

Tijd voor een beter gebruik van medicijnen

Aanbevelingen voor een samenhangende en gecoördineerde aanpak van therapietrouw

Eindrapportage project kwartiermaker Therapietrouw
Marnix Westein, NPCF namens NHG, LHV, KNMP, DGV, Platform PI en CG-Raad

Dit project is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS

Juni 2008, Utrecht



Tijd voor een beter gebruik van medicijnen

Aanbevelingen voor een samenhangende en gecoördineerde aanpak van therapietrouw

**Eindrapportage project kwartiermaker Therapietrouw,
Juni 2008, Utrecht**



VHS

Medewerkers project

Kwartiermaker Therapietrouw, projectleider

- Marnix Westein, projectleider, NPCF, gedetacheerd door KNMP.

Projectcoördinatie

- Hannie van der Hoeven, teammanager Kwaliteit, NPCF

Begeleidingscommissie

- Iris van Bennekom, directeur NPCF (Voorzitter);
- Ruud Coolen, directeur DGV;
- Henk Folmer, senior wetenschappelijk medewerker NHG, vanaf de derde bijeenkomst opgevolgd door Ton Drenthen, senior wetenschappelijk medewerker NHG;
- Hugo Hurts, directeur Geneesmiddelen en Medische Technologie, Ministerie van VWS;
- Joost Korsten, algemeen directeur KNMP;
- Hans van Laarhoven, directeur Stichting Bloedlink namens Platform PI;
- Karel Rosmalen, beleidsmedewerker LHV.
- Christien van der Hoeven, beleidsmedewerker CG-Raad (vanaf september 2007), vanaf januari 2008 opgevolgd door Hadewych Cliteur.
vervangende leden
- Erik van Rijn van Alkemade, hoofd Transparantie & Voorlichting DGV;
- Gonne Kelder, senior beleidsmedewerker, VWS afdeling GMT;
- Frans van de Vaart, directeur WINAp;
- Loes Schiere, beleidsmedewerker LHV.

Klankbordgroep

- Liset van Dijk, programmaleider farmaceutische zorg, NIVEL;
- Patrick Kruger, Senior beleidsmedewerker, VWS afdeling GMT;
- Tom Schoen, Senior beleidsmedewerker, NPCF;
- Lidwien Verweij, Senior beleidsmedewerker, VWS afdeling GMT.

Organisatie eerste nationale therapietrouwconferentie

- Viviënne Lahaut, programmasecretaris ZonMw
- Marja Westra, communicatieassistent ZonMw
- Tamara Klappe, secretaresse NPCF

Communicatie en informatieoverdracht via www.therapietrouwbevorderen.nl

- Geanne Thole, projectleider, RIVM
- Esther van Tienhoven, accountmanager, RIVM

Therapietrouw inventarisatie

- Lidia Barberio, beleidsmedewerker NPCF

Werksessies 'therapietrouw in 2008' en 'projectplan schrijven'

- Niko Portegies, freelance moderator

Inhoudsopgave

1 INLEIDING	5
1.0.1 Aanleiding voor het project	5
1.0.2 Definitie Therapietrouw	5
1.0.3 Het probleem	5
1.0.4 Doel van het project kwartiermaker therapietrouw	6
2 WERKWIJZE.....	7
3 RESULTATEN.....	9
4 BEVINDINGEN	10
4.1 Therapietrouwactiviteiten binnen Nederland	10
4.1.1 Wie zijn er actief?.....	10
4.1.2 Wat leveren deze initiatieven op?.....	11
4.1.3 Overeenstemming van visies en ambities	11
4.1.4 Centrale visie.....	12
4.1.5 Centrale ambitie.....	13
4.2 Vier centrale thema's van therapietrouw.....	14
4.2.1 Communicatie tussen patiënten en zorgverleners	14
4.2.2 Ondersteuning en begeleiding door zorgverleners.....	15
4.2.3 Multidisciplinaire Samenwerking Zorgverleners	16
4.2.4 Innovaties rond medicamenteuze behandelingen	17
4.3 Prioriteiten	18
4.3.1 Onderscheid tussen rationele en niet-rationele therapieontrouw	18
4.3.2 Prioriteren van doelgroepen	19
4.4 Kennismanagement	20
4.4.1 Therapietrouwportal.....	20
4.4.2 Invullen van kennislacunes	20
5 AANBEVELINGEN	21
5.1 Algemene conclusies.....	21
5.2 Aanbevelingen	21
5.2.1 De eerste schil	21
5.2.2 De tweede schil.....	23
5.2.3 Landelijke coördinatie	24
LITERATUUR.....	25

1 Inleiding

1.0.1 Aanleiding voor het project

Eind 2005 sloten LHV/NHG, KNMP en NPCF in samenwerking met Nefarma en in aanwezigheid van de minister van VWS een convenant om rond het onderwerp therapietrouw hun activiteiten af te stemmen. Op 5 juli 2006 hebben betrokken partijen (LHV/NHG, KNMP, Platform PI, DGV en NPCF) overleg gehad over de aanpak en afstemming van activiteiten. Geconcludeerd werd dat de samenhang in de diverse activiteiten ontbrak en verantwoordelijkheden niet duidelijk waren. Dit heeft geresulteerd in de wens van betrokken partijen om een kwartiermaker aan te stellen met als doel lopende therapietrouw-activiteiten te inventariseren en op basis daarvan een gezamenlijk programma op te stellen. VWS deelde deze conclusie en stelde middelen ter beschikking om te komen tot een gecoördineerde, multidisciplinaire aanpak. Voor de uitvoer is besloten om een kwartiermaker therapietrouw aan te stellen. De kwartiermaker richt zich op therapietrouw bij het gebruik van medicijnen. Andere behandelingen waarbij therapietrouw een rol speelt, zoals bijvoorbeeld het opvolgen van dieet- en beweegadviezen worden niet in beschouwing genomen. Vermoedelijk komen de oorzaken en mogelijke oplossingen in grote lijnen overeen.

1.0.2 Definitie Therapietrouw

De definitie van therapietrouw die gehanteerd is luidt als volgt:

'Therapietrouw is de mate waarin de patiënt zijn behandeling uitvoert in overeenstemming met de afspraken die hij heeft gemaakt met zijn behandelaar'.

Wanneer het gaat om het gebruik van medicijnen, wordt soms ook de term '**medicatie**trouw' gebruikt.

1.0.3 Het probleem

Uit een onderzoek van de World Health Organization¹ (WHO) in 2003 naar therapietrouw onder chronisch zieken blijkt dat in geïndustrialiseerde landen 50% van de chronische zieken zich niet aan de behandelvoorschriften houdt. In Nederland wordt het percentage medicijngebruikers dat therapieontrouw is geschat op 30% tot 40%. Dit beeld komt naar voren uit onderzoek van het NIVEL² in 2004. De gevonden therapietrouwpercentages in Nederlandse studies lopen nogal uiteen als gevolg van verschillen in de onderzoeksopzet en verschillen in de onderzochte medicijnen. De studies zijn daardoor niet goed onderling vergelijkbaar. Uit een onderzoek van het Instituut for Drug Outcome Research (PHARMO)³ in 2002 blijkt dat slechts 50% van de patiënten die start met het gebruik van een geneesmiddel bedoeld voor langdurig gebruik dit na een jaar nog steeds gebruikt.

Gevolgen van therapieontrouw

Therapieontrouw heeft in de eerste plaats gevolgen voor de effectiviteit van de behandeling. Hierdoor kunnen bestaande gezondheidsproblemen verergeren of nieuwe problemen ontstaan. Wanneer ziektes niet goed onder controle worden gehouden, leidt dat tot stijgende kosten in de gezondheidszorg. Therapieontrouw is al meerdere decennia onderwerp van zorg in de medische wereld, maar het blijkt zeer lastig goede benaderwijzen of methodieken te ontwikkelen om het probleem effectief te kunnen tackelen. Door vergrijzing zal het medicijngebruik in Nederland toenemen en daarmee de therapieontrouw. Uit het HARM onderzoek⁴ uit 2006 blijkt dat er in Nederland jaarlijks naar schatting 19.000 geneesmiddel gerelateerde en potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames plaatsvinden. Uit dit onderzoek blijkt dat therapieontrouwe patiënten ten opzichte van therapietrouwe patiënten twee keer zo hoge kans hebben op een ziekenhuisopname gerelateerd aan het gebruik van medicijnen.

Oorzaken voor therapieontrouw

Onderzoek laat zien dat de oorzaak van therapieontrouw verschilt per situatie (patiënt, zorgverlener, medicijn, sociale omgeving) en variabel is in de tijd. De WHO¹ onderscheidt vijf verschillende factoren die de therapietrouw beïnvloeden:

- Sociaal-economische factoren
Bijvoorbeeld: lage toegang tot zorg, geen steun familie
- professionele factoren
Bijvoorbeeld: slechte arts-patiënt relatie, beperkte ondersteuning en begeleiding
- ziektegerelateerde factoren
Bijvoorbeeld: lange ziekteduur, depressie en psychiatrische comorbiditeit
- therapiegerelateerde factoren
Bijvoorbeeld: hoge frequentie doseringen, complexiteit van de gebruiksinstructies, verhouding ervaren werking en bijwerkingen
- patiëntgerelateerde factoren
Bijvoorbeeld: perceptie van de behoefte aan medicijnen, fysieke, cognitieve en psychosociale vaardigheden

Deze factoren kunnen leiden tot **intentionele therapieontrouw** (patiënten willen medicijnen niet op de overeengekomen manier gebruiken) of tot **niet-intentionele therapieontrouw** (patiënten zijn niet in staat om medicijnen op de overeengekomen manier te gebruiken).

