

Therapietrouw

Verbeterproject Depressie

Inleiding

In het verbeterproject depressie is één van de doelstellingen gericht op het voorkomen van vroegtijdig stoppen met antidepressiva. Dit stuk geeft suggesties om dit doel te realiseren.

Therapietrouw

Therapietrouw is de mate waarin het gebruik van geneesmiddelen, gedragsmatige interventies en het opvolgen van leefregels overeenkomt met wat de behandelaar - in samenspraak met de patiënt - heeft aanbevolen. Wanneer de patiënt zodanig afwijkt van deze aanbevelingen dat dit het beoogde therapeutische resultaat negatief beïnvloedt, is er sprake van therapieontrouw (RIVM, 2007).

Therapietrouw begint en eindigt in de spreekkamer. Het is niet alleen een probleem van de patiënt, de behandelaar is eveneens betrokken en verantwoordelijk (Bensing, 2007). Voor het bevorderen van terapietrouw is het belangrijk dat de juiste indicatie wordt gesteld en de patiënt begrijpt waarom een interventie wordt voorgesteld. Daartoe moet de behandelaar ervoor zorgen dat hij of zij zeker weet of de patiënt de samenhang begrijpt tussen de klachten, het doel (minder klachten hebben) en de interventie. Vervolgens gaat de behandelaar met de patiënt onderhandelen over de uitvoering en de haalbaarheid van de interventie. Ze komen samen tot een keuze.

Om terapietrouw te verbeteren is het noodzakelijk interventies te ontwikkelen. Deze terapietrouw interventies moeten gericht zijn op alle patiënten, niet alleen op patiënten die niet terapietrouw zijn (Van Dijk et al., 2007). Het betrekken van patiënten bij de ontwikkeling van interventies is van groot belang om terapietrouw te bevorderen. Van Dijk et al. (2007) tonen aan dat geen enkel type interventie altijd resultaat heeft. Gecombineerde interventies zijn effectiever dan een enkele interventie. Therapietrouw hangt samen met *type medicatie* (minder terapietrouw bij antidepressiva dan bij orale diabetestherapie), *comorbiditeit* (somatische comorbiditeit beïnvloedt terapietrouw van antidepressiva negatief), *type patiënt* (niet westerse immigranten zijn minder terapietrouw), *regulier huisartsbezoek* (minder bezoek resulteert in minder terapietrouw) (Van Dijk et al. 2007).

Therapietrouw interventies

De enige manier om te weten te komen of patiënten problemen met terapietrouw hebben is door (Bensing, 2007):

- Interesse te tonen
- Goed te luisteren
- De patiënt serieus te nemen
- Doelgerichte vragen te stellen zonder daarbij schuldgevoel en schaamte op te wekken.

Wanneer in het contact met de patiënt aan deze basisvoorwaarden wordt voldaan kunnen de volgende interventies uitgevoerd worden. Deze zijn onder te verdelen in doelgerichte gedragsinterventies, actieve houding behandelaar, frequentie van het contact en voorlichting.

Doelgerichte gedragsinterventies (Bensing, 2007):

- *Identificeren van barrières*

Bijvoorbeeld wanneer de patiënt desgevraagd aangeeft dat het niet lukt de medicijnen in te nemen of de opdrachten uit te voeren zoals voorgeschreven, uitzoeken welke obstakels er zijn. Het steunsysteem kan hierbij betrokken worden. Om duidelijk te krijgen welke obstakels er zijn moeten behandelaars goed doorvragen waarom de patiënt niet trouw is aan de therapie en vragen wat nodig is om therapietrouw te vergemakkelijken, en zo tot een gezamenlijke oplossing komen.

