook knelpunten die vooral te maken hebben met kenmerken van patiënten. Ruim een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden uit het vragenlijstonderzoek ziet het gebrek aan motivatie van sommige patiënten om medicatie in te nemen als een knelpunt voor de begeleiding van patiënten. Bepaalde patiëntgroepen hebben daarnaast meer problemen met medicatietrouw dan andere groepen. Vooral lager opgeleide patiënten, ouderen en patiënten met psychische problemen worden hier genoemd door verpleegkundigen en verzorgenden. Het signaleren maar vooral het begeleiden van deze patiënten is om verschillende redenen een uitdaging. Bij lager opgeleiden en laag geletterden geldt bijvoorbeeld dat informatie voor hen soms te complex is. Voor sommige ouderen geldt dat ze ingewikkelde medicatieregimes hebben of dat hun cognitieve vaardigheden achteruit gaan. Mensen met psychische problemen hebben in sommige gevallen een aversie tegen de medicatie.

Voor elke groep geldt dat hun problemen verschillend aangepakt moeten worden. Dit sluit aan bij de discussies binnen onderzoek, praktijk en beleid dat wat betreft medicatietrouw oplossingen op maat nodig zijn (Van Dijk e.a. 2007; Linn e.a. 2012; Bakker 2016): eenvoudig als het kan, complex als het moet (<https://www.medicijnbalans.nl/article/50336>). Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen binnen dit alles een belangrijke rol spelen. Vaak hebben zij langere of frequentere contacten met patiënten dan andere zorgverleners waardoor zij het vertrouwen van patiënten kunnen winnen en samen met de patiënt naar oplossingen kunnen zoeken. Verpleegkundigen en verzorgenden vinden het ook niet moeilijk het gesprek met de patiënt aan te gaan over hun medicatie, zo blijkt ook uit ons vragenlijstonderzoek. Dit is een goede basis om medicatieontrouw te signaleren, monitoren en mensen hierbij te begeleiden. Het is daarom aan te bevelen medicatietrouw een vast onderdeel van gesprekken met patiënten te laten zijn. Daarnaast zouden interventiewijzers voor en met verpleegkundigen en verzorgenden in verschillende sectoren ontwikkeld kunnen worden, waarin op een overzichtelijke manier problemen met medicatie aan passende interventies gekoppeld worden. Dit gebeurt bijvoorbeeld in een project van het UMCU voor mensen met hemofilie.<sup>9</sup> Eerder ontwikkelden Linn e.a. (2013) een op verpleegkundigen in het ziekenhuis interventie voor communicatie op maat bij patiënten die medicatieontrouw zijn. Bij oplossingen op maat hoort ook dat de patiënt meer betrokken wordt. Dit laatste was een oplossingsrichting die veel steun ondervond bij de verpleegkundigen en verzorgenden. Ook hoort hierbij het betrekken van de leefomgeving van patiënten, wat als belangrijk aandachtspunt naar voren kwam in het kwalitatieve deel van dit onderzoek.

Op het niveau van de zorgpraktijk zijn de belangrijkste knelpunten de samenwerking tussen zorgverleners en, in mindere mate, het ontbreken van richtlijnen en protocollen. Wat betreft de samenwerking tussen zorgverleners zijn de overdrachtsmomenten tussen verschillende vormen van zorg cruciaal. Niet altijd wordt voldoende informatie uitgewisseld waardoor onvolledig zicht is op de medicatie die de patiënt moet gebruiken. Ook is niet altijd duidelijk welke informatie de patiënt ontvangen heeft. Basis hierbij is de richtlijn Medicatieoverdracht

<sup>9</sup> <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/programmas/project-detail/goed-gebruik-geneesmiddelen/tailored-intervention-focused-on-self-management-and-acceptance-to-improve-adherence-of-patients-wit/>

(<https://www.medicatieoverdracht.nl/de-richtlijn>) die door een zeer groot aantal organisaties is opgesteld. De implementatie hiervan zou versterkt kunnen worden. Overigens is medicatietrouw geen onderdeel van deze richtlijn. Een andere richtlijn die in dit kader belangrijk is, is de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Polyfarmacie bij Ouderen ([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)). Hierin wordt expliciet aandacht besteed aan het belang van therapietrouw. De aanbevelingen in deze richtlijn zijn generiek en niet specifiek gericht op het verpleegkundig en verzorgend handelen. Voorbeelden van aanbevelingen in de BDR zijn het bieden van interventies op maat toegesneden op de individuele patiënt en goede afstemming tussen eerste en tweede lijn met bij voorkeur één aanspreekpunt in de tweede lijn en één aanspreekpunt in de eerste lijn.

