

# Therapietrouw

van ervaren belang naar gedeeld belang



Verkenning in opdracht  
van het Ministerie van  
VWS

Uitgevoerd door  
J.H. Bakker MHA

januari 2016

# Inhoudsopgave

Deel A		
1. Voorwoord		3
2. Therapietrouw of –ontrouw?		4
3. Aanbevelingen		7
Deel B		
Samenvatting		8
4. De ambities van organisaties nader beschouwd.		11
5. Mogelijke verbeteringen en samenhang met overige ambities en doelstellingen		17
6. Samenwerking met derden		20
7. Succesfactoren voor verbetering van therapietrouw		22
Bijlage 1 Opdrachtbrief		25
Bijlage 2 Gespreksdeelnemers		27
Bijlage 3 Literatuur		29

# 1. VOORWOORD

Per brief van 23 maart 2015 (bijlage 1) heeft het ministerie van VWS mij verzocht het onderwerp therapietrouw beleidsmatig nader te verkennen.

Om hiervoor betekenisvolle vervolgstappen te kunnen zetten is het belangrijk vooraf zicht te hebben op het belang dat partijen aan dit onderwerp hechten, of partijen bereid zijn hierin te investeren en op welke wijze dit dient te gebeuren.

In de afgelopen jaren zijn twee stuurgroepen (Therapietrouwmonitor en Therapietrouw) met het onderwerp therapietrouw aan de slag geweest.

De stuurgroep Therapietrouwmonitor is in een latere fase omgevormd tot de stuurgroep Therapietrouw.

Deze stuurgroep gaf medio 2014 haar opdracht terug aan VWS met als belangrijkste reden dat er onvoldoende budget kon worden gerealiseerd voor het uitvoeren van projecten.

Om beleidsmatig zo goed mogelijk vervolg te geven aan therapietrouw heb ik als verkenner een groot aantal stakeholders geïnterviewd, met de volgende vraagstellingen:

- Te inventariseren welke activiteiten partijen zelf ondernemen om therapietrouw te bevorderen;
- Te inventariseren of er bij partijen behoefte bestaat om multidisciplinair te werken aan het verbeteren van therapietrouw;
- Op grond van bovenstaande inventarisatie een analyse te geven van de te verwachten bereidheid, mogelijkheden en gestelde randvoorwaarden en implementatie-succesfactoren om verbetering op het gebied van therapietrouw te kunnen realiseren en de termijn waarop deze kunnen worden bereikt, alsmede het ambitieniveau;
- Te beoordelen of het raadzaam is om binnen het Bestuurlijk Overleg Eerste lijn een afzonderlijke overlegstructuur specifiek voor therapietrouw op bestuurlijk niveau in te richten.

De verkenner heeft met vertegenwoordigers van 17 organisaties gesproken die direct of indirect bij dit thema betrokken zijn. (bijlage 2)

Van alle gesprekken zijn verslagen gemaakt die aan de gespreksdeelnemers zijn voorgelegd ter goedkeuring.

De gesprekspartners zijn afkomstig uit kringen van patiënten- en consumentenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overige betrokkenen. De bereidheid tot deelname aan de gesprekken bleek groot te zijn, evenals het verstrekken van aanvullende informatie. Daarnaast is kennis genomen van recente rapporten en documenten over therapietrouw. (bijlage 3)

Het conceptrapport is vervolgens besproken in een plenaire sessie met eerder genoemde vertegenwoordigers. Dit heeft op een aantal onderdelen geleid tot nadere aanscherping van de aanbevelingen en andere onderdelen van de tekst.

Het rapport bestaat uit een A en B deel. In deel A is een korte beschouwing over therapietrouw opgenomen en worden aanbevelingen gedaan voor verbetering van therapietrouw. In deel B is een samenvatting van de van de interviews met partijen opgenomen en een uitgebreide weergave van de gesprekken met partijen. Hoewel therapietrouw breder is dan medicamenteuze behandeling, is in deze verkenning de focus vooral hierop gericht.

De verkenner heeft alle gesprekken als openhartig en constructief ervaren, waardoor er veel informatie is vergaard.

Graag betuig ik mijn dank aan alle personen die aan deze verkenning hun medewerking hebben verleend.

## Deel A

### 2. THERAPIETROUW OF -ONTROUW?

Therapietrouw is de mate waarin de patiënt zijn behandeling uitvoert zoals afgesproken met zijn behandelaar. Therapietrouw verbetert de gezondheid van de patiënt en drukt de zorgkosten. Bevordering van terapietrouw vraagt om maatwerk.

Ongeveer 30% van de patiënten blijkt een medisch advies niet of niet op de juiste manier op te volgen. Dit gemiddelde loopt op tot 50% bij complexe medicatie of bij medicamenteuze behandeling van een chronische ziekte. Deze cijfers geven op zich reden tot zorg, want therapieontrouw staat op gespannen voet met doelmatig medisch handelen en de gevolgen kunnen ernstig zijn. Zo kan een voortdurend ontregelde diabetes op termijn zelfs dodelijk zijn. Bovendien kunnen de gevolgen van therapieontrouw niet alleen negatief uitpakken voor de gezondheid maar ook duur zijn; denk bijvoorbeeld aan een ziekenhuisopname van iemand die een COPD-exacerbatie krijgt omdat hij zijn medicatie niet inneemt. Therapieontrouw is vaak het gevolg van onwetendheid.

In Nederland gaat het om een omvangrijk probleem dat zich niet alleen beperkt tot niet doelmatig geneesmiddelengebruik maar ook het niet opvolgen van andere therapievormen zoals fysiotherapeutische oefeningen en dieetinstructies. Naar schatting is het aantal dodelijke slachtoffers ten gevolge van therapieontrouw bij bijvoorbeeld gebruikers van cardiovasculaire middelen drie keer zo hoog als het aantal verkeersslachtoffers. Uit onderzoek blijkt dat de farmaco-therapietrouw vaak laag is, zowel door het niet regelmatig innemen van de medicijnen als het niet het voortzetten van het gebruik. Met ongebruikte en niet goed gebruikte medicijnen is veel geld gemoeid. Een verhoging van terapietrouw zou volgens een rapportage van Booz & Co (2012) 2,4 miljard euro opleveren, waarvan 50% is toe te

schrijven aan betere terapietrouw bij depressies. Ook blijkt dat een beperkte terapietrouw leidt tot productiviteitsverlies bij werkenden (9 – 13 miljard). Therapieontrouw of niet optimaal ingenomen medicatie, leidt vaker tot complicaties, waardoor de kwaliteit van leven en/of de levensverwachting van de patiënt achteruit gaan en de zorgkosten stijgen. Dit uit zich onder andere in ziekenhuisopnames die mogelijk voorkomen hadden kunnen worden met een hogere mate van terapietrouw. Daarnaast zullen patiënten vaker en/of langer ziek zijn, wat niet alleen voor henzelf maar ook voor hun werkgevers nadelig is. Op dit gebied valt dus nog de nodige winst te behalen.

Door het verhogen van terapietrouw is er zowel een fors effect op betere kwaliteit als op doelmatigheid van de zorg te bereiken. Door het niet of verkeerd gebruiken van medicatie of het niet voldoende opvolgen van andere therapievormen zijn er onnodige ziekenhuisopnames en consulten bij huisartsen.

Toename van het aantal ouderen, toename van polyfarmacie en uitgebreidere mogelijkheden in de thuissituatie, leiden ertoe dat terapietrouw nog nadrukkelijker aandacht verdient.

Patiënten blijken vaak medicatie te vergeten, uit te stellen of bewust niet in te nemen. In het laatste geval gaat het vooral om patiënten in de GGZ, bij vergeetachtigheid en bij mensen die laaggeletterd zijn. In het laatste geval gaat het bijvoorbeeld om patiënten die de doseringsinstructie niet begrijpen.

## 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 WHO 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 vanwege bijvoorbeeld bijwerkingen) of tot niet-intentionele therapieontrouw (patiënten zijn niet in staat om medicijnen op de overeengekomen manier te gebruiken).

Lange tijd is de oorzaak van therapieontrouw vooral bij de patiënt gezocht: die zou de 'norm' van het medisch advies niet altijd opvolgen. Gevolg was dat de zorgverlener zich beledigd, miskend of gefrustreerd voelde en de patiënt daarover weer geplaagd werd door schuldgevoelens. Tegenwoordig is er een verschuiving in het denken, al is het maar omdat zorgverleners zelf ook niet altijd 'therapietrouw' tonen.

## Kansen

Multi-level factoren zorgen ervoor dat patiënten/ cliënten/burgers minder therapietrouw zijn dan gewenst. De medicamenteuze (en andere) therapieontrouw is overigens niet alleen afhankelijk van patiëntgebonden risicofactoren (bijv. jongere leeftijd, gepercipieerde barrières, lage zelfredzaamheid en ziekteperceptie), zoals lang aangenomen werd. Hoe zorgverleners feitelijk met patiënten omgaan in relatie tot therapietrouw is nog weinig onderzocht en datzelfde geldt voor de manier waarop de zorg georganiseerd respectievelijk bekostigd wordt. Meer kennis over therapietrouw lijkt niet het belangrijkste te zijn om de impasse in het vergroten van therapietrouw te doorbreken. Door therapietrouw-experts wordt meer en meer de nadruk gelegd op de robuuste effecten van gedragsmanagement. Het verkleinen van het verschil tussen kennis en gedrag, de aanpak van de asymmetrie in de relatie, is belangrijk. Door goed te communiceren met de patiënt en door hem bij de behandeling te betrekken ontstaat een vertrouwensbasis waarmee hogere therapietrouw wordt bereikt.

De actuele overgang in de maatschappij en dus ook in de zorg, van een ego-benadering naar een eco-aanpak is mogelijk de sleutel naar substantieel verbeterde therapietrouw. Niet uni-level maar multi-level, met interventies en gezamenlijke, gedeelde belangen van alle betrokkenen die consistent op micro/meso/macroniveau ruimte creëren voor de burger, in de regio en met landelijke, verbindende afspraken.

Voorbeelden van successen van een dergelijke eco-systeembenadering zijn in de zorg al voorhanden. De Long Alliantie Nederland (LAN) laat zien dat wanneer in wederkerigheid, via netwerkbenaderingen met alle betrokkenen in een actieve rol, er duurzame zorgwaarde concepten, zoals in de longzorg, ontwikkeld kunnen worden. De crux van het succes is dat partijen actief participeren en ook in een dergelijke structuur (non- of pre concurrentieel) willen en kunnen functioneren, elkaar ruimte geven voor individuele en maatschappelijke uitkomsten, die zowel

kwalitatief als qua bekostiging voor alle betrokkenen zinvol zijn. Zo ontstaat er focus op de doelstelling om gedrag en gezondheid in plaats van ziekte en zorg te bevorderen.