Persistentie en Executie

Urquhart en Vrijens⁵ hebben in 2005 twee nieuwe begrippen geïntroduceerd. **Persistentie**, om de duur van het medicijngebruik aan te geven. De persistentie is de tijd tussen het eerste en het laatste gebruik van het medicijn. **Executie**, om de kwaliteit van het gebruik te kunnen weergeven. De executiewaarde weerspiegelt de mate waarin het werkelijke medicijngebruik overeenkomt met de overeengekomen behandeling.

Uit analyse van innameprofielen komen Urquhart en Vrijens tot de conclusie dat er drie fases in het medicijngebruik van patiënten te onderscheiden zijn: de acceptatiefase, de persistentiefase en de discontinuatiefase.

- De **acceptatiefase** start met het begin van de medicamenteuze behandeling en duurt gemiddeld een aantal maanden. Dit is de periode waarin de patiënt het medicijngebruik leert accepteren en leert inpassen in de dagelijkse routines.
- De **persistentiefase** is de periode gedurende welke de patiënt zijn medicijn in meer of mindere mate trouw gebruikt.
- De **discontinuatiefase** is de fase waarin de patiënt stopt met het gebruik van zijn medicijnen.

1.0.4 Doel van het project kwartiermaker therapietrouw

De kwartiermaker therapietrouw heeft een verkenning en inventarisatie uitgevoerd van de wijze waarop anno 2007 zorgbreed wordt omgegaan met therapietrouw bij het gebruik van medicijnen. Doel van het project is een aanzet te geven voor samenhangende en gecoördineerde aanpak van therapietrouw in Nederland.

Beoogde resultaten van het project waren:

1. Overzicht van de initiatieven uit het veld gericht op het verbeteren van therapietrouw;
2. Overzicht van de belangrijkste knelpunten, overlap en leemtes tussen activiteiten;
3. Aanbevelingen voor een samenhangende en gecoördineerde aanpak van therapietrouw en oplossingsrichtingen voor gesignaleerde knelpunten;
4. Organisatie van een werkconferentie.

Het project kwartiermaker therapietrouw is gestart in maart 2007. De looptijd van het project was aanvankelijk gesteld op zes maanden, maar in oktober 2007 is het project met 3 maanden verlengd en is een vijfde resultaat aan het project toegevoegd.

5. Een concreet voorstel voor de wijze waarop koepelpartijen de coördinatie in 2008 kunnen uitvoeren.

2 Werkwijze

Kwartiermaker

Een kwartiermaker is iemand die belast is met de voorbereidingen, de organisatie van iets geheel nieuws. De term vindt zijn oorsprong in het leger. Vanwege het verkennende karakter van dit project is besloten een kwartiermaker aan te stellen, en deze persoon verantwoordelijk voor de uitvoer van het project te maken. Deze persoon was gedurende het project ook het centrale aanspreekpunt.

Begeleidingscommissie

Een begeleidingscommissie van aangesloten partijen LHV, NHG, KNMP, Platform PI, DGV, Ministerie van VWS en NPCF is ingesteld om de kwartiermaker aan te sturen. Deze commissie bewaakt de voortgang van het project en beoordeelt de (tussen)resultaten. De begeleidingscommissie toetst of aanbevelingen acceptabel en realistisch zijn en stelt de definitieve aanbevelingen vast. De partijen in de begeleidingscommissie zorgen voor het draagvlak bij de eigen achterban en voor de acceptatie van het programma van aanbeveling.

Klankbordgroep

Een klankbordgroep is ingericht om bevindingen uit het project te spiegelen. Deze klankbordgroep is opgericht in juni 2007 en is gedurende het project vier keer bijeen gekomen.

Landelijke therapietrouw inventarisatie

Om een breed overzicht te krijgen van de initiatieven die binnen Nederland lopen op het gebied van therapietrouw is in mei gestart met een inventarisatie met behulp van een schriftelijke vragenlijst. Om de verwerking van de vragenlijsten te vereenvoudigen is gebruik gemaakt van geautomatiseerd internet enquête instrument van de NPCF, de 'interne monitor'. De vraag om initiatieven melden is vervolgens uitgezet via de website www.therapietrouwbevorderen.nl en verzonden aan 150 bedrijven, organisaties en personen die actief zijn in de zorg. Via de websites van onder andere de NPCF en de andere betrokken partijen de vragenlijst onder de aandacht gebracht van organisaties binnen de zorg.

Nationale Therapietrouwconferentie

Om de doelstellingen van het project kwartiermaker therapietrouw aan betrokken organisaties en individuen kenbaar te maken is een conferentie georganiseerd. Tijdens de opzet van de conferentie bleek dat ZonMw vergelijkbare plannen had om een conferentie te organiseren met als doel kennislacunes rond therapietrouw te achterhalen. Na overleg hebben ZonMw en de NPCF besloten samen de eerste nationale therapietrouwconferentie te organiseren op maandag 18 juni 2007 in het NBC te Nieuwegein. Gelijktijdig met de conferentie is door het ministerie van VWS de massamediale campagne 'Medicijnen werken niet vanzelf – neem ze wel goed' gelanceerd.

Op de conferentie waren 150 bedrijven, organisaties en personen aanwezig. De conferentie bestond uit twee delen: een plenair ochtendprogramma en een interactief middagprogramma met werkgroepen.

Tijdens het plenaire ochtendprogramma werd de agenda vastgesteld voor het onderwerp therapietrouw en werden de resultaten van de inventarisatie besproken. Tevens werd ingegaan op de stand van zaken in onderzoeken rond therapietrouw en de mogelijkheden rond concordance besproken. In de middag werd door middel van werksessies samen met de deelnemers nagegaan wat de belangrijkste knelpunten zijn op het gebied van kennis, vaardigheden en educatie, en ondersteuning (ICT) op het gebied van therapietrouw.

Werksessie 'therapietrouw in 2008'

Op 1 november is een werksessie georganiseerd getiteld 'therapietrouw in 2008' voor organisaties om plannen met elkaar te delen en overlap, lacunes en mogelijkheden tot samenwerking te verkennen. Negen organisaties, veelal koepelorganisaties, namen deel aan de sessie.

Om organisaties te faciliteren bij het uitwerken van de plannen voor 2008 tot concrete projecten is daarnaast een vervolgsessie georganiseerd in januari 2008. In deze sessie hebben projectleiders hun eigen plannen uitgewerkt en tegelijkertijd afstemming gezocht met en feedback gegeven aan projectleiders van andere organisaties.

Individuele gesprekken

De bevindingen van het project kwartiermaker therapietrouw zijn niet alleen een product van bovenstaande werkzaamheden, maar tevens het resultaat van vele tientallen gesprekken met mensen uit de zorgsector. Verpleegkundigen, apothekers, artsen, patiënten, farmaceutische bedrijven, zorgverzekeraars, ICT bedrijven enzovoort. Deze gesprekken zijn uiteindelijk beslissend geweest bij het vormen van een helder beeld van zorg in relatie tot het onderwerp therapietrouw.

Creëren van een centraal verzamelpunt

Parallel aan het project kwartiermaker therapietrouw heeft VWS het RIVM verzocht een website te ontwikkelen met gegevens van lopende initiatieven op het gebied van therapietrouwbevordering. In april is met VWS en het RIVM overeengekomen dat resultaten van de inventarisatie van het project kwartiermaker therapietrouw gebruikt zouden worden om de site van data te voorzien en om deze website tegelijkertijd te gebruiken als communicatie-kanaal voor het project kwartiermaker therapietrouw. Zowel de communicatie rond de organisatie van een therapietrouwconferentie als die rond de landelijke therapietrouwinventarisatie zijn verlopen via deze site.

3 Resultaten

Therapietrouwinventarisatie

De inventarisatie heeft een overzicht opgeleverd van 42 initiatieven uit het veld om therapietrouw te bevorderen. De initiatieven zijn afkomstig van 37 organisaties binnen de zorg. Initiatiefnemers van deze projecten zijn commerciële bedrijven, apotheekorganisaties, onderzoeksinstituten, FTO-groepen, geneesmiddel producenten en ziekenhuizen.

De resultaten van de inventarisatie alsmede de afzonderlijke initiatieven zijn beschikbaar gesteld via de website www.therapietrouwbevorderen.nl. Het RIVM heeft de informatie verwerkt tot een databank. Per project is hier informatie terug te vinden over doel, methode, status, regio, specifieke doelgroep, initiatiefnemer, betrokken partijen, contactgegevens en een verwijzing naar website met aanvullende informatie.

Dit overzicht is waarschijnlijk niet volledig, maar biedt desondanks een redelijke weergave van wat er op dit moment in Nederland speelt rond therapietrouw. Partijen die met therapietrouw aan de slag gaan kunnen met dit overzicht relatief eenvoudig contacten leggen met andere organisaties die op dit gebied actief zijn. Dit overzicht wordt niet geactualiseerd.

Een samenvatting van de resultaten is terug te vinden op www.therapietrouwbevorderen.nl.

Eerste Nationale Therapietrouwconferentie

Aan de eerste nationale therapietrouwconferentie op 18 juni 2007 hebben 128 personen deelgenomen. Deelnemers waren beleidsmedewerkers, zorgprofessionals, patiënten, onderzoekers, zorgverzekeraars, farmaceutische industrie en bedrijven met zorggerelateerde product- en dienstverlening. Tijdens de conferentie zijn de belangrijkste knelpunten vastgesteld bij het terugdringen van therapieontrouw.

De conferentie is positief beoordeeld door de deelnemers; men vindt een tweede conferentie in 2008 gewenst. De presentaties van de sprekers en de resultaten van de werksessie zijn beschikbaar gesteld via de website www.therapietrouwbevorderen.nl. Een verslag van de conferentie is terug te vinden op www.therapietrouwbevorderen.nl.