Ook binnen de eerste lijn kan de afstemming van de zorg rondom geneesmiddelen beter. In het rapport van Bakker (2016) pleit V&VN voor uitbreiden van de driehoek huisarts, patiënt, apotheker met (wijk)-verpleegkundigen. Hiervoor zou, aldus V&VN, een model-werkwijze ontwikkeld moeten worden om pilots te starten om dit op lokaal niveau te realiseren. Dit wordt ondersteund door wijkverpleegkundigen zelf: meer dan de helft van respondenten uit de thuiszorg geeft in het vragenlijstonderzoek aan dat betere samenwerkingsafspraken met andere professionals een oplossingsrichting zijn. Dat is meer dan in alle andere sectoren. Deze afspraken zouden bij voorkeur ingebed worden in bestaande samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners.

Het ontbreken van een duidelijke richtlijnen of protocollen voor medicatietrouw vindt één op de tien verpleegkundigen en verzorgenden uit het vragenlijstonderzoek een probleem. Toch wordt het door een derde als oplossingsrichting gezien. Hierbij kwam wel vanuit het kwalitatieve deel van het onderzoek het signaal dat een algemene richtlijn geen zin heeft vanwege de groter variatie in patiëntengroepen en settings. Ook gaf een aantal deelnemers in dit deel van het onderzoek aan dat een kort, praktisch, instrument om snel het risico op en eventuele medicatieontrouw te kunnen identificeren hen zou helpen.

#### **Laten de resultaten zien dat er behoefte is aan een kwaliteitsstandaard?**

Kwaliteitsstandaarden zijn openbaar toegankelijke documenten die goede zorg beschrijven voor een bepaald gezondheid gerelateerde thema. Vaak hebben deze in de verpleging en verzorging de vorm van een richtlijn met praktische aanbevelingen en adviezen. Kwaliteitsstandaarden doen aanbevelingen over de inhoud van de zorg, maar vaak ook over de organisatie van zorg en de ondersteuning van de zelfregie van de cliënt. Deze knelpuntenanalyse wijst in de richting dat een kwaliteitsstandaard goed aansluit bij de ervaren knelpunten en oplossingsrichtingen. Wel is het de vraag of er een eensluidende kwaliteitsstandaard voor het thema medicatietrouw zinvol is of dat deze sectorspecifiek moet zijn en/of zich specifiek op bepaalde patiëntgroepen moet richten. De verschillen tussen sectoren en patiëntgroepen zijn mogelijk te groot om in één kwaliteitsstandaard te vangen. De complexiteit van het probleem vraagt daarnaast om goede samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners en gerichte aandacht voor het probleem binnen de eigen organisatie. In een kwaliteitsstandaard over medicatietrouw moet daarom zeker ook aandacht zijn voor samenwerking tussen professionals.



