

De complexiteit van medicatietherapie(on)trouw en de uitdagingen voor de zorgverlener.

Door: E. Zwagemaker, Verpleegkundig Specialist

Inleiding

- Achtergrond informatie
- Aanleiding onderzoek
- Onderzoeksdoel
- Dataverzameling
- Resultaten
- Conclusie
- Aanbevelingen

Achtergrondinformatie (1)

- Medicatie therapietrouw = *“de mate waarin een patiënt zich gedraagt in overeenstemming met de voorgeschreven interval en dosis of dosisregime.”*
- 50% van de mensen met een chronische aandoening zijn medicatie therapieontrouw.



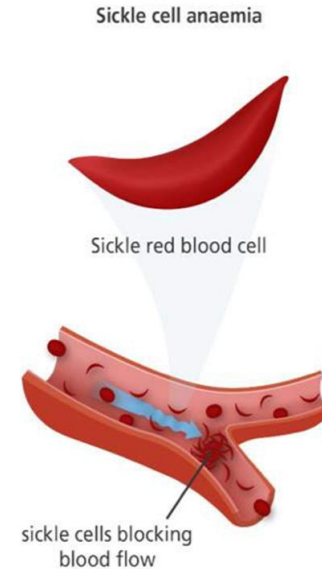
Achtergrondinformatie (2)

- 44 factoren die invloed hebben op medicatie therapietrouw.
- Effect grootte > 20%:
 1. Zorgverleners relatie
 2. Bijwerkingen
 3. Vergeetachtigheid
 4. Medicatieovertuigingen
 5. Regelmaat ontwikkelen
 6. Support
 7. Gezondheidstoestand
 8. Kosten
 9. Medicatiekennis
 10. Aantal pillen
 11. Complexiteit van dosisregime
(op hoeveel verschillende tijden moet er iets ingenomen worden en is dat altijd het zelfde?)



Aanleiding onderzoek

- Patiënten met sikkelcelziekte en/of thalassemie.
- Signalen van therapieontrouw.



Onderzoeksdoel

- Inzicht krijgen in de omvang van medicatie therapieontrouw.
- Invloed van medicatie overtuigingen op therapieontrouw.
- Op welke manier willen patiënten begeleiding krijgen?



Dataverzameling

- Vragenlijsten: MARS-5, BMQ
- Dossieronderzoek: aantal medicijnen, morbiditeit en bloeduitslagen.
- Zes patiënten interviews.



Resultaten (1)

- 24 patiënten deelgenomen
- Meesten leeftijd tussen 18-31 jaar
- Volgens MARS-5 en dossieronderzoek was (33%) therapieontrouw.
- Dossieronderzoek (N=19): 50% therapieontrouw bij hydrea en 2% bij deferasirox (exjade).



Resultaten (2)

Vergelijking BMQ subschalen scores tussen de therapietrouwe en therapieontrouwe groep.

BMQ subschalen	Therapieontrouwe respondenten (N=8)*	Therapietrouwe respondenten (N=16)*	Totale onderzoekspopulatie (N=24)
Laag vertrouwen in de positieve effecten van voorgeschreven medicatie in het algemeen (schade)	2/8 (25%)	3/16 (19%)	5/24 (21%)
Laag vertrouwen in verantwoord medicatie inzet door artsen in het algemeen (onnodig gebruik).	3/8 (38%)	5/16 (31%)	8/24 (33%)
Laag vertrouwen in de noodzaak van de voorgeschreven medicatie (noodzaak).	0/8 (0%)	3/16 (19%)	3/24 (13%)
Laag vertrouwen in positieve effecten van de voorgeschreven medicatie (zorgen maken).	2/8 (25%)	6/16 (38%)	8/24 (33%)

* Respondenten die therapieontrouw zijn volgens MARS-5 en dossieronderzoek.



Resultaten (3)

Samenvatting van de kwalitatieve patiënten interviews uitkomsten.