Werksessie 'Therapietrouw in 2008'

Tijdens de werksessie 'therapietrouw in 2008' op 1 november 2007 hebben negen organisaties hun plannen met betrekking tot het verbeteren van therapietrouw met elkaar gedeeld. In het totaal zijn er 32 plannen besproken. Op 5 deelgebieden is door de deelnemers vastgesteld wat de overlap en lacunes zijn en welke mogelijkheden er liggen tot samenwerking.

Een verslag van de werksessie is terug te vinden in bijlage 1.

Werksessie projectplan schrijven

Op 29 januari hebben 8 projectleiders van 8 verschillende organisaties deelgenomen aan een sessie ter ondersteuning van het uitwerken van plannen rond therapietrouw projecten. Deelnemers hebben onder leiding van een moderator de eigen plannen voor 2008 geconcretiseerd.

Media-aandacht therapietrouw

Naar aanleiding van het project kwartiermaker therapietrouw is op maandag 22 oktober 2007 in de Katern 'Diagnose' van het Algemeen Dagblad het artikel 'Drie maal daags valt nog niet mee' verschenen. In het artikel wordt ingegaan op het feit dat 30% tot 40% van de medicijngebruikers zich niet houdt aan het voorschrift van de arts. In dit artikel komt onder andere Iris van Bennekom, directeur van de NPCF aan het woord als voorzitter van de begeleidingscommissie. Daarnaast is in enkele vakbladen zoals die van de NPCF en de KNMP aandacht besteed aan het project.

4 Bevindingen

4.1 Therapietrouwactiviteiten binnen Nederland

4.1.1 Wie zijn er actief?

De meest actieve organisaties op het gebied van therapietrouw in 2007 waren faciliterende en dienstverlenende (commerciële) bedrijven en organisaties, apotheekorganisaties en onderzoeksinstituten en universiteiten. Samen zijn ze verantwoordelijk voor 80% van de gemelde initiatieven. Bij de meeste van de aangemelde initiatieven zijn meerdere organisaties betrokken. Vooral met huisartsen en apotheken wordt vaak samengewerkt (betrokken bij 45% respectievelijk 81% van de initiatieven).

Faciliterende en dienstverlenende bedrijven en organisaties

Er is momenteel een groot aantal bedrijven en organisaties bezig met het ontwikkelen van producten en diensten die moeten bijdragen aan het terugdringen van therapieontrouw. De producten en diensten die deze bedrijven ontwikkelen worden veelal aangeboden aan zorgaanbieders die ze vervolgens kunnen toepassen in hun onderlinge contacten of die met patiënten. Veel van deze initiatieven hebben een ICT karakter. De initiatieven richten zich onder andere op:

- Communicatie tussen patiënten en zorgverleners via internet of via papieren uitgaven;
- Reminder- en medicatiemanagement services voor patiënten;
- ICT ondersteuning van zorgverleners;
- Nascholing voor zorgverleners;
- Praktijk- en implementatieondersteuning en samenwerking tussen zorgverleners.

Zorgaanbieders

Apotheekorganisaties zijn op dit moment de meest actieve groep zorgaanbieders in het terugdringen van therapieontrouw. Initiatieven van apotheken richten zich onder andere op:

- Signaleren van therapieontrouw;
- Vereenvoudigen van het medicijnbeheer voor de patiënt;
- Medicatie Review en begeleiden van patiënten bij hun medicatiegebruik;
- Afstemming met andere zorgverleners.

Activiteiten van individuele huisartsen, huispraktijken en specialisten gericht op het verbeteren van therapietrouw waren in 2007 nog weinig zichtbaar. Op koepelniveau zijn huisartsen onder andere actief in:

- Nascholing voor artsen en praktijkondersteuners;
- Aanpassing van voorlichtingsmaterialen rond therapietrouw;
- Agendering van farmacotherapie en concordance op het landelijke huisartsencongres 2007.

Uit diverse gesprekken is gebleken dat ook specialistisch verpleegkundigen een sterke affiniteit met het onderwerp hebben. Meestal is de zorg gekoppeld aan een aandoening, bijvoorbeeld de begeleiding van patiënten met HIV en volwassenen met ADHD.

Patiëntenorganisaties

Patiëntenorganisaties zijn met name actief in het verbeteren van de communicatie tussen patiënten en zorgverleners door onder andere:

- Ontwikkeling van communicatiehulpmiddelen;
- Organiseren van nascholing voor zorgverleners;
- Verbeteren zelfmanagement mogelijkheden van patiënten.

Daarnaast spelen patiëntenorganisaties een belangrijke rol bij het ontwikkelen van zorgstandaarden waarin begeleiding van het medicatiegebruik is opgenomen.

Onderzoeksinstituten

Bij veel universiteiten, hogescholen en academische ziekenhuizen wordt onderzoek gedaan naar de begeleiding bij specifieke patiëntgroepen of naar bepaalde aspecten van therapieontrouw. Onderzoek wordt onder andere verricht naar:

- Therapietrouw bij kinderen met HIV;
- Zelfstandigheid van jongeren met chronische aandoeningen;
- Therapietrouw bij zuurremmende medicijnen, antihypertensiva en inhalatiecorticosteroiden;
- Psychologische aspecten van therapietrouw.

Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en het PHARMO instituut voor Drug Outcome Research hebben in de afgelopen jaren veel en breed onderzoek verricht rond het onderwerp therapietrouw.

Farmaceutische industrie

Tijdens de eerste nationale therapietrouwconferentie, maar ook in latere gesprekken bleek dat veel farmaceutische bedrijven graag een bijdrage leveren in het terugdringen van therapieontrouw. Bijvoorbeeld door compliance projecten voor specifieke medicijnen te ontwikkelen, maar ook als facilitator en/of financier van, vaak aandoeningsgerichte, therapietrouwprojecten van derden. De brancheorganisatie van farmaceutische bedrijven, Nefarma, gaat in 2008 met therapietrouw aan de slag. Het Platform PI, dat in 2003 is opgericht, is een structureel samenwerkingsverband tussen patiëntenorganisaties en de research georiënteerde farmaceutische industrie. Therapietrouw is één van de speerpunten van dit platform.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn op dit moment als groep nog weinig zichtbaar op het onderwerp therapietrouw. Er loopt een aantal therapietrouwprojecten waarbij zorgverzekeraars betrokken zijn onder andere bij:

- de verbetering van therapietrouw bij diabetespatiënten;
- het gebruik van SMS-reminderservices.

Overheid

Het ministerie van VWS heeft in 2007 naast het project kwartiermaker therapietrouw nog drie andere initiatieven gefinancierd om de verbetering van therapietrouw te stimuleren:

- Een massamediale campagne gericht op gedragsverandering van patiënten getiteld 'medicijnen werken niet vanzelf - neem ze wel goed in';
- Ontwikkeling van het portal www.therapietrouwbevorderen.nl door het RIVM gericht op de kennisuitwisseling rondom therapietrouw projecten tussen organisaties in de zorg;
- Implementatie van een best practice 'Therapietrouw voor het FTO' uitgevoerd door DGV.

4.1.2 Wat leveren deze initiatieven op?

Wat de inventarisatie vooral laat zien is dat de aanpak van therapieontrouw nog sterk in ontwikkeling is. Circa tweederde van de initiatieven was in 2007 nog niet afgerond en therapietrouwverbetering was bij ongeveer een vijfde van de initiatieven aangetoond. Ruim de helft van de initiatieven wordt regionaal uitgevoerd, de andere initiatieven landelijk. Van de aangemelde initiatieven richt een kwart zich op de verbetering van therapietrouw bij de totale patiëntenpopulatie, alle andere initiatieven richten zich op groepen patiënten, veelal patiënten met een of meerdere chronische aandoeningen. Geconcludeerd kan worden dat op dit moment de gemiddelde patiënt nog weinig zal merken van deze initiatieven, laat staan dat de patiënt kan kiezen uit een aanbod van ondersteuningsopties om medicijnen goed te gebruiken.

Het is lastig om op basis van de inventarisatie praktijken aan te wijzen die als voorbeeld kunnen dienen bij het terugdringen van therapieontrouw. Dit komt enerzijds doordat de gevonden initiatieven veelal verschillend van aard zijn, zich richten op andere doelgroepen en de gebruikte meetmethodes variëren. Anderzijds komt dit doordat een goede omschrijving van de gewenste zorg en mate van therapietrouw ontbreekt op basis waarvan best practices kunnen worden vastgesteld.

Een beperking van de inventarisatie is dat deze met name gericht was op projecten. Mogelijk zijn hierdoor therapietrouwbevorderende activiteiten die geïntegreerd zijn in de reguliere zorg niet aan het licht gekomen.

4.1.3 Overeenstemming van visies en ambities

Voor een samenhangende en gecoördineerde aanpak van therapietrouw is het belangrijk dat visies van partijen over de te leveren zorg en ambities in het verwezenlijken hiervan op elkaar aansluiten. Binnen het project is duidelijk geworden dat partijen verschillende invalshoeken hanteren bij het terugdringen van therapieontrouw, maar dat daarboven een gedeelde visie en ambitie staan.

Bij **patiëntenorganisaties** spelen vooral de kwaliteit van leven van de patiënt en de gelijkwaardige positie van de medicijngebruiker een belangrijke rol. De behandeling moet afgestemd worden op de persoonlijke situatie van de medicijngebruiker en de medicijngebruiker moet de middelen krijgen aangeboden om zijn behandeling zelfstandig te managen, eventueel met aanvullende ondersteuning en begeleiding door zorgverleners.