Het meest recente voorbeeld in een nieuwe aanpak, met een verbindende samenwerking tussen overheid en actief participerende direct belanghebbenden, is het Zomertraject Huisartsenzorg ('Het roer moet gaan om') waarvan de eerste resultaten begin oktober 2015 zijn opgeleverd. Er is in dat traject met burgers/patiënten, zorgverzekeraars, zorgverleners en overheid intensief samengewerkt om aan gezamenlijke oplossingen te komen die zowel landelijk, regionaal als lokaal toepasbaar zijn.

Voor het vlottrekken vastgelopen traject rondom therapietrouw lijkt het nodig om een zelfde soort benadering te volgen. Alle partijen willen wel, zo blijkt uit de vele gevoerde gesprekken in deze verkenning, maar kijken vooral naar elkaar en praten niet of onvoldoende met elkaar over wederkerige oplossingen. De kost gaat hier ook voor de baat uit – in letterlijke en in overdrachtelijk zin – en het maken van een shift van de ontwikkeling van kennis over therapietrouw ("die is er nu wel genoeg") naar een zinvolle en breed gedragen implementatie en realisatie van substantieel verbeterde therapietrouw, lijkt te liggen in een aanpak à la LAN en à la Zomertraject huisartsenzorg (dat overigens ook navolging krijgt met alle eerstelijns zorgverleners).

Succesvolle therapietrouw begint met de patiënt zelf verantwoordelijk te laten zijn voor zijn medicatie.

Voor de zorgprofessional ligt er een grote uitdaging bij de begeleiding van de patiënt om therapietrouw te bevorderen. De kunst is om deze rol goed in te passen in de dagelijkse praktijk en aandacht te hebben voor de individuele patiënt met zijn vragen, problemen en mogelijkheden. Dit vraagt om gedragsmatig anticiperen op de mogelijkheden van de individuele patiënt in relatie tot zijn therapie.

Door samen met de patiënt te besluiten hoe de

therapie eruit zou moeten zien wordt de patiënt gemotiveerd tot goed gebruik.

### 3. Aanbevelingen

1. Besluit als behandelaar samen met de patiënt hoe de therapie eruit gaat zien en monitor periodiek de uitvoering van de therapie.
2. Neem de patiënt als hoeder van zijn/haar medicatiedossier als uitgangspunt en volg deze in de overgang van thuis naar het ziekenhuis en andere sectoren. Hef zoveel als mogelijk de schotten op tussen de systemen die samenwerking binnen en tussen eerste en tweede lijn belemmeren. (patiëntenorganisaties en beroepsorganisaties)
3. Het bevorderen van therapietrouw is een verantwoordelijkheid van patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk. Deze verantwoordelijkheid dient vertaald te worden in een intersectorale aanpak gericht op grote patiëntengroepen met hoge ziektelast.
4. Benut bestaande kennis en sluit zoveel als mogelijk aan bij bestaande succesvolle lokale en/of regionale samenwerkingsverbanden en neem deze als uitgangspunt voor trajecten elders. (patiëntenorganisaties, beroepsorganisaties en verzekeraars)
5. Regel de professionele verantwoordelijkheidsverdeling op het niveau van inhoud en proces, leg deze vast op landelijk niveau en vertaal deze in multidisciplinaire richtlijnen voor de beroepsgroepen. (beroepsorganisaties, NHG en patiëntenorganisaties)
6. Onderzoek de mogelijkheid van integrale bekostiging van hogere therapietrouw op basis van gezondheidswinst en elimineer tegenwerkende prikkels uit het systeem. (apothekers)
7. Stel het preferentiebeleid geneesmiddelen bij op de onderdelen die therapietrouw negatief beïnvloeden, zoals wijzigingen van verpakkingen en vorm en kleur van tabletten. (zorgverzekeraars)
8. Zorg dat het onderwerp therapietrouw een vast onderdeel wordt van de opleidingscurricula van zorgprofessionals. (apothekers, huisartsen en verpleegkundigen)
9. Maak optimaal gebruik van de technologische mogelijkheden en e-Health toepassingen die therapietrouw kunnen bevorderen. De mogelijkheden hiervoor zijn reeds volop aanwezig en zullen zich de komende tijd nog verder uitbreiden. (allen)

#### Tenslotte

In de afgelopen jaren is aan het onderwerp therapietrouw beleidsmatig op verschillende wijze aandacht besteed. Het ministerie van VWS en veldpartijen hebben hier tot nu toe met wisselend succes aan bijgedragen. Het bevorderen van therapietrouw is een zaak van lange adem en vergt beleidsmatig een meerjarige agenda en continue monitoring van de uitkomsten met als doel om tot structurele verbetering van therapietrouw te komen. Voor een succesvol vervolg is een dergelijke aanpak voorzien van een stevig commitment van alle partijen onontbeerlijk. Vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid is therapietrouw een belangrijke factor, waarvoor in Nederland nog veel winst te behalen is voor zowel de patiënt als de samenleving.

## DEEL B Samenvatting

In algemene zin kan de doelstelling om patiënten meer therapietrouw te maken op steun van vrijwel alle partijen rekenen. Vrijwel iedereen vindt het een belangrijk thema, echter over de wijze waarop therapietrouw dient te worden bevorderd lopen de meningen uiteen. Derhalve is een gedeelde visie op therapietrouw en een gezamenlijke aanpak om therapieontrouw te verkleinen noodzakelijk.

In dit deel van het rapport worden hierover per organisatie zowel opvattingen, als reeds gepleegde of lopende interventies op het gebied van therapietrouw beschreven.

Vanuit patiëntperspectief wordt therapietrouw als een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van zorg gezien. Het gaat om meer dan alleen trouw aan medicatievoorschriften, namelijk het verlenen van goede zorg. Hieronder vallen bijvoorbeeld ook het opvolgen van fysiotherapeutische adviezen en dieetrichtlijnen als vormen van therapietrouw. De patiënt is voor zover deze de regie over zijn eigen ziekteproces kan voeren zelf verantwoordelijk voor zijn therapie. Om deze rol goed te kunnen vervullen wordt het belang van het empoweren van de patiënt benadrukt, evenals een op de individuele patiënt gerichte communicatie vanuit de professional. Patiënten- en cliëntenorganisaties stellen therapietrouw beleidsmatig aan de orde in hun gesprekken met zorgaanbieders en verzekeraars.

Apothekers zien therapietrouw als een van de speerpunten van hun beleid en besteden hier veel aandacht aan, waaronder een groot symposium in het najaar van 2015. Men is ervan overtuigd dat therapietrouw veel gezondheidswinst oplevert en kosten bespaart. De laatste jaren verschuift de rol van de apotheker van medicatieverstrekker nadrukkelijk in de richting van zorgverlener. Hierdoor ontstaan nieuwe verhoudingen in de eerste lijn ten opzichte

van de huisarts en andere zorgaanbieders, zoals de wijkverpleegkundige. Dit biedt kansen voor het bevorderen van therapietrouw. Wel is het noodzakelijk elkaars rollen goed te definiëren en verwachtingen op elkaar af te stemmen. De rol van de apotheker is naast verstrekking vooral ook uitleg geven over de medicatie. Dit vergt periodieke tijd en aandacht voor de patiënt met name in situaties waarbij sprake is van polyfarmacie gebruik. Ziekenhuisapothekers willen in de eerste plaats effectieve, veilige en doelmatige specialistische farmaceutische zorg bieden. Omdat het hier om veelal dure geneesmiddelen gaat is therapietrouw des te meer van belang. Ziekenhuisapothekers willen ook het doorgebruiken van de thuismedicatie in het ziekenhuis bevorderen en hiermee verspilling tegen gaan.

Omdat een patiënt veelal meerdere behandelaars heeft in zowel de eerste als tweede lijn, is de gehele zorgketen van belang voor succesvolle therapietrouw.

Huisartsen onderkennen eveneens het belang van therapietrouw en vervullen hierbij ten opzichte van de patiënt een begeleidende en controlerende rol. Huisartsen en apothekers willen in samenspraak met patiëntenorganisaties gezamenlijke afspraken maken over het bevorderen van therapietrouw bij chronisch zieke patiënten. Voor wat betreft succesvolle therapietrouw wordt het eerste gesprek met de patiënt over zijn therapie als basis gezien. Huisarts en patiënt bespreken gezamenlijk wat de beste optie voor de patiënt is en het belang van trouw blijven aan de voorgeschreven receptuur.

Op meer geaggregeerd niveau wordt therapietrouw belemmerd door onvolledige medicatieoverdracht tussen ziekenhuis en eerste lijn. In een groot aantal gevallen wijkt receptuur die bij ontslag vanuit het ziekenhuis wordt meegegeven af van de medicatie die in de ontslagbrief aan de huisarts vermeld staat.



Een aantal apothekers bezoekt inmiddels patiënten na ontslag uit het ziekenhuis thuis. Zij controleren de receptuur en het geneesmiddelengebruik en stemmen deze af met de informatie zoals deze bekend is bij de huisarts.

Omdat bestaande informatiesystemen (HIS en ZIS) veelal niet op elkaar aansluiten, ontbreekt een dynamisch overzicht van het medicatiedossier van de patiënt. Dit komt de continuïteit van de zorg en hiermee de patiëntveiligheid niet ten goede.

Multidisciplinaire samenwerking (MDS) wordt als een belangrijke voorwaarde voor succesvolle therapietrouw gezien. In dit opzicht valt er in de praktijk nog veel te verbeteren. Er bestaat een aantal good practices met MDS op het gebied van therapietrouw dat laat zien wat dit oplevert. In veel gesprekken wordt zowel het belang van MDS in de eerste als tweede lijn benadrukt, als ook de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. De hele zorgketen is verantwoordelijk voor de organisatie van goede therapietrouw, maar uiteindelijk is het de patiënt zelf die verantwoordelijk is voor zijn eigen therapietrouw.

De patiënt en de arts (of andere zorgverleners) dienen samen te beslissen welke behandeling gestart wordt. (shared decision making)

Het meeste effect wordt bereikt in het gesprek met de patiënt over zijn therapie. Dit behoort tot de basiszorg van de zorgverlener. Het belang van goede communicatie tussen arts en patiënt over het belang van therapietrouw wordt door veel partijen dan ook als de belangrijkste voorwaarde voor therapietrouw genoemd. Onderstreept wordt de noodzaak goed te controleren of patiënten begrepen hebben wat zij moeten doen in het kader van hun therapie. Dit geldt met name voor patiënten met een lage health literacy, waarvoor geldt dat verkregen informatie die van belang is voor therapietrouw niet altijd wordt begrepen.