Bevorderende factoren	Belemmerende factoren	Gewenste ondersteuning
1. Ontwikkelen van regelmaat bij de medicatietherapie.	1. Geen acceptatie van de aandoening of medicatie.	1. ondersteuning door telefonische reminders via een app of wekker.
2. Gebruiksgemak zoals bv. tablet die niet opgelost hoeft te worden.	2. Sociale omgeving is niet op de hoogte van het medicatie gebruik.	3. Duidelijke voorlichting over de voor en nadelen, bijwerkingen en effect van de medicatie en voorlichting herhalen bij langdurig gebruik.
3. Versimpeling van dosisregime.	3. Dosisregime waarbij één keer per week medicatie genomen wordt.	4. Tijdens polikliniekbezoek informeren naar de ervaring van de medicatietherapie.
4. Geen extra medicatie voorschriften.	4. Vergeetachtigheid.	5. Duidelijk benoemen van de consequenties bij het niet goed innemen van medicatie (NB: deze voorkeur wisselt per respondent).
5. Persoonlijke motivatie.	5. Geen verwachting van de gebruikte medicatie.	6. Medicatie informatie meegegeven of verwijzen naar informatiebronnen.
6. sociale steun	6. Onvoldoende voorlichting over bijwerkingen.	7. Afstemmen van de gewenste ondersteuning per respondent.
7. Vertrouwen in zorgverlener die medicatie voorschrijft.		8. Bij extra begeleiding is de voorkeur poliklinisch door een vertrouwde zorgverlener.



Conclusie (1)

- 66% van de patiënten met sikkelcelziekte of thalassemie is therapietrouw.
- Hydrea 50% therapieontrouw door angst voor bijwerkingen, geboorteafwijkingen, onvruchtbaarheid en misopvattingen over de ernst van de sikkelcelziekte.
- Deferasirox 98% therapietrouw.
- Geen duidelijke verband met medicatie overtuigingen en therapieontrouw.



Conclusie (2)

- gewenste ondersteuning afhankelijk van individuele persoonlijke voorkeuren en behandelovertuigingen van de patiënt.
- Bij de voorkeuren en overtuigingen speelt acceptatie aandoening en medicatie een grote rol.
- Begeleiding: voorkeur poliklinisch door een bekende en vertrouwde zorgverlener.



Conclusie (3)

- 19-25 jaar betrekken van familie/naasten mogelijk effectief (regelmaat, herinneren).
- Medicatie herinnering via telefoon effectief.
- Voorlichting en communicatie: Bijwerkingen duidelijk bespreekbaar maken, de tijd nemen, zich niet gedwongen voelen, geen 'dokters' taal en eigen verantwoordelijkheid krijgen.
- Voorlichting hoeft niet elk consult herhaald maar wel informeren naar medicatiegebruik.



Aanbevelingen voor de praktijk (1)

- Tijdens polispreekuur VS +/- 15 minuten extra tijd beschikbaar stellen bij patiënten die (dreigend) therapieontrouw zijn.
- Continuïteit bieden bij extra begeleiding therapieontrouw. (wanneer volgende PC bij arts hierna PC bij VS).



Aanbevelingen voor praktijk (2)

- Tijdens PC kennis en medicatieovertuigingen bespreekbaar maken.
- Tijdens PC informeren naar gewenste ondersteuning en verwachting zoals:
 - Behoefte aan verwijzing naar (schriftelijke) informatiebronnen.
 - Behoefte aan herhaalgesprek en opnieuw voorlichting.
 - Wat verwacht de patiënt van de medicatie en begeleiding door arts en VS.



Aanbevelingen voor praktijk (3)

- Familie/naasten betrekken.
- Bij acceptatie medicatie maar vergeetachtigheid gebruik maken van bv. Medapp.



Aanbevelingen voor onderzoek

- Meer gegevens verzamelen over therapieontrouw bij hydrae via lopend onderzoek AMC.
- Na twee jaar evaluatie van therapietrouw bij patiënten met sikkelcelziekte of thalassemie door VS.



Vragen ?



Literatuurlijst

- Cramer, J.A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C.J., Fuldeore, M.J., Ollendorf, D.A., & Wong, P.K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health*, 11(1), 44-47. doi: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv073>
- Irwin, M., & Johnson, L.A. (2015). Factors influencing oral adherence: Qualitative Metasummary and triangulation with quantitative evidence. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 6-30. doi: 10.1188/15.S1.CJON.6-30
- World Health Organization. (2003). *Adherence to longterm therapies. Evidence for action*. Op 20 november 2017 ontleend aan http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1