- *Exploreren van gewoonten*
Een patiënt neemt bijvoorbeeld de medicatie van 8 uur niet in, omdat hij laat opstaat. In overleg met de patiënt kan een tijdstip van inname besproken worden.
- *Bespreken van nieuwe routines*
Wanneer de patiënt bijvoorbeeld medicatie vergeet in te nemen kan het advies zijn de medicatie 's ochtends en 's avonds na het tandenpoetsen in te nemen. Wanneer de patiënt de medicatie te laat ophaalt bij de apotheek kan besproken worden welke nieuwe routine ontwikkeld moet worden om deze op tijd op te halen. Bij nieuwe routines kan de behandelaar ook denken aan wat nodig is voor een betere dagstructuur voor de patiënt.

Actieve houding behandelaar

- Het medicijngebruik/consultbezoek monitoren en bij vooraf gedefinieerde afwijkingen, zoals niet verschijnen op het consult of stoppen met medicatie binnen 3 maanden, interveniëren door bijvoorbeeld de patiënt te bellen.
- De patiënt de pillenstrips mee laten nemen naar de afspraak met de behandelaar, geeft eveneens een indruk van de therapietrouw. Hoewel het geen betrouwbare maat voor therapietrouw is, heeft deze methode wel een signaleringsfunctie, en patiënten die bemerken dat er naar pilinname wordt gevraagd, zijn (wellicht) therapietrouwer.

Frequentie van het contact

- Regelmatige controle (twee-) wekelijks, later minimaal om de 6 weken. Wanneer een behandeling met antidepressiva wordt gestart adviseert de multidisciplinaire richtlijn depressie (Landelijke Stuurgroep, 2005) en de Standaard Depressie van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (Van Marwijk et al., 2004) in het begin (twee)wekelijkse contacten, later geleidelijk minder frequent, eenmaal in de 4-6 weken om het beloop te evalueren; binnen het Doorbraakproject depressie spreken we van een systematische follow-up, eenmaal in de 6 weken.

Voorlichting

Dit betreft zowel mondelinge als schriftelijke voorlichting.

- Mondelinge voorlichting over insteltraject en bijwerkingen van medicatie (zoals op gebied van seksualiteit bij gebruik SSRI) en wijze van gebruik
- NHG-Patiëntenbrieven over depressie
<http://nhg.artsennet.nl/?p=cans0100&action=showlist&list=PAB>
- De Stichting DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
<http://www.medicijngebruik.nl/downloads/MedicijnenDepressie.pdf>

Voor meer informatie over therapietrouw bij psychofarmaca:

Vergouwen ACM. Volgens voorschrift innemen of niet: over therapietrouw. In: Bakker A, Korzec A. (Red.) De gecompliceerde kliniek 2003. Als protocollen en richtlijnen tekortschieten (pp. 119-141). Amsterdam: Benecke N.I., 2002.

Referenties

Bensing JM. 2007.

http://www.rivm.nl/Images/Presentatie%20Jozien%20Bensing%20Nivel%20eerste%20nationale%20therapietrouw%20conferentie%2018%20juni%202007_tcm4-39189.pdf#class=

Dijk L van, Heerdink ER, Somai D, Dulmen S van, Sluijs EM, Ridder DT de, Griens AMGF, Bensing JM. 2007. Patient risk profiles and practice variation in nonadherence to antidepressants, antihypertensives and oral hypoglycemics. *BMC Health Services Research* **7**:51.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005). Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut. <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>

Marwijk HWJ van, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Gelderen MG van, Haan M de, Weel-Baumgarten EM van, Burgers JS, Boukes FS, Romeijnders ACM. (2003). NHG-Standaard Depressieve stoornis. Eerste herziening. *Huisarts en Wetenschap* **46** (11): 614-623. (www.nhg.org > standaarden)

RIVM. 2007. <http://www.rivm.nl/preventie/geneesmiddelen/therapietrouw/#tcm:4-37768>

Vergouwen ACM, Burger H, Verheij TJM, Koerselman GF (2007). Hoe kunnen de resultaten van de eerstelijnsbehandeling van depressie worden verbeterd? *Tijdschrift voor Psychiatrie* **49** (8): 559-567.