## Referenties

- Kwaliteitsstandaarden, 2015. Leidraad voor kwaliteitsstandaarden. Zorginstituut. Verkregen 13-01-2017 via <https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/Leidraad-voor-Kwaliteitsstandaarden.aspx>
- Bakker JH. Therapietrouw van ervaren belang naar gedeeld belang. Verkenning in opdracht van het Ministerie van VWS, 2016.
- Clyne W, McLachlan S, Mshelia C, Jones P, De Geest S, Ruppert T, Siebens K, Dobbels F, Kardas P. "My patients are better than yours": optimistic bias about patients' medication adherence by European health care professionals. *Patient Preference Adherence*. 2016 Sep 26;10:1937-1944. eCollection 2016.
- van Dijk L, Heerdink ER, Somai D, Van Dulmen S, Sluijs E, De Ridder DT, Griens AFGM, Bensing JM. Patient risk profiles and practice variation in nonadherence to antidepressants, antihypertensives and oral Hypoglycemics. *BMC Health Services Research*, 2007, 7, 51.
- van Dijk L, Bouvy M, Bakker D de, Burgt S van der, Floor-Schreudering A. Samenwerking tussen huisarts en openbaar apotheker: stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst. Utrecht;NIVEL, 2016.
- Dik E, Voskuilen B. Minder gevaar voor fouten. Zorgboog en IVM verbeteren medicatieveiligheid. *Zorgvisie Magazine*, juni 2016, 38-39.
- DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004; 42(3):200-209.
- Eliens A, Poot E. Instructie voor Indicatoren bij LEVV, sinds 1 januari 2011 opgegaan in V&VN. Toediening en gereedmaken van medicatie. *BijZijn-XL* 39, nr. 11/12 – 2011.
- van Geffen E, Gardarsdottir H, Van Hulst R, Van Dijk L, Egberts A, Heerdink ER. Initiation of antidepressant therapy: do patients follow the general practitioner's prescription? *British Journal of General Practice*, 2009, 59, 81-87.
- Van Halem N. Melden van incidenten in het medicatieproces. *BijZijn-XL*, 2013, nr. 08 , 143-19.
- <http://www.therapietrouwmonitor.nl/therapietrouw>
- <http://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programmadetail/kwaliteit-van-zorg-ontwikkeling-kwaliteitsstandaarden/>
- <https://www.medicijnbalans.nl/article/50336>
- <https://www.medicatieoverdracht.nl/de-richtlijn>
- [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)
- <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/programmas/project-detail/goed-gebruik-geneesmiddelen/tailored-intervention-focused-on-self-management-and-acceptance-to-improve-adherence-of-patients-wit/>
- Linn AJ, Van Weert JCM, Smit EG, Schouten B, Van Bodegraven AA, Van Dijk L. Words That Make Pills Easier to Swallow. The Development of a Communication Typology to Address Practical and Perceptual Barriers to Medication Intake Behavior. *Patient Preference and Adherence*, 2012, 6, 871-885.
- Linn AJ, Weert JCM van, Dijk L van, Horne R, Smit EG. The value of nurses' tailored communication when discussing medicines: exploring the relationship between satisfaction, beliefs and adherence. *Journal of Health Psychology*, 2016, 21(5), 798-807.
- Munnik A. Wijkverpleegkundigen en medicatie. Kennis en houding; een inventarisatie. *Afstudeerscriptie Universiteit Utrecht., Verplegingswetenschap. Utrecht 2009.*
- Schoen T, Van Dulmen S, Van Dijk L, Prins M. Het betrekken van het perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over geneesmiddelen en therapietrouw: rapportage van het gezamenlijke project van NPCF en NIVEL aan Stichting Fonds PGO uitgevoerd in 2007/ 2008. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl): NIVEL, 2008.
- Sino C. Medication management in homecare patients. Proefschrift, Hogeschool Utrecht University of Applied Sciences, 2013.
- Sino CG, Munnik A, Schuurmans MJ. Knowledge and perspectives of Dutch home healthcare nurses regarding medication frequently used by older people. *Int J Older People Nurs*. 2013 May;8(2):131-8

- Timmers L, Boons CC, Verbrugghe M, van den Bemt BJ, Van Hecke A, Hugtenburg JG. Supporting adherence to oral anticancer agents: clinical practice and clues to improve care provided by physicians, nurse practitioners, nurses and pharmacists. *BMC Cancer*. 2017 Feb 10;17(1):122
- Vervloet M, Spreeuwenberg P, Bouvy ML, Heerdink ER, de Bakker DH, van Dijk L. Lazy Sunday afternoons: the negative impact of interruptions in patients' daily routine on adherence to oral antidiabetic medication. A multilevel analysis of electronic monitoring data. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013 Aug;69(8):1599-606.
- Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, Dobbels F, Fargher E, Morrison V, Lewek P, Matyjaszczyk M, Mshelia C, Clyne W, Aronson JK, Urquhart J; ABC Project Team. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012 May;73(5):691-705.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Sabaté E, editor. 2003. Geneva, WHO, 2003.

## Bijlage I: Methoden literatuurverkenning

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van relevante literatuur op het gebied van knelpunten in het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden bij medicatietrouw. Deze bijlage geeft meer inzicht in de gebruikte methoden.