In de eerste lijn wordt voor het bevorderen van therapietrouw de samenwerking in de vierhoek patiënt-huisarts-apotheker-wijkverpleegkundige als kansrijk

en noodzakelijk gezien. Overigens beperkt deze samenwerking zich niet alleen tot deze disciplines, maar strekt deze zich ook uit naar fysiotherapeuten en anderen.

Het feit dat patiënten ervaren dat de verschillende disciplines waarmee deze te maken heeft elkaar kennen en weten wat er speelt geeft een groter gevoel van veiligheid en leidt tot betere therapietrouw.

Door therapietrouw exclusief onder te brengen bij het Bestuurlijk Overleg Eerste Lijn, ontstaat het risico dat het zich tot de stakeholders op dit vlak beperkt. Het is beter – voor een integrale, patiëntvolgende aanpak – om het thema tevens te verbinden aan het BO Medisch specialistische zorg waardoor een integrale patiëntvolgende aanpak mogelijk wordt. De agenda van deze gezamenlijke, gedeelde aanpak van de beiden BO'en zou op dit niveau beperkt moeten worden tot het maken van kaderstellende afspraken en afspraken over de wenselijke facilitering van projecten die therapietrouw bevorderen. Voer evaluatieonderzoek uit naar de effecten van op therapietrouw gericht beleid en benut kansrijke omgevingen voor het bevorderen van therapietrouw.

Uit de gesprekken blijkt dat de bereidheid om therapietrouw te bevorderen als zodanig niet ter discussie staat. Zowel vanuit kwaliteits- als doelmatigheidsoogpunt verwacht men hier winst te behalen. Om een goed beeld te hebben van de omvang van het probleem, de te realiseren gezondheidswinst en de te verwachten kostenbesparing, is nader onderzoek gewenst.

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij met zorgaanbieders op geaggregeerd niveau randvoorwaarden afspreken over het bevorderen van therapietrouw.

Zorgverzekeraars verschillen onderling van mening over de hoogte van de te verwachten kostenbesparingen. Therapietrouw wordt door zorgverzekeraars in principe als urgent gezien, maar niet voor alle mid-

delen in dezelfde mate. Interventies ter verbetering van therapietrouw zouden zich vooral op de grote patiëntengroepen moeten richten waarbij sprake is van hoge ziektelast.

Mogelijk kunnen effectmetingen (op zowel micro, meso- als macro-niveau) behulpzaam zijn om voor alle betrokkenen, van patiënt tot zorgverlener tot zorgverzekeraar, de resultaten van gevoerd beleid ten aanzien van de verbetering van de therapietrouw zichtbaarder te maken dan tot nu toe. Dat kan een belangrijke motivator zijn om het rendement van therapie(trouw) verder te verhogen.

De zorgverzekeraar kan hierin op geaggregeerd niveau landelijk of regionaal een rol vervullen door projecten te voorzien van een goede businesscase, het onderwerp op de kaart te zetten en door goede therapietrouwbegeleiding te belonen.

## 4. De ambities van organisaties nader beschouwd.

### **NPCF**

Voor de NPCF is therapietrouw een belangrijk thema. De toenmalige stuurgroep Therapietrouw heeft men qua focus als te beperkt ervaren. Het gaat niet alleen om medicijngebruik, maar ook om bijvoorbeeld fysiotherapie en leefstijlaspecten. Nadrukkelijk wordt gewezen op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt ten aanzien van zijn/haar therapietrouw. Het goede gesprek hierover dient in de spreekkamer van de arts te gebeuren. Daarnaast wordt een belangrijke rol toebedacht aan de apotheker en de wijkverpleegkundige. Goede samenwerking op dit gebied dient volgens de NPCF ook beloond te worden.

### **Zorgbelang**

Therapietrouw is geen hoofdpunt van beleid. Meer specifiek richt de aandacht zich op allochtone groepen, chronisch zieken en laaggeletterden. Men richt zich op verbetering van de informatieoverdracht en de rol van de zorgverleners hierbij.

### **LHV**

De LHV ziet het belang van therapietrouw en heeft hier aandacht voor. Er wordt als regel doelmatig voorgeschreven en in diverse cursussen wordt ook aandacht besteed aan therapietrouw. Huisartsen zijn bezig meer tijd te maken voor hun patiënten.

Benadrukt wordt dat de LHV geen uitvoeringsorganisatie is en dat men uitsluitend kijkt wat randvoorwaardelijk nodig is om de praktijk goed te kunnen uitoefenen. Verwezen wordt naar de richtlijnen die het NHG op dit gebied heeft ontwikkeld. De LHV heeft als landelijke organisatie geen implementatieplannen of specifieke doelstellingen met betrekking tot therapietrouw.

Op de vraag wie binnen de vierhoek (huis)arts-(wijk)verpleegkundigen-apotheker-patiënten verantwoordelijk is, benadrukt de LHV dat de rol van de huisarts

buitengewoon belangrijk is. Hij vervult een begeleidende en controlerende rol met aandacht voor de patiënt.

De LHV is van mening dat onder leiding van de inspectie meer gedaan moet worden om preventief te handelen onder andere bij patiënten met polyfarmacie. Benadrukt wordt het belang van personaliseerde farmacotherapie. Op de individuele patiënt gerichte multidisciplinaire aanpak. Momenteel is er nog onvoldoende ruimte in dit proces, als men dit wilt verbeteren dan moeten de randvoorwaarden gezocht worden in het primaire proces. Zo zou onderzocht kunnen worden in hoeverre er binnen het S3 segment financiële ruimte hiervoor gevonden kan worden.

### **FMS**

De FMS is van mening dat de insteek van de vorige stuurgroep te zeer gericht was op de eerstelijnszorg en koos daarom voor een indirecte betrokkenheid bij dit onderwerp. Therapietrouw is geen specifiek speerpunt binnen de aandachtsdossiers van de FMS. Wel wordt het belang van therapietrouw wel degelijk onderschreven. Zo wordt het thema betrokken bij bijvoorbeeld informatieoverdracht en is het onderdeel van andere dossiers.

In de werkgroep Geneesmiddelen van de Raad voor de Kwaliteit van de FMS komen aspecten als dure geneesmiddelen, biological en bio similars aan de orde.

### **KNGF**

Fysiotherapie valt of staat grotendeels met zelfredzaamheid van de patiënt. De participatie en intentie van de patiënt bepaalt in belangrijke mate het uiteindelijke behandelresultaat. Er bestaan veel verschillende componenten voor advies. Binnen de fysiotherapie wordt conform de richtlijn verslaglegging gewerkt met een individueel behandelplan.

Daarnaast wordt gewerkt met aandoening specifieke richtlijnen. Behandeling wordt in overleg met patiënt samengesteld. Houdt deze zich niet aan de afspraken dan kan de behandeling worden stopgezet.

Het stimuleren van zelfmanagement en therapietrouw is onlosmakelijk verbonden met een fysiotherapeutische interventie. Het KNGF stimuleert onderzoek op dit vlak en brengt geaccrediteerde scholingen en cursussen op dit gebied actief onder de aandacht. Zij biedt een platform voor webactiviteiten en zet met het Masterplan Kwaliteit in Beweging sterk in op shared decision making. Na intake- en onderzoek wordt waar mogelijk gezamenlijk het behandelplan opgesteld en in alle gevallen formeel afgestemd met de patiënt (conform WGBO). Omdat het effect van een interventie in grote mate bepaald kan worden door het commitment van de patiënt (een surmenage gaat bijvoorbeeld niet over als de patiënt stelselmatig alle adviezen in de wind slaat en doorgaat met overbelasten en pijnklachten bij artrose worden niet minder als de patiënt niet in beweging komt) is therapietrouw vaak zelfs voorwaardelijk voor het aantonen van kosteneffectiviteit en het kunnen sturen op doelmatigheid van zorg.

### **Longalliantie Nederland (LAN)**

De LAN is een voorbeeld van een best practice op het gebied van therapietrouw. Er is een landelijk zorgpad ontwikkeld voor 'draaideur' patiënten die steeds opnieuw in het ziekenhuis terecht komen met een longaanval. Voor deze patiënten is het bevorderen van therapietrouw extra belangrijk. Momenteel wordt het zorgpad ingevoerd in acht regio's. Iedere regio bestaat tenminste uit een zorggroep en een ziekenhuis. In Lelystad loopt een project waarbij de wijkverpleegkundige vroegtijdig betrokken wordt bij de therapie. Al tijdens de opname in het ziekenhuis wordt de patiënt al voorbereid op de periode na ontslag.

Samen met zorgverzekeraar VGZ is een inhalatieprogramma opgezet, dat als een win-win situatie voor zowel patiënt als verzekeraar wordt beschouwd.

Inhalatiemedicatie is goed voor 12% van de medicatiekosten in Nederland. Jaarlijks gaat er circa 520 miljoen euro om in inhalatiemedicatie.

De LAN is voornemens om samen met Nefarma en de KNMP een pilot te starten gericht op het bevorderen van therapietrouw bij inhalatiemedicatie voor volwassenen met astma. De pilot bestaat uit:

- Het in kaart brengen van soorten patiënten
- Inventariseren van bestaande therapietrouw bevorderende instrumenten.
- Analyseren welke typen patiënten wel en niet worden bediend met dit aanbod.
- Reeds beschikbare instrumenten waar nodig testen in regio's.
- Opstellen van een gezamenlijke ontwikkelagenda voor patiënten groepen die nog niet voldoende worden bediend.
- Beschikbaar stellen van therapietrouw bevorderende instrumenten via [www.inhalatorgebruik.nl](http://www.inhalatorgebruik.nl)

### **KNMP**

De KNMP spreekt zich nadrukkelijk uit over het belang van goede therapietrouw. Het levert veel gezondheidswinst op en bevordert zelfsturing voor de patiënt. Bovendien leidt het ook tot kostenbesparingen, vanwege vermindering van ziekenhuisopnames en betere arbeidsproductiviteit.