Zorgverleners vinden het in de eerste plaats belangrijk dat patiënten medicijnen op zodanige wijze gebruiken dat een optimaal behandelresultaat wordt verkregen. Zorgverleners hebben daarbij speciale aandacht voor hun eigen positie in het begeleidings- en ondersteuningsproces. Zij hechten tevens aan het voorkomen van conflicten met de door andere zorgaanbieders aan dezelfde patiënt geleverde zorg. Financiering van de geleverde zorg is daarbij van wezenlijk belang.

Voor **geneesmiddelfabrikanten** is het zowel uit financiële als uit concurrentieoverwegingen belangrijk dat de door hen op de markt gebrachte producten optimaal worden ingezet en gebruikt. Het is niet alleen belangrijk dat de patiënt een medicijn op de juiste manier gebruikt, maar ook dat de zorgverlener bij de totstandkoming van de behandeling zorgt dat een product wordt gekozen dat aansluit op het persoonlijke profiel van de patiënt.

Zorgverzekeraars en de **overheid** letten op gezondheidswinst, veiligheid, doelmatigheid en kosteneffectiviteit van de zorg. De vraag of een daling van de therapieontrouw hieraan bijdraagt is voor hen belangrijk bij de vergoeding van medicijnen en de vergoeding van begeleidings- en ondersteuningsactiviteiten.

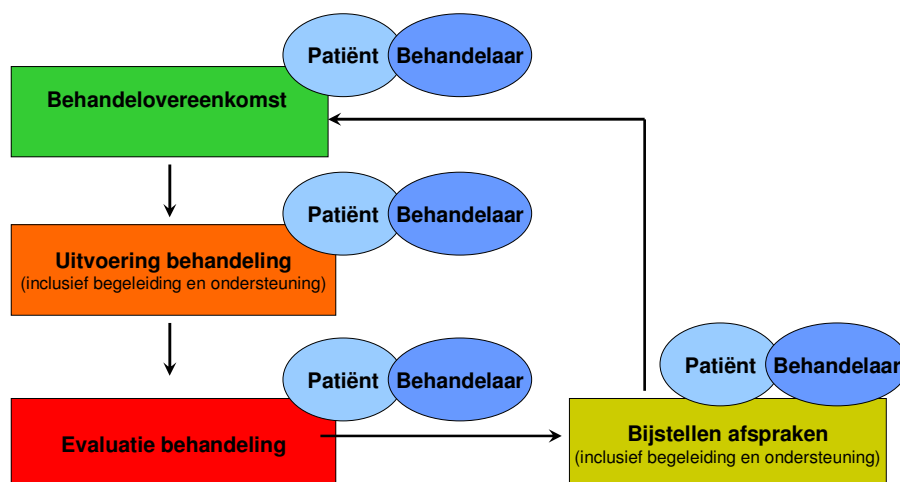
Voor **bedrijven en organisaties** met producten en diensten gericht op het verbeteren van de therapietrouw is het vooral belangrijk dat hun producten en diensten benut worden bij het terugdringen van therapieontrouw.

Voor **onderzoeksinstituten** en **universiteiten** is therapietrouw al een langere periode een boeiend onderzoeksgebied. De veelheid aan factoren die aan therapieontrouw ten grondslag kunnen liggen maakt het tot een uitdaging om voldoende bewijs te verkrijgen om 'evidence based' om te kunnen gaan met therapietrouw. Combineren van kennis uit verschillende disciplines (farmaceutisch/medisch, epidemiologisch, sociaal en psychologisch) is daarbij niet vanzelfsprekend.

4.1.4 Centrale visie

Binnen de begeleidingscommissie was overeenstemming over een centrale visie met betrekking tot de aanpak van therapietrouw bij het gebruik van medicijnen. De zorg zou zo ingericht moeten zijn dat

'Patiënten zowel bij aanvang als gedurende de behandeling de juiste ondersteuning en begeleiding ontvangen opdat ze hun medicijnen goed gebruiken.'



Dit betekent dat:

- Patiënt en zorgverlener samen de therapeutische behandeling formuleren; Bij het aangaan van de behandelingsovereenkomst delen zorgverlener en patiënt verwachtingen en ervaringen met betrekking tot de behandeling. De keuze voor een bepaalde behandeling wordt gemaakt op basis van richtlijnen en de persoonlijke situatie van de patiënt;
- Therapietrouw wordt geagendeerd in vervolggesprekken tussen patiënt en zorgverlener(s); Bij het aangaan van de behandelingsovereenkomst bespreken patiënt en zorgverlener de problemen die zich zouden kunnen voordoen met het gebruik van medicijnen. Vervolgens worden zowel de effecten van de behandeling als de problemen bij de uitvoer hiervan op gezette tijden door patiënt en zorgverlener met elkaar besproken. Zowel de patiënt als de zorgverlener signaleren tussentijdse problemen tijdig en bespreken deze met elkaar;
- Zorgverleners beschikken over een ondersteuningsaanbod dat het mogelijk maakt om de patiënt op maat te begeleiden bij zijn medicijngebruik;
- De bij de medicamenteuze behandeling betrokken zorgverleners (huisarts, apotheker, eventueel verpleegkundige, specialist en thuiszorg) maken onderlinge afspraken over wie welke ondersteuning en begeleiding levert. Deze samenwerkingafspraken moeten aansluiten bij de wensen van de patiënt en moeten een volledig aanbod van ondersteuning omvatten. Elk van de zorgverleners behoudt een eigen verantwoordelijkheid om te waarborgen dat de patiënt zijn medicijnen op een goede manier gebruikt.

4.1.5 Centrale ambitie

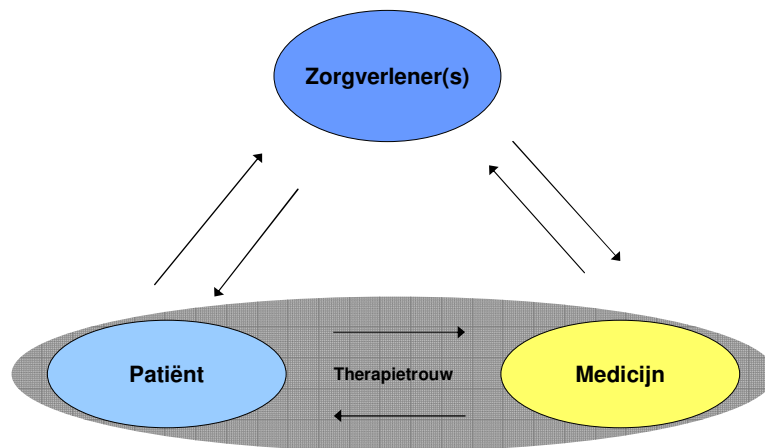
In de begeleidingscommissie was overeenstemming wat betreft de mate waarin therapieontrouw moet worden teruggedrongen en het tempo waarin organisaties dit willen bereiken. Initiatieven op het gebied van therapieontrouw zouden op de middellange termijn resultaten moeten geven in het terugdringen van therapieontrouw.

De vertegenwoordigde partijen zagen het als ambitie om: **'in 2014 de niet-rationele therapieontrouw bij medicijnen met 50% te hebben verminderd'**

De term 'niet-rationele' wordt gebruikt om onderscheid te maken tussen situaties waarin therapieontrouw geen of juist positieve effecten heeft op het behandelresultaat (rationele therapieontrouw) en situaties waarin therapieontrouw negatieve effecten heeft op het behandelresultaat (niet-rationele therapieontrouw). Zie meer hierover in paragraaf 4.3.1.

4.2 Vier centrale thema's van therapietrouw

Therapietrouw ontstaat primair binnen de driehoek van patiënt, zorgverlener(s) en medicijn. Wanneer de processen binnen deze driehoek niet goed verlopen, kunnen barrières met betrekking tot het gebruik van medicijnen niet tijdig worden onderkend en neemt de kans op het ontstaan en voortduren van therapieontrouw toe.



De processen die in deze driehoek spelen kunnen als uitgangspunt worden genomen bij de aanpak van therapieontrouw. Uit de resultaten blijkt dat knelpunten en mogelijkheden tot verbetering met name te vinden zijn in de:

- Communicatie tussen patiënt en zorgverlener;
- Ondersteuning en begeleiding door zorgverleners;
- Onderlinge samenwerking tussen zorgverleners;
- Innovaties rond medicijnen en medicamenteuze behandelingen.

In de komende paragrafen zal per categorie worden besproken wat de belangrijkste knelpunten zijn en welke overlap en lacunes zijn geconstateerd in de activiteiten die worden ondernomen om de processen te verbeteren.

Buiten de driehoek van patiënt, zorgverlener(s) en medicijn zijn er, zoals in het WHO-rapport 'Adherence to long-term therapies, evidence for action'¹ wordt aangegeven dat er nog andere factoren van invloed zijn, zoals de sociale omgeving van de patiënt en economische factoren. Deze factoren worden in dit rapport niet verder besproken.

4.2.1 Communicatie tussen patiënten en zorgverleners

Patiënten en zorgverleners praten nog te weinig met elkaar over het gebruik van medicijnen en problemen met de therapietrouw. Zowel bij aanvang als gedurende de behandeling blijft dit onderwerp onderbelicht. Jozen Bensing, directeur NIVEL sprak in haar presentatie tijdens de eerste nationale therapietrouwconferentie op 18 juni over een 'conspiracy of silence'. Zorgverleners lijken weg te lopen voor het gesprek met de patiënt en ook de patiënt voelt vaak geen drang om vragen te stellen of problemen aan te kaarten als het gaat om het gebruik van medicijnen.