### Zoekstrategieën en selectie van literatuur

De onderzoekers gebruikten literatuur over onderzoek in de Nederlandse situatie. Hiertoe is gezocht in de database PubMed. De zoektermen gebruikt voor PubMed zijn te zien in het onderstaande kader. Gezocht is naar publicaties vanaf 2000 tot 1 juni 2017. Dit leverde 50 hits op. Een zoekstrategie in CINALHL leverde geen extra informatie op.

Eén van de onderzoekers (LvD) en een onderzoeksassistent beoordeelden de 50 publicaties onafhankelijk van elkaar. Bij twijfel over of een publicatie relevant was in het kader van het onderwerp 'knelpunten in het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden bij medicatietrouw' besliste de onderzoeker.

#### Gebruikte zoektermen in de literatuurstudie

```
("medication adherence"[MeSH Terms] OR ("medication"[All Fields] AND "adherence"[All Fields]) OR "medication adherence"[All Fields] OR ("medication"[All Fields] AND "compliance"[All Fields]) OR "medication compliance"[All Fields]) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields]) AND ("netherlands"[MeSH Terms] OR "netherlands"[All Fields])
```

Daarnaast is gezocht naar grijze onderzoeksliteratuur, dat wil zeggen literatuur die niet goed in databases als PubMed zijn terug te vinden, zoals Nederlandstalige rapporten van meer of minder officiële instanties en doctoraalscripties. Dit is gedaan door te zoeken op websites van relevante beroepsverenigingen en onderzoeksinstituten zoals V&VN en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Ook hebben de onderzoekers hen al bekende publicaties toegevoegd aan de te bestuderen literatuur. Weer beoordeelden één van de onderzoekers (LvD) en een onderzoeksassistent de publicaties onafhankelijk van elkaar. Bij twijfel besliste de onderzoeker. NB: voorbeelden noemen!

### Opbrengst

De zoekstrategie in PubMed leverde 50 hits op. Hiervan bleken vijf artikelen bruikbaar voor deze studie. Het zoeken naar grijze literatuur leverde zes relevante publicaties op.



## Bijlage II: Methoden vragenlijstonderzoek

Hoofdstuk 3 beschrijft onder meer de resultaten van een vragenlijstonderzoek dat in mei/juni 2017 is gehouden onder deelnemers van het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL.

### De deelnemers

Het Panel wordt regelmatig ondervraagd over beroepsinhoudelijke onderwerpen. Alle paneldeelnemers werken in de directe cliëntenzorg. De vragenlijst in deze vragenlijstonderzoek over medicatietrouw werd qua logistiek gecombineerd met die over knelpunten in het omgaan met zorginfecties (zie Huis e.a., 2017).

### De vragenlijst

De vragenlijst is verstuurd naar 1896 paneldeelnemers, waarvan er 74 om verschillende redenen onterecht of verkeerd aangeschreven bleken (verkeerde email, n=27; werkt niet meer in de zorg, n=6; heeft een volledig leidinggevende functie, n=2; behoort niet tot de doelgroep van het onderzoek, n=39). Van de overige 1822 paneldeelnemers vulden er 914 de vragenlijst in (netto respons: 50,2%).

Het gedeelte van de vragenlijst dat over medicatietrouw ging, besloeg de volgende onderwerpen:

- 1) het in aanraking komen met medicatieontrouw in de dagelijkse praktijk;
- 2) wat een verpleegkundige doet als zij met medicatieontrouw te maken heeft en welke problemen er zijn met signaleren en begeleiden van mensen die medicatieontrouw zijn;
- 3) welke patiëntgroepen het vooral betreft en 4) wat oplossingen zijn.

Medicatietrouw werd in de vragenlijst als volgt toegelicht: "Onder medicatie medicatietrouw verstaan wij de mate waarin een cliënt zijn medicatie gebruikt in overeenstemming met de afspraken die daarover zijn gemaakt met de behandelaar". Naast de vragen over medicatietrouw en zorginfecties werden ook vragen gesteld naar opleiding en setting waarin de respondent werkt.

### Analyses

De vragenlijstgegevens zijn statistisch geanalyseerd met behulp van het statistisch programma STATA, versie 14. De analyses waren beschrijvend van aard (frequentieverdelingen, kruistabellen). Om de verschillen op antwoorden tussen de sectoren te toetsen, is gebruik gemaakt van Chi-square toetsen (significant als  $p < 0.05$ ).