De KNMP ziet de zorg verlenende rol van de apotheker de laatste jaren fors toenemen. Deze verandert van 'doosjesschuiver' naar onder meer coach en begeleider van de patiënt. Dit alles in het belang van veilig en effectief geneesmiddelgebruik. De KNMP ziet de apotheker als spil in het zorgnetwerk ter bevordering van optimale farmaceutische patiëntenzorg. Het gaat om het bieden van passende continue begeleiding voor de patiënt, dat is meer dan alleen het verstrekken van een medicament. Momenteel wordt er gewerkt aan de Richtlijn Farmaceutisch Consult. Van belang is dat apothekers zich realiseren wat voor type patiënt men voor zich heeft, wat zijn sociale context is, etc. Het gaat hier om 'zorg op maat' (farmaceutisch zorgplan). De

KNMP heeft een handleiding ontwikkeld onder de naam 'Therapietrouw: u maakt het verschil'. Hierin worden inspirerende voorbeelden uit de praktijk beschreven en adviezen gegeven hoe met terapietrouw in de praktijk om te gaan. Ook heeft men op de website van de organisatie een filmpje onder de titel Farmacie 2020 geplaatst, waarin verschillende aspecten van terapietrouw aan de orde komen.

## NHG

Het NHG is in het verleden eveneens betrokken geweest bij de stuurgroep Therapietrouw. Ook zij vinden dat de insteek destijds te beperkt was. Zij delen de mening dat terapietrouw als thema in een veel breder perspectief gezet moet worden. Het start met goede voorlichting in het eerste consult tussen patiënt en huisarts. Als eerste geldt de vraag of er wel of geen medicatie moet worden voorgeschreven. Indien dit wel noodzakelijk is dan dient de patiënt hiervan ook overtuigd te zijn. Dat geldt met name voor de afgifte van het eerste recept, daarna bij voorkeur ook jaarlijks het gesprek met de patiënt aangaan over zijn terapietrouw bij het herhalen van medicatie.

Het NHG vindt terapietrouw een woord met een negatieve connotatie en spreekt in dit verband liever van concordantie. De op overeenstemming gebaseerde afspraak tussen patiënt en arts, waarin beiden het gemeenschappelijk belang van goed gebruik van geneesmiddelen onderkennen.

Het NHG heeft de ambitie richtlijnen op te stellen waarin zo veel als mogelijk gedeelde besluitvorming (shared decision) opgenomen wordt, de arts bespreekt en besluit samen met de patiënt wat het beste is en welke opties er zijn.

Het NHG wil samen met de KNMP gezamenlijke afspraken maken over chronische medicatie en terapietrouw, maar heeft hiervoor tot nu toe geen financiering voor kunnen vinden. Er is een GGG-aanvraag en een STIP aanvraag bij ZonMw ingediend. De bedoeling is dat hierbij ook patiëntenorganisaties worden betrokken.

## NVZA en NVPF

De NVPF en de NVZA dragen zorg voor effectieve, veilige en doelmatige specialistisch farmaceutische zorg. Dit is farmaceutische zorg die vanuit de medisch specialist wordt begeleid, samen met onder andere de (poli-)klinische apothekers. Omdat het hier vaak om dure, specialistische geneesmiddelen gaat bij doorgaans ernstige aandoeningen is terapietrouw extra belangrijk.

NVPF en NVZA hebben dan ook beiden verbetering van terapietrouw en patiënt empowerment als belangrijk beleidsuitgangspunt in hun beleidsdocumenten staan. De patiënt dient centraal te staan en door empowerment versterkt te worden in zijn eigen verantwoordelijkheid voor terapietrouw. Men is de mening toegedaan dat een geneesmiddel alleen werkt wanneer het ook daadwerkelijk geslikt wordt. Therapietrouw is een speerpunt bij de achterban, de apotheker heeft hier groot belang bij. De apotheker is medebehandelaar en heeft in het ziekenhuis een consultfunctie voor zowel patiënt als zorgverlener,

Naast het verbeteren van patiënt empowerment t.a.v. terapietrouw, ziet de NVZA/NVPF ook het doorgebruik van de eigen "thuis"-geneesmiddelen als een belangrijk element van patiënt empowerment. Enerzijds om de betrokkenheid van de patiënt bij de behandeling te verbeteren, anderzijds om verspilling tegen te gaan.

Vanuit de optiek van ziekenhuisapothekers is goede afstemming tussen de zorgpartners in de eerste en tweede lijn op het gebied van terapietrouw noodzakelijk. Landelijk is dit nog te weinig tot ontwikkeling gekomen. Zo wordt een overzicht van beschikbare interventies gemist. Dit wordt thans door de SIG adherence van de ESCP opgepakt. Goede tools en concrete handvatten die terapietrouw bevorderen zouden centraal verzameld moeten worden. Vervolgens kan dan de implementatie gericht ter hand worden genomen.

Ziekenhuiszorg is ook specialistische farmaceutische

zorg is voor de patiënt en beperkt zich niet uitsluitend tot medisch specialistische zorg. Dit zou explicieter aandacht moeten krijgen.

Extra aandacht vraag therapietrouw in de psychiatrie. Daarnaast is therapietrouw in tal van andere specialistische deelgebieden essentieel; zoals de oncologie, nefrologie, transplantatiegeneeskunde, virologie (HIV HepC), reumatologie, pulmonologie, cardiologie, geriatrie en MLD gerelateerde ziekten.

### **V&VN**

Voor V&VN is therapietrouw niet een doelstelling op zich. Het thema loopt automatisch mee in veel projecten. Het belang van therapietrouw is duidelijk. Verpleegkundigen vervullen hierbij van oudsher een belangrijke rol vanwege hun directe en frequente relatie met de patiënt.

Er is een gerichte aanpak nodig voor de verschillende soorten van therapietrouw, zoals bijvoorbeeld het samenspel met mantelzorgers en vrijwilligers.

### **Zorgverzekeraars Nederland**

Therapietrouw is geen afzonderlijk thema. Als thema komt het wel aan de orde in de werkgroep Farmacie van ZN. Men ziet in dit opzicht een belangrijke taak weggelegd voor de professional.

Het is ZN niet duidelijk wat de omvang van de problematiek nu precies is en over welke populaties het met name gaat. Men vindt dat dit eerst goed in kaart gebracht dient te worden. Er is behoefte aan meer data die onderbouwen wat de omvang en gevolgen van therapieontrouw zijn.

Daarnaast heeft Zorgverzekeraars NL behoefte aan meer data over bijvoorbeeld het aantal heropnames door therapieontrouw.

Voor ZN is het voorts van belang dat; de kennis wordt vergroot over het gebruik van medicatie, wat nieuwe technologie precies kan bijdragen en dat therapietrouw wordt opgenomen in richtlijnen en standaarden.

### **Zilveren Kruis**

Therapietrouw wordt vanuit verzekeraar Zilveren Kruis als uitermate belangrijk gezien. Men wil graag bijdragen aan het bevorderen van therapietrouw. Dit doet de verzekeraar onder andere door het afsluiten van langer lopende contracten met fabrikanten en apothekers. Zilveren Kruis hoopt hiermee o.a. te bewerkstelligen dat verzekerden gedurende een langere periode hun geneesmiddelen steeds in dezelfde verpakking krijgen, waardoor therapietrouw wordt bevorderd.

Zilveren Kruis benadrukt dat de rol van de apotheker als zorgverlener die medicatie afgeeft. Verwezen wordt naar de Achmea Medicatie Check die opgezet is door (toen nog) Achmea i.s.m. de KNMP, waarbij apothekers een bijdrage in de kosten ontvangen voor een medicatiereview (check) bij verzekerden met polyfarmacie. Voor het bevorderen van therapietrouw zijn medicatiereviews een goede tool waarbij degene die dit goed kunnen, anderen hierin moeten onderwijzen.

### **CZ**

CZ vindt therapietrouw belangrijk en wil hier zowel regionaal als lokaal concreet handen en voeten aan geven. CZ streeft naar het juiste medicatiegebruik op het juiste moment. Kwalitatief verantwoord en doelmatig voorschrijven is hierbij leidend. CZ wil waar mogelijk verspilling van medicijnen voorkomen en maakt hier specifieke afspraken over met zorgverleners.

Momenteel lopen er twee projecten met apothekers bij astma/COPD patiënten. Er is een interventie opgesteld met vragenlijsten om te zien of therapietrouw plaats vindt en of er ook uitkomstindicatoren zijn die verder verbeterd kunnen worden. Het project loopt nu officieel anderhalf jaar. Het is een businesscase in progress.

CZ vindt het eerste uitgifte gesprek zeer belangrijk en is van mening dat goede voorlichting en/of instructie essentieel is voor succesvolle therapietrouw. Men

constateert dat er in dit opzicht nog veel verbeterd kan worden. Het eerste gesprek bij de huisarts wordt als belangrijke voorwaarde gezien. Dit dient niet achteraan in de keten bij de apotheker plaats te vinden. Deze heeft hier een eigen rol in te vervullen.

CZ meent dat geld geen obstakel kan zijn om de begeleiding van een nieuw geneesmiddel goed te starten. Het begeleidingsgesprek van een nieuw geneesmiddel bij de apotheker wordt al gefinancierd. Hierover zijn overigens nogal wat klachten ontvangen. Patiënten hebben geen gesprek gehad, of ze hebben dit niet als zodanig ervaren. In samenwerking met NPCF is een aantal stappen beschreven dat minimaal besproken dient te worden.

De gesprekken kunnen gevoerd worden door zowel apotheker als assistent. Door de meeste patiënten wordt de apotheker echter (nog) niet als zorgverlener gezien. Apothekers moeten nog toegroeien naar de rol van zorgverlener. Een gedeelte van de apothekers wil deze rol oppakken, een gedeelte lijkt dit niet te willen.

CZ heeft onderzocht dat therapietrouw het beste werkt als patiënten binnen 15 dagen terug moeten komen voor een herhaalgesprek waarin therapietrouw wordt besproken.

### **Menzis**

Therapietrouw wordt door Menzis eveneens als belangrijk gezien. Bij therapietrouw gaat het volgens Menzis om de mate waarin de patiënt zijn behandeling uitvoert in overeenstemming met de afspraken die hij heeft gemaakt met zijn behandelaar. Het gaat er om dat voorgeschreven middelen goed gebruikt worden.

Er spelen veel factoren een rol bij de mate van therapietrouw. (zie WHO rapport 2003) Therapietrouw is gedrag en gedrag is moeilijk te veranderen. Er zijn verschillende manieren waarop zorgverleners patiënten kunnen ondersteunen/stimuleren. Het gaat o.a. om goede instructie, self-efficacy en hulp bij het volhouden. Goede communicatie tussen de zorgverlener (verstrekker) en patiënt over de therapie en de

gezamenlijke besluitvorming is eveneens van groot belang voor succesvolle therapietrouw.