Knelpunten

Als belangrijkste knelpunten voor de communicatie werden tijdens de middagsessie van de therapietrouwconferentie genoemd de **gespreksvaardigheden van zorgverleners** en de **afstemming van wensen tussen patiënten en zorgverleners**. Problemen rond het medicijngebruik zullen geagendeerd moeten worden, zowel bij de start als gedurende de behandeling. In plaats van de patiënt proberen te overreden, zouden zorgverleners de bezwaren van patiënten beter serieus kunnen nemen en samen met hen op zoek gaan naar oplossingen. **Concordance** is hierbij het sleutelwoord.

De afstemming van wensen wordt bemoeilijkt door de verschillen in beleving van de patiënt en de zorgverlener. Waar de zorgverlener zich met name richt op het klinisch effect van de behandeling, richt de patiënt zich veel meer op de kwaliteit van zijn (dagelijks) leven. Dit maakt dat afwijkend medicijngebruik vanuit zorgverleners perspectief irrationeel kan zijn, maar vanuit patiëntenperspectief volstrekt logisch.

In het NIVEL-rapport 'Patient adherence to medical treatment: a meta review'⁶ uit 2006 bevelen internationale experts aan om vooral goed te luisteren naar de patiënt zelf. Niet alleen in de praktijk, maar ook bij de ontwikkeling van interventies moeten patiënten meer worden betrokken. Voorstellen van patiënten zelf voor methodes om trouwer hun medicijnen in te nemen kunnen zeer waardevol zijn. Het idee dat patiënten zich vooral moeten voegen naar de therapie dient daarbij te worden losgelaten, want soms, zo stellen de experts, zal de therapie zich moeten voegen naar de patiënt. Taboes op het bespreken van therapietrouw moeten worden doorbroken. Therapietrouw moet een regulier gespreksonderwerp gedurende de behandeling zijn.

Het onderzoek van ARGO Rijksuniversiteit Groningen⁷ uit 2005 naar de ervaringen en meningen over therapietrouw bij mensen die langdurig geneesmiddelen gebruiken geeft een indruk van de potentiële verbetermogelijkheden in de communicatie. In dit onderzoek gaf de overgrote meerderheid van de patiënten aan in de regel de voorschriften van de arts precies op te volgen of de behandeling samen met de arts te bepalen. Slechts 10% van de langdurige medicijngebruikers gaf aan bewust zonder overleg met de zorgverlener zelf te bepalen hoe zijn medicijnen te gebruiken. Van de eerste groep gaf echter nog steeds 30% tot 40% aan de medicijnen anders te gebruiken dan was overeengekomen. Theoretisch valt bij deze groep dus veel winst te behalen door de communicatie tussen patiënt en zorgverlener te verbeteren.

Overlap en lacunes

Zeven van de negen organisaties die aanwezig waren op de werksessie 'therapietrouw in 2008' waren actief op het vlak van communicatie tussen patiënten en zorgverleners of hadden plannen om hiermee in 2008 mee te starten. De activiteiten van partijen vertonen overlap wat betreft de scholing van artsen en apothekers en wat betreft onderzoek rond communicatie. Lacunes die tijdens de sessie werden geconstateerd hadden betrekking op de beschikbaarheid van voorlichtingsmaterialen en scholing gericht op specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden. Wat sterk leefde was de behoefte om het landelijk elektronisch medicatie- en patiëntendossier in gebruik te nemen.

4.2.2 Ondersteuning en begeleiding door zorgverleners

De ondersteuning en begeleiding die zorgverleners aan patiënten bieden is nog onvoldoende ontwikkeld. Zorgverleners beschikken nog niet over een breed ondersteuningsaanbod en over de kennis om dit aanbod effectief in te zetten.

Knelpunten

Een belangrijk knelpunt dat tijdens de therapietrouwconferentie werd aangegeven is dat **zorgverleners de medicamenteuze behandeling onvoldoende op maat van de individuele patiënt vaststellen, en dit geldt eveneens voor de begeleiding en ondersteuning** gericht op het verbeteren van therapietrouw. Omdat de achterliggende oorzaak voor therapieontrouw per patiënt zeer verschillend kan zijn, is het ook zeker niet eenvoudig om de patiënt op maat te begeleiden. Een ander belangrijk knelpunt dat tijdens de conferentie naar voren kwam is dat de **kennis ontbreekt van succesvolle interventies**, deels omdat deze onvoldoende wordt gedeeld.

Het NIVEL⁶ onderscheidt drie type interventies:

- 1 *Interventies met technische oplossingen*
 - Reductie van het aantal innamemomenten per dag
 - Reductie van het aantal in te nemen medicijnen door combinatie van stoffen in één pil (fixed-dose combinaties)
 - Verpakking van medicijnen op datum en tijdstip (unit of use packaging)
- 2 *Gedraginterventies*
 - Geheugensteuntjes, reminders-services
 - Monitoring van eigen gebruik (kalender, dagboek)
 - Monitoring door zorgverlener (feedback, steun, beloning)

- Aanleren vaardigheden en aansluiten op persoonlijke dagelijkse routines
- 3 *Educatie interventies*
- Aanleren van vaardigheden om de eigen ziekte te managen en het eigen medicijngebruik te verbeteren in de vorm van individuele of groepsondersteuning.

Uit de literatuur komt geen eenduidig antwoord op de vraag welke van de bovenstaande interventies het meest effectief zijn om therapieontrouw te verminderen. De effectiviteit van interventies blijkt veelal situatie-afhankelijk te zijn. Internationale experts bevelen in het NIVEL-rapport aan om, waar mogelijk, gebruik te maken van eenvoudige oplossingen die goed bruikbaar zijn in de dagelijkse praktijk voor zowel patiënt als zorgverlener. Voorbeelden zijn: het verminderen van het aantal inname-momenten en een reminder via SMS, maar ook aan het verbeteren van de reguliere zorg door de vaardigheden van zorgverleners te verbeteren. De experts stellen dat medici, farmaceuten, sociologen en technici voordeel kunnen doen met elkaars bevindingen. Inzichten uit de medische, technische en psychosociale disciplines moeten daarom gecombineerd worden om tot effectievere interventies te komen.

Uit hetzelfde rapport komt naar voren dat er geen gouden standaard bestaat voor het meten van therapietrouw. De volgende methodes worden gehanteerd:

- directe observatie van gedrag;
- subjectieve zelfrapportage;
- objectieve monitoring van medicijngebruik;
- objectieve monitoring van fysische en biomedische parameters;
- meten van gezondheidssuitkomsten.

Er is op dit moment geen vaste set aan criteria beschikbaar waarmee best practices kunnen worden vastgesteld en er is geen gestandaardiseerde methode om vermindering van de (niet-rationele) therapieontrouw te meten. De keuze van meetmethode hangt af van het doel. Voor de dagelijkse klinische praktijk lijken met name interviewmethodes veelbelovend.

Overlap en lacunes

Zes van de organisaties die aanwezig waren op de werksessie 'therapietrouw in 2008' waren actief op het gebied van meten van therapietrouw en het zichtbaar maken, ontwikkelen en verspreiden van voorbeeldpraktijken. De activiteiten van partijen vertonen overlap wat betreft het meten van therapietrouw en therapietrouwinterventies gericht op diabetespatiënten. Lacunes die tijdens de sessie werden geconstateerd hadden betrekking op het ontbreken van best practices voor specifieke patiëntgroepen zoals astma- en maagpatiënten en mensen met een depressie en een verhoogd cardiovasculair risico, het ontbreken van implementatiestrategieën voor best practices, kennis van Europese best practices en aandacht voor de rol van patiëntenorganisaties bij het meten en uitdragen van best practices. Verder werd geconstateerd dat indicatoren ontbreken om de prestaties van artsen en apothekers te toetsen met betrekking tot de therapietrouw van de patiënt.

4.2.3 Multidisciplinaire Samenwerking Zorgverleners

Bij een medicamenteuze behandeling zijn doorgaans meerdere zorgverleners betrokken (artsen, apothekers, verpleegkundigen). Zorgverleners stemmen nog onvoldoende met elkaar af wie welke zorg rond medicijnen levert.

Knelpunten

Tijdens de therapietrouwconferentie kwam als belangrijk knelpunt naar voren dat het **zorgverleners nog ontbreekt aan (effectieve) samenwerking en er bij therapietrouw geen duidelijke probleemeigenaar is**. Elke betrokken zorgverlener zou in principe vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid het medicijngebruik moeten bewaken, in de praktijk blijkt dit echter niet zo te werken. Tijdens de conferentie werden als mogelijke oorzaken voor de weinige samenwerking aangedragen: negatieve houding en gebrek aan vertrouwen, lage urgentie ten opzichte van andere taken, geen duidelijke regiefunctie, de gescheiden financieringsstructuren van zorgverleners en het niet goed op de hoogte zijn van elkaars competenties.

De wijze waarop communicatie, begeleiding en ondersteuning rond het medicijngebruik het beste kan worden ingericht, zal net als bij andere vormen van zorg afhankelijk zijn van de

patiënt, de aandoening en de lokale situatie. In situaties waarbij de ketenzorg rond een aandoening is georganiseerd kan therapietrouw daarin worden opgenomen. Bij multimorbiditeit zoals bijvoorbeeld bij ouderen veelvuldig voorkomt zal de zorg weer op een andere manier moeten worden ingericht. Bij onderlinge afstemming is het belangrijk om na te gaan wie welke contacten heeft met de patiënt en wie over de vaardigheden en faciliteiten beschikt om bepaalde onderdelen van zorg te verlenen. Zo zouden artsen bijvoorbeeld meer tijdens de acceptatiefase van de behandeling een belangrijke rol kunnen spelen, specialistisch verpleegkundigen meer in de communicatie bij chronische behandelingen en educatie-interventies en apothekers meer bij interventies met technische oplossingen en gedragsinterventies alsook in de begeleiding van patiënten met complexe farmacotherapie.