## Bijlage III: Vragenlijst, vragenlijstonderzoek in Panel V&VN

Onderdelen achtergrond vragen en medicatietrouw

### Thema's en doel van deze vragenlijst

Beroepsvereniging V&VN en andere beleidsmakers willen weten wat uw ervaringen zijn bij (a) medicatie therapietrouw en (b) voorkomen van zorginfecties. Ook willen ze weten of u behoefte heeft aan richtlijnen op dit gebied. Deze vragenlijst gaat over deze onderwerpen.

***NB: Ook als u weinig met medicatie therapietrouw en/of zorginfecties in uw dagelijkse praktijk te maken heeft, willen wij u vragen om de vragenlijst in te vullen. Want als u er in uw werk weinig mee te maken heeft, is dat ook belangrijk voor ons om te weten. Uiteraard worden al uw gegevens anoniem verwerkt.***

Alvast hartelijk dank voor het invullen!

In deze vragenlijst kunt u voor het woord cliënt ook patiënt, zorgvrager of bewoner lezen, afhankelijk van de sector waarin u werkt.

---

### Deel 1: Achtergrondvragen

---

#### 1. Werkt u momenteel in de zorgsector?

- ja
- nee → *In dit geval hoeft u de rest van de vragenlijst niet in te vullen.  
Dank voor uw medewerking! (Einde vragenlijst)*

#### 2. Werkt u in een uitvoerende functie of een leidinggevende functie?

- een uitvoerende functie in de cliëntenzorg
- zowel een uitvoerende functie in de cliëntenzorg, als een leidinggevende functie
- een leidinggevende functie (zonder taken in de directe cliëntenzorg) → *In dit geval hoeft u de rest van de vragenlijst niet in te vullen. Dank voor uw medewerking! (Einde vragenlijst)*

**3. Welk beroep oefent u momenteel uit?**

- verpleegkundige
- wijkverpleegkundige
- verpleegkundige in de wijk
- sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- gespecialiseerd verpleegkundige
- verpleegkundig specialist (met Masteropleiding Advanced Nursing Practice)
- verzorgende
- verzorgende IG
- praktijkondersteuner in huisartsenpraktijk, met opleiding binnen de verpleging of verzorging
- praktijkondersteuner in huisartsenpraktijk, zonder opleiding binnen de verpleging of verzorging → *In dit geval hoeft u de rest van de vragenlijst niet in te vullen. Dank voor uw medewerking! (Einde vragenlijst)*
- ander verpleegkundig of verzorgend beroep, namelijk .....
- ander beroep in de zorg, maar zonder verpleegkundige of verzorgende opleiding → *In dit geval hoeft u de rest van de vragenlijst niet in te vullen. Dank voor uw medewerking! (Einde vragenlijst)*

**4. In wat voor soort zorgsetting werkt u momenteel?**

*Indien u in meerdere zorgsettings werkt wilt u dan één zorgsetting aangeven die u in uw gedachten neemt bij het invullen van deze vragenlijst?*

- algemeen ziekenhuis, op een chirurgische afdeling
- algemeen ziekenhuis, op een interne of oncologische afdeling
- algemeen ziekenhuis, op een andere afdeling, namelijk .....
- academisch ziekenhuis, op een chirurgische afdeling
- academisch ziekenhuis, op een interne of oncologische afdeling
- academisch ziekenhuis, op een andere afdeling, namelijk .....
- intramurale GGZ
- extramurale of ambulante GGZ
- intramurale verstandelijk gehandicaptenzorg
- extramurale verstandelijk gehandicaptenzorg
- thuiszorg/wijkverpleging
- intramurale ouderenzorg (verpleeghuis/zorgcentrum/kleinschalige woonvoorziening), met de nadruk op psychogeriatrische zorg
- intramurale ouderenzorg (verpleeghuis/zorgcentrum/kleinschalige woonvoorziening), met de nadruk op somatische zorg
- huisartsenpraktijk/huisartsenpost/gezondheidscentrum
- anders, namelijk .....