Menzis geeft aan dat de economische opbrengst van therapietrouw voor een zorgverzekeraar moeilijk is in te boeken. Wanneer in een businesscase kosten worden verlaagd door betere/voldoende therapietrouw, (bijvoorbeeld minder maatschappelijke kosten door minder ziekenhuisopnamen) dan kan dit kostenvoordeel niet zomaar te gelde gemaakt worden (bv door het budget van het ziekenhuis te verlagen met de besparing uit die businesscase). De feitelijke besparingsfactor lijkt dan gering.

In algemene zin blijft Menzis het belang van therapietrouw benadrukken. Begeleiding van patiënten bij het goed gebruik van hun medicatie behoort tot de basiszorg.

### **ZonMw**

Men betreurt het feit dat de stuurgroep Therapietrouw vanwege financiële belangen is vastgelopen. Inhoudelijk was er consensus over de aanpak. Het is volgens ZonMw evident dat het hier een belangrijk thema betreft waar winst te behalen is. Er wordt nog te weinig gedacht vanuit de patiënt en teveel vanuit financieel oogpunt, waardoor projecten onvoldoende uit de verf komen.

Als best practices worden het project Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG) genoemd, COPD (longaantistie) en een aantal kleinere projecten.

Sinds enige jaren heeft ZonMw een preventieprogramma onder de naam Compliance. Dit gaat over gedragsvariabelen bij behandeling die ook heel goed bruikbaar zijn voor het bevorderen van therapietrouw.

ZonMw denkt dat met empowerment de patiënt positieve prikkels moet krijgen in de vorm van incentives health of bonuspunten. Voor de zorgverzekeraar is dit op deze wijze nog niet toegepast, terwijl er onmiskenbaar kosten en kwaliteitsvoordelen te behalen zijn. Zonder goede businesscase worden deze effecten onvoldoende zichtbaar voor verzekeraars, verwijzers en niet in de laatste plaats de patiënt.

ZonMw ziet voordelen in een regionale aanpak waaraan naast huisartsen, wijkverpleegkundigen en apothekers, ook verzekeraars deelnemen. ZonMw zou hierbij de effect-evaluaties kunnen doen en kunnen ondersteunen bij de implementatie.

## **NIVEL**

Het NIVEL meent dat Nederland met therapietrouw veel verder is dan andere landen, maar hoe dit past in de dagelijkse zorg en op welke manier implementatie kan plaatsvinden op regionaal en lokaal niveau moet nog onderzocht worden. Naast de farmaceutische kant is onder meer ook levensstijl een onderdeel van therapietrouw.

NIVEL sluit aan bij de idee dat de eerste gesprekken in de eerste lijn belangrijk zijn en meent dat het blijven herhalen bij ieder uitgiftegesprek en het stellen van de juiste vragen van cruciaal belang zijn. Gevoel en alertheid op de signalen die de patiënt uitzendt over de voorgestelde therapie zijn belangrijk om waar te nemen. Training en samenwerking tussen zorgverlener en afstemmer verhogen de effectiviteit van de therapie.

Omdat huisartsen zich verantwoordelijk voelen voor de patiënt als geheel en apothekers meer zorgverlener willen zijn is een goede domeinafbakening noodzakelijk. De ervaring van NIVEL is echter dat de gene die goed willen samenwerken zich vooral bezig houden met kwaliteit en niet met financiën.

Men onderstreept het belang om vanuit de inhoud te werken en niet vanuit het financiële belang.

NIVEL is voorstander van monitoring op regionaal niveau en op maat. Ongeacht de hoogte van de kosten is de juiste ondersteuning voor de patiënt het belangrijkste. Benadrukt wordt dat de slogan 'goedkoop als het kan, duur als het moet' ook gebruikt kan worden binnen therapietrouw. De wijkverpleegkundigen spelen hierin een belangrijke rol, omdat zij regelmatig achter de voordeur komen en hierdoor beter kunnen interveniëren. De rol van de apotheker wordt meer als medicatiecontroller gezien, waarbij goede com-

municatie met de patiënt aan de balie een belangrijk punt is. Zo blijkt dat gesprekken gevoerd door de apotheker meer impact hebben dan wanneer een assistent dit doet. In dit verband wordt verwezen naar het proefschrift over communicatie van huisartsen en praktijkondersteuners van Janneke Noordman.

NIVEL pleit er voor:

- eerst evaluatie of onderzoek te doen voordat een idee geïmplementeerd wordt;
- therapietrouw landelijk op de agenda zetten en regionaal en lokaal uit te voeren;
- dat de wijkverpleegkundige een belangrijke rol hierin vervult;
- de eerste lijn niet uit het oog te verliezen;
- het onderwerp niet te groot te maken.



## 5. Mogelijke verbeteringen en samenhang met overige ambities en doelstellingen

### **NPCF**

Wat NPCF betreft zijn er geen pasklare interventies. NPCF vindt het belangrijk dat voor bevordering van therapietrouw de oplossing zo dicht mogelijk bij de patiënt tot stand komt. Essentieel hierbij is het eerste contactmoment huisarts-patiënt over de te volgen therapie.

De NPCF vindt het vooral belangrijk goed te kijken naar wat past bij de patiënt door hierin maatwerk te leveren. Neem meer tijd voor de patiënt voor de informatie over de therapie en met kleine stappen zorgen dat patiënt trouw wordt aan zijn therapie. Dan is naar verwachting het beste effect te bereiken. Voor het gesprek met de voorschrijver en de patiënt zal dus meer tijd ingeruimd moeten worden. Nu is het vaak nog sluitstuk van een gesprek en beperkt het zich tot het uitreiken van het recept. Elk moment moet in dienst staan van de patiënt. Ook bij uitgifte van herhalingsrecepten dient er vaker contact te zijn met de patiënt over het effect van de therapie. Naast fysieke contacten kan digitale feedback hier ook behulpzaam bij zijn.

De NPCF probeert empowerment van patiënten te bevorderen door hen hierin te begeleiden en tools aan te reiken. NPCF werkt met patiëntenkaarten. Men verwacht ook betere resultaten door het toepassen van technologische ontwikkelingen op dit gebied, zoals cassettes met ingebouwde chips. Bekijk op welke manier je mensen het gemakkelijker kunt maken. Overigens is men ook van mening dat een gemotiveerd mens deze hulp zelf wel vindt.

### **Zorgbelang**

Zorgbelang vindt dat er meer bewustwording nodig is vanuit de vierhoek patiënt, arts, apotheker en verpleegkundige. Er valt nog veel winst te boeken als men zich echt kan verdiepen in de patiënt hoe deze

de medicijnen zo goed mogelijk kan innemen. Duidelijkheid creëren wie hier voor verantwoordelijk is en wie dit checkt. Zorgbelang is van mening dat hiervoor geen aparte tarieven zouden moeten komen. Men is van mening dat de bewaking van therapietrouw tot de basistaken van huisartsen en apothekers behoort. Het empowerment aspect, eigen regie zelfmanagement leeft ook bij Zorgbelang. Opgemerkt wordt dat kwetsbare groepen, zoals de GGZ, hierin lastig te managen zijn. Dit vraagt om een specifieke aanpak.

### **KNMP**

De KNMP is van mening dat het dossierhouderschap over de medicatie het beste door de apotheker zelf kan worden uitgevoerd. De apotheker in de rol van een door de patiënt aangewezen huisapotheker die de medicatiebegeleiding uitvoert. Een apotheker die in complexere situaties een patiënt onder zijn hoede heeft, deze continue begeleiding biedt en waar nodig zorgt dat het dossier op orde is. Benadrukt wordt het belang van de sociale context en de mate van zelfredzaamheid van de patiënt.

De regierol is belangrijk in het farmaceutische patiëntenzorgpad, waarbij veel andere beroepsgroepen betrokken zijn en waarbij de verantwoordelijkheid voor de medicatie belegd is bij de apotheker.

De KNMP vindt een proeftuin in de vorm van regionaal/lokaal initiatief positief, weliswaar met een goede businesscase waarbij ook verzekeraars betrokken dienen te worden. Van belang hierbij is dat landelijke partijen/ ketens daar hun leden/afnemers goed bij weten te faciliteren.

Verwezen wordt naar het twee jaar geleden verschenen KPMG rapport over de berekening, besparingen en bekostiging van therapietrouw in eerste en tweede lijn.

## **FMS**

De FMS is van mening dat therapietrouw bekeken moet worden vanuit kwaliteit en veiligheid. Men gaat er vanuit dat het moeten slikken van een medicament al voldoende last geeft voor een patiënt en dat die last niet vergroot moet worden. Zo is het telkens wisselen van doosjes voor patiënten verwarrend, waardoor therapietrouw meer risico loopt.

De kennelijk noodzakelijke wisseling van medicatie bij opname in het ziekenhuis teneinde deze binnen het beschikbare geneesmiddelenarsenaal van het ziekenhuis te laten passen helpt evenmin goede therapietrouw te bevorderen.

Daarnaast benadrukt de FMS dat ICT in dit kader uiterst belangrijk is en er krachtige besluiten genomen moeten worden over het koppelen van informatiesystemen zoals HIS en ZIS.

De FMS is voorts van mening dat therapietrouw bevordert wordt door empowerment van de patiënt en door ontschotting van de zorg. Patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis zouden de thuismedicatie moeten kunnen doorslikken. Niet omzetten naar ziekenhuismedicatie en na ontslag weer omzetten door de huisarts. E-health ziet men eveneens als een belangrijk middel om therapietrouw te bevorderen. De rol van de apotheker dient op deze nieuwe ontwikkelingen aan te sluiten.

## **NHG**

Uit de gesprekken met patiënten- en cliëntenorganisaties heeft het NHG kunnen opmaken dat tijdgebrek geen aspect is voor wat betreft therapietrouw. Het is in voorkomende gevallen altijd mogelijk een 10 minuten gesprek uit te breiden door een dubbelconsult te rekenen. Problemen met therapietrouw ontstaan vooral door de verschillende overdrachtmomenten. In 80% van de gevallen wijken recepten meegegeven bij ontslag vanuit het ziekenhuis af van de medicatie die in de ontslagbrief aan de huisarts staat. Een aantal apothekers bezoekt inmiddels patiënten na ontslag uit het ziekenhuis thuis. Zij controleren de receptuur en het geneesmiddelengebruik en stem-

men deze af met de informatie zoals deze bekend is bij de huisarts.