Overlap en lacunes

Tijdens de werksessie 'therapietrouw in 2008' bleek dat zeven van de negen organisaties actief waren rond taken en verantwoordelijkheden van zorgverleners. Overlap werdesignaleerd rond de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Lacunes werden geconstateerd rond de implementatie van de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO), behandeling van het onderwerp therapietrouw in huidige richtlijnen, afstemming van taken en verantwoordelijkheden tussen de 1^e en 2^e lijn en patiëntenparticipatie bij ontwikkeling van richtlijnen.

4.2.4 Innovaties rond medicamenteuze behandelingen

Doseringsschema's, toedieningsvormen en toedieningswegen sluiten nog onvoldoende aan op de persoonlijke behoeften van patiënten.

Knelpunten

Zoals eerder al is aangegeven werd tijdens de therapietrouwconferentie als belangrijk knelpunt ervaren dat **zorgverleners onvoldoende op maat van de individuele patiënt de medicamenteuze behandeling vaststellen**. In het eerder genoemde onderzoek van ARGO RuG⁷ kwam naar voren dat eenderde van de respondenten die afweken van de voorschriften dit deed omdat ze daarmee het medicijngebruik beter met de eigen dagindeling konden combineren. Respondenten die therapietrouw waren gaven ook vaker aan dat ze het medicijngebruik goed met de dagindeling kunnen combineren. Zorgverleners kunnen hieraan bijdragen door naast het hanteren van standaarden en richtlijnen ook oog te hebben voor de persoonlijke leefsituatie van de patiënt.

Geneesmiddelproducten kunnen hieraan bijdragen door verpakkingen, toedieningsvormen en toedieningswegen te ontwikkelen die beter aansluiten bij de behoeftes van patiënten, zoals bijvoorbeeld eenmaal daags doseren, dagaanduidingen op pilstrips, eenmaandelijks injecties, fixed-dose combinatie (polypil) en smart verpakkingen met ingebouwde monitor/reminder systemen.

Overlap en lacunes

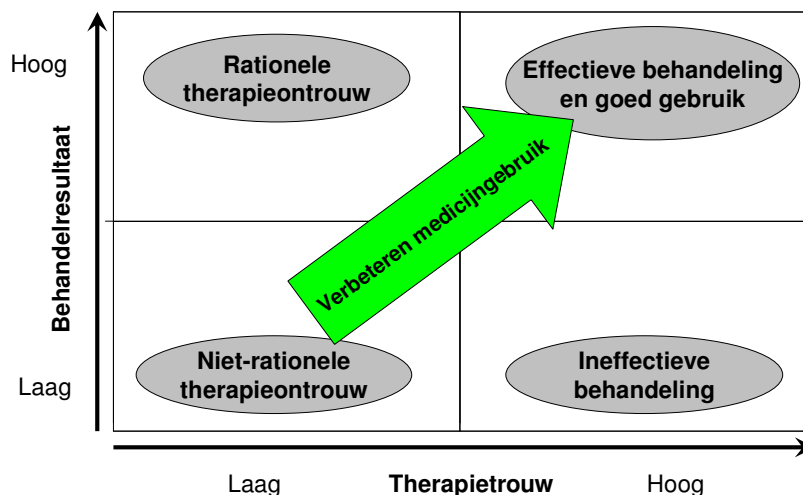
Vier van de negen organisaties die aanwezig waren bij de werksessie 'therapietrouw in 2008' waren actief op het gebied van geneesmiddelproducten. Er werden vooral veel raakvlakken – en niet zozeer overlap – gezien in de plannen van partijen om verpakkingen, toedieningsvormen en –wegen beter te laten aansluiten op de wensen van patiënten. Lacunes werden geconstateerd in de aandacht voor bijsluiters, de kwaliteit van internetconsulten en leveringen, en technische hulpmiddelen gericht op therapietrouw.

4.3 Prioriteiten

4.3.1 Onderscheid tussen rationele en niet-rationele therapieontrouw

Tijdens het project kwam al snel naar voren dat in de aanpak van therapieontrouw onderscheid gewenst is tussen situaties waarin lage executie en discontinuatie geen of juist positieve effecten heeft op het behandelresultaat (**rationele therapieontrouw**) en situaties waarin lage executie en discontinuatie negatieve effecten heeft op het behandelresultaat (**niet-rationele therapieontrouw**).

Beide vormen van therapieontrouw zijn onwenselijk in de zin dat behandelafspraken worden geschonden en medicijnverspilling in de hand wordt gewerkt. In de eerste situatie is het echter logischer om de behandeling aan te passen en in de tweede situatie om de therapietrouw (executie en persistentie) te verbeteren. Vanwege negatieve gezondheidseffecten ligt de prioriteit bij patiënten met niet-rationele therapieontrouw. Deze voorkeur, die ook vanuit de begeleidingscommissie is gegeven, maakt dat er twee doelen met elkaar worden verweven. Het ene is het 'trouw' zijn aan gemaakte afspraken, het andere is het verkrijgen van een goed behandelresultaat. Een goed behandelresultaat ondanks een lage executie kan in deze optiek worden gezien als een vorm van zelfmanagement.



Onduidelijke relatie tussen therapietrouwbevordering en de effecten op lange termijn effecten

In de praktijk blijkt het lastig om in te schatten wat de relatie is tussen de mate van therapietrouw en de effectiviteit van de behandeling. Deze situatie wordt verder gecompliceerd door het feit dat een hogere therapietrouw soms wel gezondheidswinst maar uiteindelijk geen kostenbesparing zal opleveren. Ron Herings, directeur van het PHARMO Drug Outcome Research project ging op dit fenomeen in tijdens het symposium van Platform PI van 12 november 2007 en rekende voor dat met het verbeteren van de therapietrouw bij het gebruik van osteoporosemiddelen het aantal heupfracturen jaarlijks met 100 tot 300 gevallen verminderd kan worden, maar dat de kosten die hiermee worden bespaard in de schaduw staan van toegenomen medicijnkosten door het toegenomen gebruik, nog los van de inspanningen die nodig zijn om de therapietrouw te verhogen. Tijdens de therapietrouwconferentie werd de onduidelijke relatie tussen therapietrouwbevordering en de lange- termijn effecten op gezondheid en kosten genoemd als één van de vijf belangrijkste knelpunten in het terugdringen van therapieontrouw.

4.3.2 Prioriteren van doelgroepen

Patiënten waarbij de medicamenteuze behandeling niet de beoogde resultaten levert

Het gaat hierbij om patiënten die al worden behandeld met medicijnen, maar waarbij de behandeling niet de gewenste resultaten levert. Voordat de zorgverlener de medicamenteuze behandeling gaat aanpassen, met verhogingen van de dosis of voorschrijven van nieuwe medicatie, moet hij navragen hoe de patiënt zijn medicatie gebruikt (de executie) en welke problemen hij ervaart bij het gebruik van de medicijnen. De relatie tussen het niet behalen van behandelresultaten en therapieontrouw is onder andere aangetoond bij hypertensie.⁸ Als blijkt dat de patiënt niet therapietrouw is, dan zal eerst gekeken moeten worden naar de achterliggende oorzaken en mogelijke interventies om de therapietrouw te verbeteren. Wijziging van de farmacotherapie komt op de tweede plaats.

Patiënten met een hoog risico op het ontstaan van geneesmiddelgerelateerde problemen

De tweede groep patiënten zijn patiënten met een hoog risico op het ontstaan van geneesmiddelgerelateerde problemen. Bij deze patiënten dienen preventieve maatregelen te worden ondernomen om een goede therapietrouw te waarborgen. Uit het HARM-onderzoek⁴ blijkt onder andere dat ouderen boven de 65 jaar een twee keer zo hoge kans hebben op een medicijngerelateerde ziekenhuisopname als patiënten jonger dan 65 jaar. Polyfarmacie en therapieontrouw, zo blijkt uit dit onderzoek, vergroten dit risico. Bij ouderen en andere chronische veelgebruikers kan een jaarlijkse medicatie review helpen om therapieontrouw te voorkomen. Studies rond medicatieveiligheid kunnen meer informatie verschaffen over andere groepen medicijngebruikers die bij therapieontrouw een sterk verhoogd risico op accidenten hebben.

Patiënten die geneesmiddelen gebruiken die gekenmerkt worden door een lage persistentie en een hoog investeringsverlies

De derde groep patiënten zijn patiënten die geneesmiddelen gebruiken die gekenmerkt worden door een lage persistentie oftewel een groot percentage vroegtijdige 'stoppers'. Vanuit economisch perspectief kan er dan sprake zijn van een hoog investeringsverlies. PHARMO beveelt in het rapport Chronische farmacotherapie Voortgezet³ aan om inspanningen te richten op patiënten die aan deze criteria voldoen. Zij komt daarbij op gebruikers van medicijnen uit de volgende geneesmiddelgroepen:

- geneesmiddelen ter behandeling van hypertensie;
- inhalatiecorticosteroïden bij de behandeling van astma, eventueel COPD;
- antidepressiva;
- cholesterolverlagers.

Langdurig medicijngebruikers die geïdentificeerd kunnen worden als therapieontrouw of 'stoppers' op basis van afleverpatronen

De vierde groep patiënten zijn langdurig medicijngebruikers die geïdentificeerd kunnen worden als therapieontrouw of 'stoppers' op basis van afleverpatronen. Deze patiënten zijn relatief eenvoudig op basis van afleverhistorie vanuit de apotheek op te sporen. Vervolgens kan geïntervenieerd worden door te proberen de therapietrouw te verbeteren of door wijziging van de behandelafspraken. Vanwege de eenvoudige opsporing kan aanpak van deze patiëntengroep worden gekwalificeerd als 'laag hangend fruit'.