**5. Wat is uw hoogste opleidingsniveau (met diploma) in de verpleging en verzorging?**

- verzorgende (al dan niet met specialisatie)
- verzorgende IG (al dan niet met specialisatie)
- inservice-opgeleide verpleegkundige (al dan niet met specialisatie)
- MBO-opgeleide verpleegkundige (al dan niet met specialisatie)
- HBO-opgeleide verpleegkundige (al dan niet met specialisatie)
- HBO-opgeleide verpleegkundige met Masteropleiding in gezondheids- of verplegingswetenschappen
- verpleegkundig specialist met Masteropleiding Advanced Nursing Practice
- anders, namelijk .....

**6. Hoeveel jaar heeft u werkervaring als gediplomeerde in de verpleging en/of verzorging?**

... jaar

**7. Wat is uw geslacht?**

- man
- vrouw

**8. Wat is uw geboortejaar?**

....

**Toelichting:**

Onder medicatie therapietrouw verstaan wij **de mate waarin een cliënt zijn medicatie gebruikt in overeenstemming met de afspraken die daarover zijn gemaakt met de behandelaar**. We willen graag van u weten wat uw ervaringen zijn op dit gebied. De vragen die nu volgen gaan daarover. In deze vragen spreken we – in verband met de leesbaarheid - verder kortweg van medicatietrouw.

**9. Heeft u in uw dagelijkse praktijk te maken met cliënten die niet medicatietrouw zijn?**

- ja, ik heb (vrijwel) iedere werkdag te maken met cliënten die niet medicatietrouw zijn → *ga door naar vraag 10*
- ja, ik heb af en toe te maken met cliënten die niet medicatietrouw zijn → *ga door naar vraag 10*
- nee, ik heb (vrijwel) nooit in mijn werk te maken met cliënten die niet medicatietrouw zijn. Dat komt (vrijwel) nooit voor, omdat .....  
→ *ga door naar vraag 15*

**10. Wat doet u in het algemeen als blijkt dat een cliënt niet medicatietrouw is? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- ik probeer de redenen te achterhalen waarom de cliënt niet medicatietrouw is, zodat ik daarop kan inspelen
- ik wijs de cliënt op de negatieve gevolgen voor de gezondheid als hij/zij niet medicatietrouw is
- ik documenteer dat de cliënt niet medicatietrouw is in het cliëntdossier
- ik overleg hierover met mijn directe collega's
- ik overleg hierover met de behandelaar die de medicatie heeft voorgeschreven
- ik overleg hierover met de apotheker
- ik overleg hierover met een mantelzorger
- ik onderneem nog andere acties, namelijk .....
- ik doe niets, omdat .....

**11. Ervaart u knelpunten in hoe uzelf signaleert dat een cliënt niet medicatietrouw is? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- nee, ik ervaar geen knelpunten, want het is niet mijn taak om te signaleren of een cliënt medicatietrouw is
- nee, ik ervaar geen knelpunten, want dat signaleren gaat goed
- ja, ik heb onvoldoende kennis om problemen met medicatietrouw te signaleren
- ja, ik heb geen duidelijke richtlijn of protocol over signaleren van medicatietrouw tot mijn beschikking
- ja, ik vind het lastig om het gesprek aan te gaan met cliënten bij wie ik medicatieontrouw vermoed
- ja, ik heb te weinig tijd om er voor te gaan zitten en er met een cliënt over te praten
- ja, ik ervaar een ander knelpunt bij signaleren van problemen met medicatietrouw, namelijk .....

**12. Ervaart u knelpunten in hoe uzelf cliënten die niet medicatietrouw zijn begeleidt? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- nee, ik ervaar geen knelpunten, want het is niet mijn taak om cliënten te begeleiden die niet medicatietrouw zijn
- nee, ik ervaar geen knelpunten, want dat begeleiden gaat goed ja, dat ikzelf onvoldoende kennis heb over medicatie
- ja, ik heb geen duidelijke richtlijn of protocol over bevorderen van medicatietrouw tot mijn beschikking
- ja, dat ik niet goed weet hoe ik een cliënt kan motiveren voor medicatietrouw
- ja, ik vind het moeilijk als een cliënt het nut van medicatie(trouw) niet inziet
- ja, ik weet niet goed wat mijn rol hierbij is t.o.v. de rol van de behandelend arts (huisarts of specialist)
- ja, ik weet niet goed wat mijn rol hierbij is t.o.v. de rol van de apotheker
- ja, ander knelpunt, namelijk .....