## **KNGF**

Het KNGF ziet het optimaliseren van het proces van shared decisionmaking als een belangrijke voorwaarde. Samen met de patiënt en betrokken zorgdisciplines afspraken maken over de juiste zorg, voor de juiste patiënt op het juiste moment. Dit hangt samen met hun ambities t.a.v. stepped care, voorwaardelijke zorg en het positioneren van fysiotherapie als basisvoorziening binnen de Zorgverzekeringswet. Met ziet ontschotting van de zorg als randvoorwaardelijk voor integrale eerstelijns- en wijkgerichte zorg en voor substitutie van zorg.

Initiatieven samenvoegen met focus op: patiënt centraal, goed geïnformeerde patiënt, SDM, eigen regie/verantwoordelijkheid.

Starten in de eerste lijn met alle betrokken partijen.

De uitdaging hierbij is gezamenlijke verantwoordelijkheid te nemen voor optimale inzet van middelen, de bereidheid om domein overstijgend te kijken en aanwezige competenties ten goede te laten komen aan de (kwaliteit) van zorg en de eindgebruiker.

## **NVZA en NVPF**

De poliklinisch apothekers en ziekenhuisapothekers zijn als medebehandelaars betrokken bij specialistische farmaceutische zorg en willen deze zorg zo effectief, veilig en kosteneffectief mogelijk maken, Hierbij ondergaan veel ziekenhuisapothekers de transitie van productgerichte vakspecialisten naar een medebehandelaar die zijn wetenschappelijk productkennis combineert met zijn kennis van de patiënt. Vanuit dit proces zijn poliklinische en ziekenhuisapothekers samen met de patiënt en de specialist aan het kijken hoe de zorg voor deze patiënt verbeterd kan worden. Hierbij is samenwerking met andere zorgpartners zoals eerstelijns apothekers essentieel. Ook een goede eerstelijns-overdracht en vice versa vanuit ziekenhuis met behulp van e-health draagt bij aan bevordering van therapietrouw.

Verder goede afstemming realiseren in de ‘vierhoek’; (huis-)arts, verpleging, patiënt en apotheker, waarbij het empoweren van de patiënt centraal staat.

Verder zijn gesprekken met de patiënt om onbedoelde barrières (vergeetachtigheid, problemen met innemen) en intentionele barrières (gedragscomponenten) van belang om vroegtijdig te bespreken.

Er worden goede ervaringen opgedaan met geneesmiddelen-cassettes met elektronische chips waarmee de behandelaar wordt geïnformeerd over het juiste gebruik van de medicijnen. Deze zogenaamde electronic monitoring feedback heeft een bewezen positief effect op therapietrouw. Ook zijn er inhalatoren op de markt die de therapietrouw van adolescenten met astma meet.

Geconcludeerd wordt dat het vooral gaat om aandacht voor de patiënt en zijn medicatie. Dit geldt zeker voor intentionele therapietrouw. Dit is de belangrijkste component voor succesvolle therapietrouw. Veelal wordt hier volgens de NVZA en NVPF door de beperkte tijd van het spreekuur te weinig aandacht aan besteed.

De eerder genoemde ‘vierhoek’ is belangrijk voor het verbeteren van therapietrouw en daarnaast iedereen die ook een rol heeft in de zorg voor de patiënt. Belangrijk is te kijken vanuit het systeem van de patiënt. Met instrumentele interventies alleen zal therapietrouw maar deels slagen. Zowel de patiënt als zijn naaste omgeving dienen goed op de hoogte te zijn van de voorgeschreven therapie. Een combinatie van beiden is het beste. NVZA en NVPF zijn overigens van mening dat de wijze waarop het huidige preferentiebeleid wordt uitgevoerd niet bijdraagt aan het bevorderen van therapietrouw.

## V&VN

V&VN ziet vooral mogelijkheden voor het opzetten van pilots op regionaal niveau een goed idee. Men ziet minder in zwaar opgetuigde landelijke projecten. Neem de lokale situatie als uitgangspunt en beperk het niet alleen tot medicatiegebruik en maak een

koppeling met andere preventieprogramma’s.

Landelijk hierover afspraken maken, door elkaars rollen te benoemen, competentieprofielen op te stellen, handreikingen te maken, etc. Eventueel financieel te regelen met een resultaatverplichting, toepassen e-health.

Verder betere bewustwording bij professionals dat zij een rol en verantwoordelijkheid hierin hebben en tijd hieraan besteden. Maak het wel hanteerbaar voor de praktijk. Zo is er verschil in therapietrouw tussen psychiatrische, somatische, dementerende patiënten, etc.

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 meer moeten 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.

Secundair hebben verzekeraars en de farmacie ook baat bij therapietrouw, omdat dit de werking van medicatie verbetert en gericht wordt voorgeschreven. Besparing op medicijnkosten door betere therapietrouw lijkt V&VN niet in alle gevallen aan de orde. Momenteel loopt er een traject van hergebruik van niet gebruikte medicijnen. Hier zijn overigens wel grote bedragen mee gemoeid.

## 6. Samenwerking met derden

### Zorgbelang

Men wijst op het belang van de vierhoek 'arts, patiënt, apotheker en wijkverpleegkundige'. Er dient vastgesteld te worden dat het juiste medicijn geleverd wordt, dat het werkt en dat dit ook goed gebruikt wordt. Wijkverpleegkundigen en medewerkers in wijkteams bezoeken patiënten en kunnen vaststellen hoe het met hen gaat. Het is dan wel belangrijk dat de verschillende zorgsystemen elkaars wereld beter begrijpen en samenwerken.

In het geval van de thuiswonende ouderen kunnen degene die vaak over de vloer komen, thuiszorg en/of familie hierin het beste de rol innemen. Op het gebied van e-health is al het nodige ontwikkeld, maar dient als aanvullend te worden gezien. Goede onderlinge communicatie over therapietrouw is voorwaarde. De apotheker zou hierin voor wat betreft de juiste toepassing van geneesmiddelen een belangrijker rol kunnen spelen. Daarvoor is dan wel een betere synergie nodig tussen huisarts en apotheker in wijken en buurten.

Meer begrip krijgen bij de verstrekkers; voor wie schrijf ik wat voor en wat is er eigenlijk nodig. Er ontstaan risico's door het verstrekken van medicatie in een andere verpakking en door het gedrag van zorgverzekeraars die bepalen waar welke medicatie afgehaald dient te worden. Zorgbelang meent dat het preferentiebeleid doorgeschoten is en dat aanpassing van dit beleid noodzakelijk is.

### NPCF

De NPCF mist op een paar goede voorbeelden na de onderlinge afstemming. Men wijst op het belang van betere multidisciplinaire samenwerking die zich niet zou moeten beperken tot het medisch circuit.

### NHG

De samenwerking tussen huisarts en apotheker vindt men buitengewoon belangrijk, evenals de wijkver-

pleegkundige en andere disciplines.

Het NHG vindt het positief dat de apotheker zich meer als zorgverlener ontwikkelt, maar is van mening dat de huisarts eindverantwoordelijk blijft als voorschrijver. Huisartsen zijn klinisch opgeleid, kunnen een betere klinische afweging maken, kennen de patiënt (in zijn sociale context) in de regel beter. Zij weten wat hem mankeert, wat hij in het verleden gemankeerd heeft, hoe hij in het verleden op medicatie gereageerd heeft. Huisartsen hebben ook de contacten met de tweede lijn en daardoor een vollediger overzicht dan de apotheker.

### FMS

De FMS is van mening dat het thema breed moet worden benaderd door alle relevante partijen erbij te betrekken en therapietrouw niet alleen tot de eerste lijn te beperken. Zet vooral in op regionale en lokale samenwerking op dit gebied. De communicatie tussen eerste en tweede lijn kan voor wat betreft therapietrouw veel beter.

Therapietrouw wordt niet bevorderd als de scheidslijn tussen de beroepsgroepen medisch specialist en huisarts op de huidige wijze blijft voortbestaan. Zorg voor eenduidige medicatie en niet voor steeds wisselende doosjes of tweespalt tussen voorschrijvers over wie het recept moet schrijven (dit laatste als gevolg van het preferentiebeleid).

Ziekenhuismedicatie is vaak anders dan vanuit de huisarts voorgeschreven wordt en daarnaast kan dezelfde medicatie met andere benamingen geleverd worden vanuit verschillende leveranciers, dit scheidt verwarring. Verbetering hierin kan worden bevorderd door een beter voorlichtingsgesprek door de apotheker of een medewerker in de apotheek. FMS benadrukt dat patiëntveiligheid in alle gevallen voorop dient te staan.

## **KNMP**

Men vindt dat er veel meer samenwerking nodig is met artsen, vanuit diagnose en indicatiestelling, en (wijk-) verpleegkundigen, waarbij de apotheker als farmaceutische (mede)behandelaar en als coach voor de chronische patiënt een begeleidende rol inneemt. Deze rol is overigens nu geen deel van het tarief en zal nog wel nader invulling behoeven. KNMP voert als beleid dat de apotheker onderdeel uitmaakt van de driehoek HA/WV/APO en draagt dit naar haar leden ook sterk uit. Er is al een kanteling in deze richting gaande. KNMP, LHV en V&VN zullen dit nader uitwerken.

## **KNGF**

Het KNGF ziet samenwerking als absoluut noodzakelijk, startend met goede communicatie en informatie-uitwisseling over therapietrouw. Als de verschillende partijen goed op de hoogte zijn van elkaars aanbevolen therapie, kan men de sterke kanten van de discipline inzetten en elkaar zo ondersteunen, wat een mogelijk groter effect heeft op bijvoorbeeld het vermijden van operaties, het verkorten van de ligduur en het verlagen van de mortaliteit. Het geheel wordt dan meer dan de som der delen. Het feit dat een patiënt merkt dat de verschillende disciplines elkaar kennen en weten wat er speelt, geeft een groter gevoel van veiligheid en vergroot therapietrouw en leidt daarmee tot doelmatiger zorg. De informatie uitwisseling moet op een centraal punt samenkomen. Niet alles uit ieder (elektronisch) patiënten dossier (epd) hoeft in een gezamenlijk epd/gezondheidsdossier te komen, maar de essentiële informatie en (behandel) afspraken, zouden direct in te lezen moeten zijn in het epd.

