

Postprint Version	1.0
Journal website	https://www.pil-nascholing.nl/tijdschrift/editie/artikel/t/therapietrouw-sterker-door-samenwerken
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Therapietrouw: sterker door samenwerken

- DR. L. VAN DIJK, PROGRAMMALEIDER FARMACEUTISCHE ZORG, NIVEL, UTRECHT

Vijftien jaar geleden verscheen het WHO-rapport (Wereld-gezondheidsorganisatie) *Adherence to long-term therapies: evidence for action*.¹ Een van de conclusies was dat effectieve therapietrouwinterventies een groter effect kunnen hebben op de volksgezondheid dan welke bestaande behandeling ook. Bovendien kan therapietrouw-bevordering tot aanzienlijke kostenbesparingen leiden.² (Booz 2012). Nu, in 2018, is het bevorderen van therapie-trouw nog steeds een uitdaging. Het wel of niet innemen van medicatie is immers gedrag. Gedragsverandering bij patiënten is daarmee een cruciaal element om therapie-trouw te bevorderen, evenals een gedragsverandering bij zorgverleners. Het erkennen en herkennen van het feit dat lang niet alle patiënten (al) hun geneesmiddelen innemen en daar zo hun eigen redenen voor hebben, is cruciaal evenals het bieden van ondersteuning aan patiënten.

Gedrag laat zich echter niet eenvoudig veranderen. En hoewel de relatie en communicatie tussen patiënt en zorgverlener de basis zijn voor goed medicijngebruik, is daarmee niet gezegd dat therapietrouw alleen de verantwoordelijkheid van patiënt en zorgverlener is.

Therapietrouwbevordering gaat verder dan dat. Er zijn veel partijen bij betrokken; het is een multidimensionaal probleem. Zo hebben ook mantelzorgers, •beleidsmakers, zorgverzekeraars, producenten van geneesmiddelen en bedenkers van (vaak) technologische oplossingen een rol in therapietrouwbevordering. Daarmee is therapietrouw een voorbeeld van een systeemverantwoordelijkheid:³ veel partijen binnen en buiten de gezondheidszorg hebben ermee te maken, kunnen een bijdrage leveren aan het bevorderen van therapietrouw. Samenwerking is daarom het kernwoord. Samenwerking tussen patiënt en zorg-verlener, tussen zorgverleners onderling, maar ook samenwerking met alle andere genoemde partijen. De Landelijke Taakgroep Therapietrouw en zijn voorgangers vormden hiervoor vanaf ongeveer 2007 een goede basis. De taakgroep zette het onderwerp op de agenda. Veld-partijen vonden elkaar en organiseerden gezamenlijke activiteiten, zoals therapietrouwconferenties, om het probleem onder de aandacht te brengen en na te denken over oplossingen. De website therapietrouwmonitor.nl is een ander, voorbeeld dat is ontstaan uit een gezamenlijke inspanning. In 2014 kwam er helaas een einde aan deze taakgroep. Daarmee leek het onderwerp van de agenda te verdwijnen. In 2016 bracht het ministerie van VWS echter een rapport uit waarin het volgende gesteld werd: 'Het bevorderen van therapietrouw is een zaak van lange adem en vergt beleidsmatig een meerjarige agenda [...]. Voor een succesvol vervolg

is een dergelijke aanpak voorzien van een stevig commitment van alle partijen onontbeerlijk.'⁴

Maar er is meer nodig dan samenwerking in het veld om therapietrouwbevordering verder te brengen: het gebruik van bestaande kennis en het invullen van kennishiaten door onderzoek. We weten al veel over therapietrouw, maar veel ook niet. Wat is nu precies het effect van therapietrouw op klinische uitkomsten? Wat moet de therapietrouw minimaal zijn om een klinisch relevant effect van een geneesmiddel te bereiken? Wat motiveert patiënten om hun geneesmiddelen te nemen? Interventies op maat zijn relatief nieuw en veelbelovend, maar bij wie werkt wat? Hoe kunnen effectieve interventies geïmplementeerd worden en hoe krijgen zij een structurele plaats in de zorg? Dit is een greep uit de vragen waarop deels wel een antwoord te vinden is in de onderzoeksliteratuur, maar waar nog een wereld te winnen is aan kennis door het doen van onderzoek. Een onlangs verschenen evaluatie

van het programma *Goed Gebruik Geneesmiddelen* van ZonMw constateert dat er een ondervertegenwoordiging is van projecten op het gebied van therapietrouw.⁵ Het evaluatierapport noemt de methodologische complexiteit van dit soort onderzoek als mogelijke reden. Daarbij is therapietrouw veelzijdig en complex. Dat alles maakt dat voor het genereren van goede kennis over therapietrouw een diversiteit aan methodologische en inhoudelijke expertise nodig is. Niet alleen medische en farmaceutische expertise, maar ook gedrags- en maatschappijwetenschappelijke expertise (inclusief communicatiewetenschappen) zijn onontbeerlijk om tot effectieve en breed implementeerbare interventies te komen. Samenwerking tussen wetenschappelijke disciplines is daarbij cruciaal. In Nederland gebeurt dit zeker al, maar het zou versterkt en ondersteund moeten worden.

Tot slot is de brug nodig tussen de partijen in het veld die de praktijk kennen en onderzoekers die de praktijk bestuderen. We moeten goed op een rijtje zetten wat we al weten en dit op één plek bundelen waar zorgverleners en andere partijen gemakkelijk toegang hebben tot deze informatie. Daarnaast moeten we accepteren dat we nog lang niet alles weten en dat soms meer onderzoek nodig is.

Dat kan in de vorm van klinische trials. Maar ook via kleinschalige praktijktesten of observationeel onderzoek

!alst kennis te vergaren. Want soms kunnen 'gewoon doen' en observeren wat er gebeurt inzichten opleveren die in een gecontroleerde setting niet naar voren kunnen komen. natzelfde geldt voor 'gewoon kijken' wat er in de praktijk gebeurt. Het is bijvoorbeeld bekend dat het doorbreken van routines leidt tot lagere therapietrouw.⁶ De grootste routinedoorbrekers zijn levensgebeurtenissen zoals een scheiding, een ziekenhuisopname of het overlijden van een geliefde. Welke rol dit speelt in de therapietrouw kan niet beantwoord worden in een trial.

Kortom : samenwerking op alle fronten moet ertoe leiden dat de juiste onderwerpen op de agenda komen als het gaat om therapietrouwbevordering. En dat de goede vragen gesteld worden en de juiste methoden worden gebruikt.

Pas dan kan dit onderwerp breed aangepakt worden en komen we verder met de bevordering van therapietrouw. Of zoals op een poster van *Loesje* te lezen valt: 'waarom moeilijk doen als het samen kan?'

LITERATUUR

1. Sabaté E (ed). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Booz for Co, Unleashing the Potential of Therapy Adherence High- Leverage Changes in Patient Behavior for Improved Health and Productivity, 2012.
3. Vrijens B, Geest 5 de, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al.; ABC Project Team. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. Br J Clin Pharmacol. 2012 May;73(5):691-705.
4. Bakker JH. Therapietrouw : van ervaren belang naar gedeeld belang. Den Haag: Ministerie van VWS; 2016.
5. Evaluatie 5 jaar programma Goed Gebruik Geneesmiddelen. Rapportage van de Externe Evaluatiecommissie GGG. Den Haag: ZonMw; 2017.
6. Vervloet M, Spreeuwenberg P, Bouvy ML, Heerdink ER, Bakker OH de, Dijk L van. 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;69(8):1599-606.