**13. Bij welk soort cliënten heeft uzelf het meest te maken met problemen met medicatietrouw? (maximaal 3 hokjes aankruisen)**

- cliënten die 5 of meer medicijnen gebruiken (polyfarmacie)
- cliënten met weinig geld
- cliënten met een laag opleidingsniveau
- cliënten die de Nederlandse taal niet goed beheersen
- cliënten zonder sociaal netwerk
- cliënten van hoge leeftijd (75+)
- cliënten met dementie
- cliënten met psychische problemen
- cliënten met een verstandelijke beperking
- andere cliënten, namelijk .....

**14. Er zijn verschillende oplossingen, manieren of instrumenten om knelpunten in medicatietrouw, via verpleegkundigen en verzorgenden, aan te pakken. Welke denkt u dat meest geschikt zijn? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- een richtlijn of protocol met adviezen over hoe verpleegkundigen en verzorgenden medicatietrouw kunnen signaleren en bevorderen
- bijscholing over dit onderwerp
- meer aandacht voor dit onderwerp in de basisopleidingen
- samenwerkingsafspraken tussen verpleegkundigen/verzorgenden en andere betrokken professionals over dit onderwerp
- up-to-date voorlichting over signaleren en bevorderen van medicatietrouw vanuit mijn organisatie
- duidelijke afspraken over signaleren en bevorderen van medicatietrouw vanuit mijn organisatie
- meer betrekken van de cliënt zelf bij manieren om medicatietrouw te bevorderen
- tijdens inwerken van nieuwe collega's aandacht geven aan medicatietrouw
- intercollegiale intervisie en feedback
- anders, namelijk .....

## Bijlage IV: Methoden van het kwalitatieve deel

Hoofdstuk 3 geeft ook inzicht in uitkomsten van kwalitatieve focusgroepen en interviews. Deze zijn gehouden ter verdieping en aanvulling van de inzichten uit de literatuurverkenning en het vragenlijstonderzoek.

Er zijn twee focusgroepsinterviews gehouden met verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg en verpleegkundig specialisten in het ziekenhuis. Aan de focusgroepen hebben negen verpleegkundigen deelgenomen, afkomstig uit verschillende Nederlandse regio's. Daarnaast zijn vier verpleegkundigen werkzaam in de extramurale/ ambulante geestelijke gezondheidszorg (GGZ) afzonderlijk telefonisch geïnterviewd.

De deelnemers voor de focusgroepen en interviews zijn gericht verworven onder leden van relevante afdelingen van V&VN, via de verpleegkundig adviesraden van enkele academische en perifere ziekenhuizen en via de persoonlijke netwerken van de onderzoekers.

De focusgroepen werden geleid door een ervaren moderator en een onderzoeker van IQ Healthcare. De moderator heeft eveneens de telefonische interviews afgenomen.

Tijdens de focusgroepgesprekken en interviews werd voornamelijk ingegaan op de knelpunten die ervaren worden bij het signaleren en begeleiden van mensen die medicatieontrouw zijn en mogelijke oplossingsrichtingen om deze knelpunten aan te pakken. De genoemde ervaringen en factoren die een rol spelen waren zeer uitgebreid. Deze zijn per onderzoeksvraag samengevat door een van de onderzoekers (AH) (zie verder analyses).

### **Werving respondenten**

De deelnemers zijn gericht verworven onder deelnemers van het V&VN ledenpanel, via de verpleegkundig adviesraden van enkele academische en perifere ziekenhuizen en via de netwerken van de onderzoekers. Zodra deelnemers aangaven interesse te hebben om deel te nemen, ontvingen ze aanvullende informatie, een uitnodiging en een informed consent formulier.

### **Uitvoering focusgroepen**

De twee groepsinterviews vonden plaats bij het NIVEL (thuiszorg) en IQ healthcare (ziekenhuiszorg), duurden ieder ongeveer 1,5 uur en werden geleid door een ervaren moderator en een onderzoeker vanuit IQ healthcare. Aan de focusgroepen namen 9 verpleegkundigen deel. Om het proces te structureren was een semigestructureerde topiclijst opgesteld waarin tevens de eerste inzichten uit de literatuurverkenning waren verwerkt (zie topiclijst). Doordat gebruik werd gemaakt van een kwalitatieve open werkwijze kregen de deelnemers mogelijkheden om hun perspectief en ervaringen in eigen bewoordingen te belichten. De deelnemers ontvingen na afloop een cadeaubon van 20 euro en een reiskostenvergoeding.