Patiënten in de acceptatiefase van een nieuwe medicamenteuze behandeling

De vijfde groep patiënten zijn patiënten die starten met een nieuwe medicamenteuze behandeling. Uit de gegevens van PHARMO blijkt dat het percentage patiënten dat een chronische behandeling staakt het grootst is gedurende de eerste 60 tot 120 dagen na de start van de behandeling. Extra aandacht gedurende deze periode (de acceptatiefase) van de behandeling voor het aansluiten van het medicijngebruik op het dagelijks leven van de patiënt en voor het identificeren en oplossen van barrières kan helpen bij het voorkomen van therapieontrouw.

4.4 Kennismanagement

4.4.1 Therapietrouwportal

De organisaties die deelnamen aan de werksessie 'therapietrouw in 2008' signaleerden lacunes in de **kennisuitwisseling tussen beroepsgroepen** en het **ontbreken van een centraal punt voor kennisopslag en –uitwisseling over terapietrouw**. Gedurende het project kwartiermaker terapietrouw is in deze behoefte voorzien door samen te werken met het RIVM. Via de website www.therapietrouwbevorderen.nl, die het RIVM in opdracht van VWS heeft ontwikkeld, is de opgedane kennis beschikbaar gesteld aan het publiek. Informatie uit de terapietrouw inventarisatie en de terapietrouwconferentie, evenals algemene informatie over het project kwartiermaker terapietrouw is hier terug te vinden. Met dit centrale verzamelpunt konden organisaties gemakkelijk informatie vinden over andermans initiatieven, problemen, oplossingen en aanpak rond terapietrouw. De mogelijkheid tot samenwerking nam hiermee toe.

De beschikbaarheid van de opgedane kennis is met de website www.therapietrouwbevorderen.nl nog onvoldoende geborgd, want deze website is slechts tijdelijk gefinancierd. Bovendien is de beschikbare kennis niet dynamisch. Organisaties kunnen niet zelfstandig kennis toevoegen, verwijderen en combineren. In het NIVEL rapport⁶ gaven internationale experts aan dat het belangrijk is dat medici, farmaceuten, sociologen en technici voordeel doen met elkaars bevindingen en dat inzichten uit de medische, technische en psychosociale disciplines moeten worden gecombineerd om tot effectievere interventies te komen. Hierin is op dit moment nog onvoldoende voorzien.

Overigens werd tijdens de werksessie geconstateerd dat een dergelijk kennisuitwisselingsportal goed moet worden afgestemd met bestaande sites van koepelorganisaties, omdat ze qua informatie met elkaar zullen overlappen.

4.4.2 Invullen van kennislacunes

Gedurende het project kwartiermaker zijn diverse kennislacunes aan het licht gekomen, zoals bijvoorbeeld de onduidelijke relatie tussen terapietrouwbevordering en de lange-termijneffecten op gezondheid en kosten. Naar aanleiding van de resultaten van de terapietrouwconferentie heeft het NIVEL opdracht gekregen van ZonMw om een **preprogrammeringsstudie** uit te voeren als basis voor een onderzoeksprogramma terapietrouw. Deze studie is eind 2007 gestart en is getiteld "Naar een solide basis voor terapietrouw; een preprogrammeringsstudie naar draagvlak en contouren van een onderzoeksprogramma". In deze studie zullen consultatiegesprekken worden gevoerd met betrokkenen op het terrein van terapietrouw (zoals VWS, NPCF, NEFARMA, NHG, KNGF, KNMP, zorgverzekeraars, onderzoeksinstituten, universiteiten en patiëntenorganisaties). Het programma behelst niet alleen medicatietrouw maar terapietrouw in brede zin zoals trouw aan leefstijl-, voedings- en bewegingsadviezen. De resultaten worden medio 2008 verwacht.

5 Aanbevelingen

5.1 Algemene conclusies

In Nederland gebruikt dertig tot veertig procent van de medicijngebruikers zijn medicatie anders dan is overeengekomen met diens zorgverlener(s). Dit hoge percentage therapieontrouw wordt niet langer geaccepteerd, zeker niet als dit gevolgen heeft voor de veiligheid van de patiënt en het behandelresultaat.

Het project kwartiermaker therapietrouw laat zien dat er anno 2007 meer dan veertig initiatieven in Nederland lopen om de therapietrouw bij het gebruik van medicijnen te verbeteren. Veel van deze initiatieven zijn nog niet afgerond, waardoor de effecten op de verbetering van therapietrouw nog moeilijk zijn vast te stellen. Daarnaast blijken initiatieven onderling niet goed vergelijkbaar doordat doelgroepen en meetmethodes variëren.

Het is duidelijk dat de belangrijkste knelpunten bij de aanpak van therapieontrouw liggen bij:

- de communicatie tussen patiënten en zorgverleners;
- de communicatie tussen zorgverleners onderling;
- het op maat ondersteunen en begeleiden van patiënten door zorgverleners en
- het ontwikkelen en toepassen van medicamenteuze behandelingen die goed in te passen zijn in het dagelijks leven van patiënten.

In de aanpak van therapieontrouw valt onderscheid te maken tussen situaties waarin therapieontrouw geen of juist positieve effecten heeft op het behandelresultaat (rationele therapieontrouw) en situaties waarin therapieontrouw negatieve effecten heeft op het behandelresultaat (niet-rationele therapieontrouw). De aanpak van niet-rationele therapieontrouw heeft de hoogste prioriteit.

De basis voor therapietrouw ligt in een goede afstemming tussen patiënt, zorgverlener(s) en medicijn. Wanneer dit proces niet goed verloopt, worden barrières met betrekking tot het gebruik van medicijnen niet tijdig onderkend en neemt de kans op het ontstaan en voortduren van therapieontrouw toe.

Bij de landelijke aanpak van therapieontrouw is een belangrijke rol weggelegd voor 'de eerste schil': patiënten en beroepsgroepen. Zorgverzekeraars en andere organisaties in 'de tweede schil' kunnen bijdragen door deze partijen te ondersteunen en de juiste randvoorwaarden te creëren. Onderstaande aanbevelingen zijn gericht op het bevorderen van een gecoördineerde aanpak met als doel dat partijen effectief en doelgericht samenwerken bij het terugdringen van therapieontrouw. Hiermee wordt een taakverschuiving bewerkstelligd, waarmee de overheid kan overschakelen van een leidende naar een faciliterende rol.

Uitgangspunt bij het beter gebruik van medicijnen is dat patiënten in de praktijk zowel bij aanvang als tijdens hun behandeling de juiste ondersteuning en begeleiding ontvangen. Hoewel op dit moment landelijke verbeteringen van de therapietrouw nog lastig te meten zijn, is de ambitie om de niet-rationele therapieontrouw in de komende zes jaar te halveren.

5.2 Aanbevelingen

5.2.1 De eerste schil

Patiënten

Voor patiënten is het in de eerste plaats belangrijk om open te communiceren met zorgverleners over de wijze waarop ze hun medicijnen gebruiken. Dit betekent dat patiënten:

- eigen verwachtingen bespreken ten aanzien van hun medicijngebruik;
- aangeven hoe hun medicijngebruik het beste aansluit bij de eigen dagindeling;
- indien nodig om ondersteuning en begeleiding door zorgverlener(s) vragen;
- veranderingen in de persoonlijke situatie bespreken die van invloed zijn op het medicijngebruik;
- voornemens om het medicijngebruik te wijzigen vooraf bespreken met zorgverleners.

De **NPCF** en **CG-raad** en de daarbij aangesloten lidorganisaties hebben een belangrijke taak bij het vergroten van de mogelijkheden tot zelfmanagement van patiënten. Ook zouden zij moeten bevorderen dat zorgverleners het patiëntenperspectief nadrukkelijk in hun dagelijks handelen betrekken en dat dit perspectief wordt verankerd in farmaceutisch/medische

standaarden en richtlijnen. Dit betekent dat deze koepels zich zouden moeten inspannen om:

- het patiëntenperspectief in landelijke multidisciplinaire richtlijnen te borgen;
- (communicatie)hulpmiddelen ten behoeve van de gespreksvaardigheden en zelfmanagementvaardigheden van patiënten te ontwikkelen;
- 'best practices' voor de communicatie, begeleiding en ondersteuning op maat te identificeren en de landelijke implementatie hiervan te ondersteunen;
- kennis met betrekking tot het perspectief van patiënten rond het gebruik van medicijnen over te dragen op zorgverleners.

Beroepsgroepen

Voor alle zorgverleners (huisartsen, apothekers, specialisten, verpleegkundigen, etc.) geldt in de eerste plaats dat de communicatie met patiënten over het medicijngebruik moet verbeteren. Het 'taboe' dat nu lijkt te rusten op het bespreken van dit onderwerp, wordt hiermee opgeheven. Gelijkwaardigheid moet hierbij het uitgangspunt zijn. Dit betekent dat zorgverleners:

- bij het instellen van een medicamenteuze behandeling pro-actief de persoonlijke voorkeuren van de patiënt met betrekking tot de behandeling nagaan en verkennen welke persoonlijke barrières therapietrouw kunnen verhinderen;
- de ervaringen van patiënten met medicijnen tot een regulier gespreksonderwerp maken binnen consultaties, waarbij naast de effectiviteit van de behandeling ook de ervaringen worden besproken van de patiënt met zijn medicijn(en);
- zo nodig gepaste begeleiding en ondersteuning bieden aan patiënten, dan wel hiervoor doorverwijzen naar een collega-zorgverlener.