## **NVZA/NVPF**

De multidisciplinaire vorm waarin de stuurgroep Therapietrouw werkte zou voortgezet moeten worden, de knelpunten zijn helder. Vanwege geldgebrek en politieke redenen is de stuurgroep met haar subcommissies genoodzaakt geweest te stoppen, ondanks

dat alle doelstellingen van de commissies behaald waren. Inhoudelijk was het dus een goed proces. Aangestipt wordt dat 'branding' bij zorgverzekeraars op dit gebied ook meespeelt, waardoor er verschillende interventies per zorgverzekeraar zijn. Zorgverzekeraars willen ook eigentijdse interventies hebben om zich hiermee te kunnen onderscheiden.

## **V&VN**

De (wijk-)verpleegkundige kan een rol vervullen vanuit verschillende invalshoeken. Door therapietrouw mee te nemen in hun zorgplan. Wijkverpleegkundigen kunnen op dit gebied samenwerken met de verpleegkundige specialist of praktijkverpleegkundige van de huisarts.

Ook mantelzorg en het sociaal netwerk rond de patiënt kan door de wijkverpleegkundige worden betrokken bij therapietrouw.

In de driehoek arts, patiënt, apotheker, het overleg verbreden met (wijk-)verpleegkundigen. Dit is landelijk tot nu toe nog niet echt gelukt, hiervoor moet je een model ontwikkelen om pilots te starten.

Het huidige tarief voor het adviesgesprek door de apotheker of assistent met de patiënt bedraagt slechts € 6,-. De wijze waarop dit nu vorm heeft gekregen leidt tot ongewenste effecten omdat het niet altijd duidelijk is wat de patiënt mag verwachten van zo'n gesprek. Bovendien is de apothekersassistente voor een dergelijk gesprek niet in alle gevallen voldoende opgeleid. Het gaat om de combinatie van medicatie, de werking hiervan en de aandacht voor de patiënt en zijn omgeving.

Binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg zouden proeftuinen therapietrouw opgezet kunnen worden. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van al beschikbare data.

## 7. Succesfactoren voor verbetering van therapietrouw

### **NPCF**

De NPCF vindt de samenwerking met de longalliantie (LAN) een goed voorbeeld voor het bevorderen van therapietrouw. Shared Decision Making wordt als een belangrijke voorwaarde gezien voor succesvolle samenwerking. Verzekeraars zouden zorgverleners die therapietrouw aantoonbaar bevorderen moeten belonen.

De NPCF is betrokken bij VAAM (Nivel) en therapietrouwbehandeling en ziet wel kansen en mogelijkheden om dit onderwerp beter in beeld te brengen en hierover ook met zorgverzekeraars in gesprek te gaan.

### **Zorgbelang**

De netwerken van Zorgbelang kunnen vanwege hun vele verbindingen hierin het nodige betekenen. Met Argo, NPCF en de apothekers heeft Zorgbelang gesprekken gevoerd over verbeterplannen op regionaal niveau. Systemen zoals wijkteams zijn goed geworteld in wijken en buurten en kunnen door middel van lokale en/of regionale afspraken met belanghebbenden ook landelijke dekking bieden voor therapietrouw.

### **FMS**

De FMS concludeert dat zij al vrij veel projecten doen die ook therapietrouw ten goede komen. Die projecten zijn echter niet direct gerelateerd aan therapietrouw. Verwezen wordt naar onder meer de richtlijn Doelmatig Voorschrijven, Gepast Gebruik, Medicatieoverdracht, en Verstandig Kiezen. Momenteel loopt er een project onder de naam 'Samen beslissen'. Dit bevordert het gesprek in de spreekkamer over medicatie en het samen besluiten over de juiste medicatie. Verder wordt als best practice de hartfalenpoli genoemd, waar patiënten gericht worden bevraagd op hun therapietrouw.

De patiënt zou zelf de drager van de informatie moeten zijn, waarvoor een elektronische geneesmiddelenpas behulpzaam kan zijn.

De FMS is voorts van mening dat therapietrouw ook bevorderd kan worden door de medicatie met regelmaat tegen het licht te houden, waarbij ook de vraag gesteld moet worden of er een medicament gestopt kan worden. Hoe minder medicatie, hoe beter wellicht de therapietrouw.

### **NHG**

Succesfactoren bereik je volgens het NHG door de patiënt er zelf direct bij te betrekken. De huisarts staat volgens het NHG het dichtst bij de patiënt. Het eerste gesprek met de patiënt over zijn therapie is het belangrijkste. Hierin kan worden nagegaan of de patiënt begrijpt welke keuzes hij heeft en dat het belangrijk is dat hij helder zijn verwachtingen en ervaringen met geneesmiddelen met de huisarts kan communiceren. De patiënt is uiteindelijk zelf verantwoordelijk voor het opvolgen van de voorgeschreven therapie.

Voor het bewaken van herhaalrecepten en follow-up heeft het NHG protocollen opgesteld, waarin ook de relatie met de apotheker wordt gelegd. In hoeverre deze protocollen ook uitgevoerd worden is niet bekend.

Een goed voorbeeld van een best practice is het onderzoek onder leiding van Niek de Wit en Anne Leendertse in het Julius Centrum in de Leidsche Rijn. De apotheker werkt daar in de huisartsenpraktijk, spreekt daar patiënten over hun geneesmiddelengebruik en geeft de huisarts adviezen hierover.

Deze apothekers werken inhoudelijk als geneesmiddeldeskundige en houden zich niet bezig met de distributie van geneesmiddelen. De apotheker en huisarts opereren in dit centrum in dienstverband. Het NHG vindt ook de rol van de wijkverpleegkun-

dige erg belangrijk. Zij kunnen tijdig signaleren of en in hoeverre patiënten therapietrouw zijn en wat de effecten van medicatie zijn. Men ziet ook betere kansen door individuele zorgplannen op te nemen in het HIS. Het NHG wil vooral dat patiënten zich beter voelen en houdt zich niet bezig met therapietrouw op zich. Men ziet wel voordelen in een landelijke ondersteuning van lokale zorgaanbieders die erin voorziet dat therapietrouw wordt bevorderd. Het NHG is ook initiatiefnemer geweest bij de MDR Polyfarmacie bij ouderen. In alle nieuwe en herziene richtlijnen is gedeelde besluitvorming uitgangspunt. Het NHG heeft een structuur van individuele zorgplannen in het informatiesysteem van de huisarts opgenomen, waarmee de huisarts de mogelijkheid heeft om gerichte afspraken met de patiënt, ook op gebied van geneesmiddelengebruik, vast te leggen in zijn dossier.

Het NHG onderzoekt samen met de KNMP de mogelijkheid om een gezamenlijke LESA (Landelijke Eerstelijnsafspraken) over geneesmiddelgebruik op te stellen. Daarbij zou dan ook de generieke informatie over geneesmiddelgebruik op thuisarts.nl en op apotheek.nl betrokken kunnen worden.

De zorgverzekeraar geeft in de regel geen vergoeding voor multidisciplinair overleg. Dit werkt volgens het NHG belemmerend voor het opstellen van goede samenwerking. Er spelen nu eenmaal per domein de nodige financiële belangen en die zijn mede bepalend voor het succes.

### **KNMP**

Apothekers zien het belang van therapietrouw en doen hier al veel aan (technisch, data-analyse, selectie van patiënten at risk, motiverende gesprekken, etc.) Ontschotting wordt als een belangrijke voorwaarde gezien, waardoor het mogelijk wordt transmuraal en in de behandelketen de kwaliteit en doelmatigheid van goed geneesmiddelengebruik te kunnen volgen en verbeteren. De KNMP ziet hierin een regierol voor de apotheker weggelegd (erkenning van medebehandelarschap voor de farmaceutische patiëntenzorg)

met verantwoordelijkheid en sturingsmogelijkheden als medicatiebegeleidend apotheker.

Momenteel loopt een aantal pilots waar bevordering van therapietrouw aantoonbaar betere zorg oplevert. Zo wordt gericht geselecteerd op basis van patiëntgegevens en kan de apotheker vervolgens gericht het gesprek aangaan met risicopatiënten. De KNMP heeft ook een Toolkit ontwikkeld voor haar leden, biedt regionale trainingen aan en heeft een programma ontwikkeld specifiek gericht op het bevorderen van therapietrouw bij laaggeletterden.

Een positie als medicatiebegeleidend apotheker waar aan een abonnementshonorarium is gekoppeld, zal dit proces verder versnellen.

De KNMP is voorts van mening dat taakdifferentiatie nodig is om het onderwerp op de grote groep patiënten waar het bij therapietrouw om gaat, adequaat te kunnen bedienen. Zij ziet apotheekgroepen ontstaan met openbare apothekers, (regionaal) verder gespecialiseerde apothekers, farmakundigen (dit zijn HBO opgeleide apothekers assistenten) en farmaceutisch consultants. De apotheker zal deze rol in samenspraak met de huisarts en de wijkverpleging invullen. Om dit te realiseren zal naar verwachting meer capaciteit nodig zijn.

Het begrip therapietrouw is omvangrijk en vraagt om focus op specifieke patiëntengroepen.

Het gaat overigens om meer dan therapietrouw. (zie eerder het begrip 'concordantie')

Het betreft ook het bevorderen van zelfredzaamheid en zelfmanagement Niet alleen vanuit professioneel perspectief, maar ook vanuit het sociaal domein.

Empowerment van de patiënt is overigens wel mooi maar niet voor iedereen weggelegd, denk aan laaggeletterdheid, ggz, ed. Hier heeft de professional een nadrukkelijk rol te vervullen.

### **NVZA en NVPF**

Voor een succesvol vervolg van therapietrouw op landelijk niveau wordt een onafhankelijk voorzitter met passie voor dit thema als zeer belangrijk gezien.

De NVZA is van mening dat de rol van ziekenhuisapotheker verandert in farmaceutisch zorgbehandelaar. Een 'Consulting pharmacist' die patiënten begeleidt en een coach voor de patiënt is. Binnen het NVZA project behandelarschap is een projectplan in voorbereiding rondom patiënt empowerment. Door meer inzicht te krijgen in de drijfveren van de patiënt, kan het geneesmiddelengebruik en de informatie hierover makkelijker worden afgestemd op de behoefte van de patiënt. Daarnaast vinden de eerder vermelde activiteiten plaats, die op ziekenhuisniveau gestart zijn. De NVZA wil eerst de doelen bespreken en dan pas de methode. Eerst gebruik maken van bestaande initiatieven, deze bundelen en op basis hiervan werken volgens een gemeenschappelijke agenda.

Als voorbeelden van best practices worden genoemd:

- Het voeren van pre-dialysegesprekken om dialyse uit te stellen
- VU St. Maartenskliniek in samenwerking met het Radboud.
- Erasmus – longmedicatie
- Maastricht HIV protocol
- Albert Schweitzer e-coaching
- Accare (zorginstelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie): medicatie app wordt binnenkort opgeleverd voor jonge patiënten (12-18 jaar).
- Het geven van psycho-educatie door apothekers.