### **Uitvoering interviews**

Met vier verpleegkundigen werkzaam in de ambulante GGZ heeft een telefonisch interview plaatsgevonden. De interviews duurde gemiddeld 35 minuten. Ook bij hen werd de topiclijst als richtsnoer gehanteerd. De geïnterviewden ontvingen eveneens na afloop een cadeaubon van 20 euro

## **Analyse**

Van alle gesprekken zijn geluidsopnamen gemaakt die na afloop zijn getranscribeerd en geanalyseerd in het kwalitatieve analyse programma Atlas.ti. Binnen de transcripten hebben twee codeurs de relevante fragmenten op inductieve wijze onderscheiden en van trefwoorden (codes) voorzien. Vervolgens zijn samenhangende codes gegroepeerd om zo hoofdthema's te identificeren, die relevant zijn voor knelpunten en oplossingsrichtingen in het verpleegkundig en verzorgend handelen bij zorginfecties.



## Bijlage V: Topic guide focusgroep medicatietrouw

### Doel

Het doel van het aangevraagde project is te komen tot inzicht in knelpunten betreffende de therapietrouw aan medicatie van patiënten/cliënten. De knelpunten hebben betrekking op het verpleegkundig of verzorgend handelen en zullen de basis vormen voor gerichte adviezen aan V&VN (en eventuele andere betrokken partijen), inclusief de vervolgstappen die gezet kunnen worden om geïdentificeerde knelpunten op te lossen.

### Definiëring therapietrouw

Therapietrouw is 'de mate waarin de zorgvrager zijn behandeling uitvoert in overeenstemming met de afspraken die hij heeft gemaakt met zijn behandelaar' (WHO 2003).

### Centrale vragen

1. Wat zijn de taken en verantwoordelijkheden van (a) verpleegkundigen en (b) verzorgenden bij medicatie therapietrouw, ook in relatie tot die van hun samenwerkingspartners?
2. Welke knelpunten ervaren verpleegkundigen en verzorgenden in (a) het signaleren van een gebrek aan medicatie therapietrouw, (b) het stimuleren van medicatie therapietrouw, (c) het inzetten van interventies bij het voorkomen of verminderen van een gebrek aan medicatie therapietrouw?
3. Bij welke patiëntengroepen en zorgcontexten liggen de grootste knelpunten in het verpleegkundig en verzorgend handelen bij het bevorderen van medicatie therapietrouw?
4. Welke oplossingsrichtingen zijn er om gesignaleerde knelpunten aan te pakken?
  - a. Is een richtlijn de juiste oplossing?

### Vorm

De vorm van de focusgroep is nog helemaal open. Duidelijk is dat er idealiter de vier vragen besproken moeten worden. Het is ook mogelijk om aan de deelnemers te vragen een voorval van 'good practice' of juist bad practice' in gedachten te nemen bij het beantwoorden van de vragen.

### Knelpunten uit literatuur

- Hoe therapieontrouw bij patiënten te herkennen alsmede de mogelijke oorzaak daarvan (screening)
- Gebrek aan samenwerking, inclusief informatieoverdracht, met andere professies (huisarts, apotheker in de eerste lijn; artsen, apothekers in de tweede lijn); overdrachtmomenten zijn een risico, er gaat informatie verloren wat tot fouten kan leiden of minder inzicht in atde patiënt met de medicatie doet.
- Gebrek aan kennis over medicatie en over therapietrouw
- Communicatie(vaardigheden) en informatie sluiten niet aan bij behoeften van de patiënt of zijn niet geschikt om therapieontrouw boven tafel te krijgen en/of op te lossen of men gaat het gesprek niet aan
- Routinedoorbreekende momenten zoals vakantie storen het medicatieproces: er worden dan meer fouten gemaakt (NB: het is ook bekend dat patiënten minder goed hun medicatie nemen als routines doorbroken worden)
- Werkdruk