Verbetering van de communicatie is met name belangrijk tijdens de eerste maanden van gebruik van een nieuw voorgeschreven medicijn, omdat in deze periode het medicijngebruik de grootste uitval kent. In eerste instantie dienen zorgverleners zich te richten op patiënten met een hoog risico op het ontstaan van geneesmiddelgerelateerde problemen en op patiënten die medicijnen gebruiken waarbij de kans op vroegtijdig stoppen en/of lage therapietrouw groot is.

Het is aan koepelorganisaties (**LHV / NHG, KNMP / WINAp, de Orde van Medisch Specialisten en V&VN**) om zorgverleners hierin te stimuleren en te ondersteunen. Dit betekent:

- tonen van leiderschap richting leden met betrekking tot prioriteiten en focus in de aanpak van therapietrouw;
- opstellen van landelijke multidisciplinaire richtlijnen in samenwerking met andere koepelorganisaties en patiëntenorganisaties als voorbeeld voor lokale afspraken;
- identificeren van 'best practices' voor de communicatie, begeleiding en ondersteuning op maat en het ondersteunen van de landelijke implementatie hiervan;
- informeren van zorgverleners over werkwijzen, producten en diensten die simpel en effectief kunnen worden ingezet om patiënten te ondersteunen en begeleiden bij het gebruik van medicijnen;
- verbeteren van de kennis van zorgverleners omtrent oorzaken en gevolgen van therapieontrouw en risicogroepen;
- verbeteren van de gespreksvaardigheden met betrekking tot de communicatie met patiënten over medicijnen.

Vanwege de overlap in verantwoordelijkheden van artsen, apothekers en verpleegkundigen in de begeleiding en ondersteuning van patiënten dient er lokaal goede afstemming te zijn. Regionale ondersteuningsstructuren (**ROS**'en en **departementen**) hebben een taak in het stimuleren van:

- lokale samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners en de toepassing van bestaande landelijke multidisciplinaire richtlijnen;
- een goede gegevensuitwisseling tussen zorgverleners met betrekking tot medicijngebruik, behandelresultaten en klinische waardes;
- een breed lokaal ondersteunings- en begeleidingsaanbod (binnen zorgketens) richting patiënten met betrekking tot het medicijngebruik.

Extra alertheid van artsen is gevraagd bij patiënten waarbij de medicamenteuze behandeling niet de beoogde resultaten oplevert. Aanbeveling aan **LHV/NHG** en de **Orde van Medisch Specialisten** is om te zorgen dat artsen, in gevallen waarin de resultaten van een behandeling achterblijven bij de verwachtingen, eerst de mate van therapietrouw en de wijze van gebruik door de patiënt vaststellen, alvorens de behandeling te wijzigen.

Apothekers kunnen een belangrijke rol spelen in het bewaken van de continuïteit bij chronisch medicijngebruik. Aanbeveling aan **KNMP/WINap** is om te zorgen dat apothekers de therapietrouw bij chronische medicijngebruik monitoren en indien nodig interveniëren richting patiënt en collega- zorgverleners. Daaronder valt ook het periodiek evalueren van het medicijngebruik van en met patiënten die een hoog risico hebben op het ontstaan van geneesmiddelgerelateerde problemen.

5.2.2 De tweede schil

Zorgverzekeraars

Voor zorgverzekeraars is belangrijk dat ze goede zorg contracteren. Zo zouden zij moeten zorgen voor een brede en effectieve lokale ondersteuning en begeleiding. Zij zouden hiertoe onder andere moeten toezien op de naleving van richtlijnen en samenwerkingsafspraken tussen de betreffende beroepsbeoefenaren. Een andere taak voor zorgverzekeraars ligt in het vergoedingsbeleid van medicijnen. Het is belangrijk dat patiënten gebruik kunnen maken van verpakkingen en toedieningsvormen van medicijnen die een positief effect hebben op de therapietrouw.

Zorgverzekeraars Nederland heeft een belangrijke taak in het stimuleren en ondersteunen van zorgverzekeraars bij de uitvoering van dit beleid.

Geneesmiddelfabrikanten

Geneesmiddelfabrikanten worden opgeroepen om in de eerste plaats hun kennis van patiëntenvoorkeuren met betrekking tot verpakkingen en toedieningsvormen uit te breiden, en deze kennis bij de productontwikkeling toe te passen en te delen met voorschrijvers. De focus dient te liggen bij medicijn(groep)en waarbij therapieontrouw van grote invloed is op het behandelresultaat en medicijn(groep)en die gekenmerkt worden door een hoog percentage vroegtijdige stoppers en een lage therapietrouw.

Nefarma heeft een belangrijke taak in de coördinatie van deze kennisstromen, bijvoorbeeld door het verzamelen van patiëntervaringen en het verspreiden van goede voorbeelden van effectieve verpakkingen, toedieningsvormen en toedieningswegen.

DGV

DGV heeft met name een taak in de bevordering van de (lokale) samenwerking tussen zorgverleners. Met de ontwikkeling van FTO-ondersteuningsprogramma's rond therapietrouw bij risicogroepen en de begeleiding van FTO-groepen bij de implementatie kan DGV stimuleren dat:

- zorgverleners lokaal samenwerken om de communicatie met patiënten te verbeteren en onderling afstemmen wie welke ondersteuning biedt om therapietrouw te verbeteren;
- zorgverleners in eerste instantie zich richten op patiënten die een hoog risico lopen op het ontstaan van geneesmiddelgerelateerde problemen;
- zorgverleners gebruik maken van werkwijzen, producten en diensten die simpel en effectief kunnen worden ingezet om patiënten te ondersteunen en begeleiden in het gebruik van medicijnen;

Onderzoeksinstellingen

Voor onderzoeksinstellingen is een belangrijke taak weggelegd in het wegnemen van kennislacunes bij de aanpak van therapietrouw. Dit betekent:

- identificeren van groepen medicijngebruikers die bij therapieontrouw een sterk verhoogd risico op accidenten hebben;
- uitbreiden van kennis over de relatie tussen therapietrouw en effecten op het behandelresultaat, gezondheid en kosten, en de onderlinge verschillen per medicijn;
- verbeteren van de kennis omtrent oorzaken van therapieontrouw en effectieve interventiestrategieën

Daarbij is het belangrijk om inzichten uit de medische, technische en psychosociale disciplines te combineren.

ZonMw heeft een belangrijke taak in het coördineren en faciliteren van onderzoek, bijvoorbeeld door opname van therapietrouw als aandachtspunt in lopende en toekomstige onderzoeksprogramma's. ZonMw kan daarnaast een bijdrage leveren aan de verspreiding van uitkomsten van onderzoeken, zodat deze kennis ook wordt toegepast.

5.2.3 Landelijke coördinatie

De volgende stap in het verbeterproces is om de in paragraaf 5.2.1 en 5.2.2 gedane aanbevelingen concreet te maken in afspraken, waarop partijen elkaar kunnen aanspreken. De aanbeveling is om de voortgang te bewaken met alle partijen die een taak hebben in de aanpak van therapieontrouw. Dit betekent dat de deelnemende partijen:

- de voortgang van hun activiteiten voortdurend aan elkaar terugkoppelen;
 - afspraken en beoogde doelstellingen in de aanpak van therapietrouw in concrete projecten uitwerken;
 - wegen verkennen om de aanpak van therapieontrouw te versnellen;
 - relevante partijen adviseren over de wijze waarop therapietrouw kan worden verbeterd.
- Aanbeveling is om hiervoor gezamenlijk een landelijke coördinatie-/aanjaagteam op te richten.

In het project kwartiermaker therapietrouw zijn een aantal knelpunten/activiteiten naar voren gekomen die niet vanzelfsprekend kunnen worden ondergebracht bij één partij. Een landelijke coördinatie-/aanjaagteam kan bijdragen aan het beleggen van deze knelpunten/activiteiten:

- Verbeteren van kennisuitwisseling en projectondersteuning voor zorgprofessionals en zorgorganisaties. Bijvoorbeeld door een internet therapietrouwportal te ontwikkelen en te beheren;
- Afstemmen van communicatie-uitingen van zorgprofessionals en zorgorganisaties richting het algemene publiek over het goed gebruik van medicijnen; Bijvoorbeeld via een gezamenlijke communicatiecampagne.
- Terugkoppelen van de algemene voortgang in de aanpak van therapieontrouw richting zorgprofessionals en zorgorganisaties in het veld. Bijvoorbeeld via een landelijke conferentie;
- Standaardiseren van de meetprocedures rond therapietrouw voor zowel praktijk als onderzoek.

Literatuur

¹ Rapport 'Adherence to long-term therapies, evidence for action,' World Health Organization 2003.

² Brink-Muinen, A. van den, et al., 'Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken – resultaten van studies uitgevoerd in Nederland sinds 1990,' NIVEL 2004.

³ Herings, R.M.C. et al., 'Chronische Farmacotherapie Voortgezet - Een onderzoek naar de omvang, determinanten en mogelijke economische consequenties van het vroegtijdig afbreken van chronische farmacotherapie,' PHARMO instituut 2002.

⁴ Bemt, P. van den, et al., 'Hospital admissions related to medication (HARM) – Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames,' Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences 2006.

⁵ Urquhart J., Vrijens B. 'New findings about patient adherence to prescribed drug dosing regimens: an introduction to pharmionics,' The European Journal of Hospital Pharmacy Science; 11 (5):103-106 (2005).

⁶ Sluijs, E. et al., 'Patient adherence to medical treatment: a meta review,' NIVEL 2006.

⁷ Linschoten, C.P. van, et al., 'Therapietrouw bij langdurig geneesmiddelgebruik – Ervaringen en meningen over therapietrouw bij mensen die langdurig geneesmiddelen gebruiken,' ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV, 2005.

⁸ Munger, M.A. et al., 'Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor.' Medscape general medicine 2007 Sep 19;9(3):58.