## **KNGF**

Ziet graag meer initiatieven die gericht zijn op gezamenlijkheid, kennisdeling en de kwaliteit van zorg (ook effectiviteit) op een wijze zoals het VWS Informatieberaad is opgezet.

## **V&VN**

V&VN constateert dat professionals vaak vanuit het eigen denkpatroon tewerk gaan. Ook professionals moeten checken of de patiënt begrijpt wat je bedoelt. Echte gesprekken over medicatie worden vaak niet gevoerd en de juiste vragen worden vaak niet gesteld. Om een beter effect te krijgen zouden

apothekers kunnen nabellen bij 'niet-pluis-gevoel', bij afwijkend gedrag t.a.v. het ophalen van herhaalrecepten. De signaleringsfunctie van de apotheker zou beter kunnen dan nu het geval is.

Verzorgenden kunnen vanuit hun rol naast wijkverpleegkundigen ook een signaalfunctie vervullen. Van belang is ook dat de afspraken hierover door de wijkverpleegkundige goed worden vastgelegd in het zorgplan.

V&VN meent dat een win-win situatie is te bereiken door een multidisciplinaire aanpak die er voor zorgt dat therapietrouw vergroot wordt.



# Bijlage 1

Opdrachtbrief VWS

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directoraat-Generaal Curatieve Zorg

Datum: 23 maart 2015

Kenmerk: 734930-134067-GMT

Betreft: Therapietrouw opdracht verkenning

Geachte heer Bakker,

Zoals met u besproken wil ik u vragen om het onderwerp therapietrouw ter hand te nemen. Of een patiënt therapietrouw is of niet, is afhankelijk van vele factoren. De factoren liggen deels binnen de invloedssfeer van de zorgverlening, maar ook daarbuiten. De doelstelling om Nederland meer therapietrouw te maken kan op brede ondersteuning rekenen. Het is algemeen geaccepteerd dat een verbetering van de therapietrouw tot kwaliteit en doelmatigheidswinst kan leiden.

Het is van belang dat op het terrein van therapietrouw betekenisvolle stappen worden gezet. Ik wil u vragen om te verkennen of het haalbaar is dat met een gemeenschappelijke agenda haalbare verbeterstappen worden gezet. De agenda zal gedragen moeten worden door de relevante partijen rondom therapietrouw.

Op patiëntniveau is de vierhoek voorschrijver, apotheker, (wijk-)verpleegkundige en patiënt belangrijk om de voorwaarden te scheppen voor een patiënt om therapietrouw te kunnen zijn. Hiermee wordt focus aangebracht op het terrein van goed en trouw geneesmiddelengebruik. Uit onderzoek blijkt dat daar substantieel verbeterpotentieel ligt.

Op bestuurlijk niveau zijn twee stuurgroepen met het onderwerp aan de slag geweest. In de stuurgroepen waren zorgverzekeraars, behandelaren, apothekers, onderzoekers, de overheid en industrie veelal vertegenwoordigd. Achtereenvolgens zijn de stuurgroep Therapietrouwmonitor en de Stuurgroep Therapietrouw met het onderwerp aan de slag geweest.

De stuurgroep Therapietrouwmonitor heeft de website [www.therapietrouwmonitor.nl](http://www.therapietrouwmonitor.nl) ontwikkeld. Deze website bevat cijfers over chronisch medicijngebruik. Deze gegevens over gedrag en ervaringen met geneesmiddelen zijn grotendeels afkomstig van patiënten zelf. De cijfers maken duidelijk hoe therapietrouw Nederland is en of dat verandert.

De stuurgroep Therapietrouwmonitor is vervolgens omgevormd tot de stuurgroep Therapietrouw. Deze stuurgroep onder voorzitterschap van M. Dutree is voortvarend aan de slag gegaan met de volgende drie lijnen:

1. Hoe en wanneer komt therapietrouw aan de orde?
2. Welke implementatiefactoren zijn van belang om succesvolle projecten verder te brengen en toe te passen.
3. Realiseren van een vindplaats voor structureel gefinancierde therapietrouw activiteiten.

Een van de zaken waar deze laatste stuurgroep tegen aan liep was dat niet bij alle partijen van de Stuurgroep voldoende budget georganiseerd kon worden om de projecten die binnen de stuurgroep ontwikkeld waren ten uitvoer te brengen. De Stuurgroep realiseerde zich dan ook dat zij zo niet verder kon gaan. Voor een rapportage van deze Stuurgroep verwijs ik u naar de overdrachtsbrief van de voorzitter van de Stuurgroep, de heer Dutree, die als bijlage bij deze brief zit.

De Stuurgroep Therapietrouw was één van de tafels van het Bestuurlijk Overleg Farmacie. In overleg met de eerder genoemde stuurgroep heb ik besloten om het onderwerp therapietrouw onder te brengen bij het Bestuurlijk Overleg Eerste lijn. Aan het Bestuurlijk Overleg Eerste lijn neemt een vertegenwoordiging van zorgverzekeraars en patiënten en een brede vertegenwoordiging van zorgaanbieders uit de eerste lijn deel. Dat sluit volgens mij goed aan bij het brede karakter van het onderwerp therapietrouw, dat naast therapietrouw op het vlak van geneesmiddelengebruik ook over therapietrouw bij andere behandelingen gaat. Ik realiseer me dat therapietrouw zich niet beperkt tot de eerste lijn, maar voor nu lijkt mij dit overleg de beste plaats voor dit onderwerp. Ik vraag u met het oog op het doorbreken van de hiervoor geschetste impasse, de rol van wegbe-reider op dit onderwerp ter hand te nemen; in eerste instantie in de vorm van, en beperkt tot, een verkennings-opdracht. Ik wil u vragen om als eerste stap contact met de relevante veldpartijen op te nemen om met hen door te nemen hoe zij tegen het vervolg op de werkzaamheden van de Stuurgroep aankijken. Ik wil u vragen om:

- te inventariseren welke activiteiten partijen zelf ondernemen om therapietrouw te bevorderen;
- te inventariseren of er bij partijen behoefte bestaat om multidisciplinair te werken aan het verbeteren van therapietrouw;
- op grond van bovenstaande inventarisatie een analyse te geven van de te verwachten bereidheid, mogelijkheden en gestelde randvoorwaarden en implementatie-succesfactoren om verbeteringen op het gebied van therapietrouw te kunnen realiseren en de termijn waarop deze kunnen worden bereikt; indien mogelijk voorzien van uw oordeel over het ambitieniveau;
- te beoordelen of het raadzaam is om binnen het Bestuurlijk Overleg Eerste lijn een afzonderlijke overlegstructuur specifiek voor therapietrouw op bestuurlijk niveau in te richten.

Ik heb ervoor gekozen u te vragen dit onderwerp ter hand te nemen gelet op uw persoonlijke kwaliteiten. Bovendien bent u als voorzitter van V&VN deelnemer aan het Bestuurlijk Overleg Eerste lijn. Bijkomend voordeel is uw rol als voorzitter van de Verenigde Eerstelijns Organisaties (VELO – beste zorg in de buurt), waarbinnen therapietrouw een van de speerpunten is.

Het Bestuurlijk Overleg Eerste lijn is de eerst aangewezen plek waar ik uw bevindingen van de verkenningsopdracht wil laten inbrengen.

(...)

Ik wil u graag succes wensen met uw verkenning,

Hoogachtend,  
de directeur-generaal Curatieve Zorg,  
drs. B.E. van den Dungen

## Bijlage 2

Met vertegenwoordigers van onderstaande organisaties zijn gesprekken gevoerd.

### **Consumentenbond**

Carl Jakobs, campagneleider Zorg (telefonisch)

### **CZ**

Joel Gijzen, directeur divisie zorg,

Debbie Roijen, inkoper farmacie

### **FMS**

Marcel Daniëls, voorzitter Raad Kwaliteit, bestuurslid federatie medisch specialisten Alex Verhoeven, Bureau senior adviseur beleidsafdeling kwaliteit

### **KNGF**

Guusje ter Horst, voorzitter

Karin Heijblom, sr. beleidsmedewerker, manager a.i. Beleid en Ontwikkeling

### **KNMP**

Gerben Klein Nulent, voorzitter

Brigit van Soest, programmamanager Goed Geneesmiddelengebruik

Peter Wognum, directeur Zorg Pluripharm Groep

### **Long Alliantie Nederland (LAN)**

Guusje ter Horst, voorzitter

Emiel Rolink, directeur

Ingrid van der Gun, beleidsmedewerker

### **LHV**

Geert-Jan van Loenen, algemeen bestuurslid en huisarts te Hengelo

Karel Rosmalen, beleidsbestuurder en huisarts te Vught

### **Menzis**

Lonneke Timmers, adviserend apotheker

### **Nefarma**

Michel Dutrée, directeur (voormalig voorzitter stuurgroep Therapietrouw)

### **NIVEL**

Dinny de Bakker, afdelingshoofd-lid MT

Liset van Dijk, programmaleider farmaceutische zorg

**NHG**

Monique Verduijn (apotheker)

**NPCF**

Jan Benedictus, beleidsadviseur

**NVZA/NVPF**

Bart van de Bemt, bestuurslid NVPF

Elsbeth Helfrich, bestuurslid NVZA

Karen van Reenen, beleidsadviseur

**V&VN**

Helma Zijlstra, directeur

**Zilveren Kruis**

Susan Noyon, adviserend apotheker intramurale en poliklinische farmacie

**ZonMW**

Henk Smid, directeur

Saco de Visser, programma coördinator GGG

**Zorgbelang NL**

Robert Boersma, directeur

Eeke van der Veen, voorzitter

**Zorgverzekeraars NL**

Marianne Lensink, directeur

## Bijlage 3

### Literatuur

1. *Tijd voor een beter gebruik van medicijnen, Aanbevelingen voor een samenhangende en gecoördineerde aanpak van therapietrouw*, Eindrapportage project kwartiermaker Therapietrouw, Juni 2008, Utrecht.
2. *Therapietrouw: u maakt het verschil*, Inspirerende voorbeelden uit de praktijk, KNMP.
3. *Goed gebruik inhalatiemedicatie Astma en COPD*, Long Alliantie Nederland, november 2014.
4. *Rol van technologie bij therapietrouw*, De Smet, et al., Onderzoeksrapport Radboud Universiteit Nijmegen, 2015.