



1A Therapietrouw

Ieders kennis nodig voor ‘trouwere’ patiënten

In een volgepakte ruimte spraken vertegenwoordigers van diverse zorgpartijen in een deelsessie over therapietrouw. De bijeenkomst vormde onderdeel van het jaarlijkse ZonMw-congres over goed gebruik van geneesmiddelen.

Wat bezielt patiënten om zich niet aan hun behandelvoorschriften te houden, vroeg gespreksleider Roel Smit zich hardop af. “Soms is de reden eenvoudigweg omdat je geen zin hebt. Iedere dag weer die medicatie; je wilt er ook wel eens gewoon even niet mee bezig zijn”, vertelde Larissa Exalto, werkzaam bij het Longfonds en zelf diabetespatiënte. “Een andere reden kan zijn dat mensen soms niet goed begrijpen waaróm ze medicatie gebruiken. De manier van uitleggen moet afgestemd zijn op de patiënt die het betreft. Het is ongelooflijk belangrijk dat een zorgverlener ná de uitleg nagaat of de informatie ook echt is aangekomen bij de patiënt.”

Rosaida Broeren van patiëntenkoepel NPCF voegde nog enkele andere redenen toe die maken dat patiënten niet altijd doen wat ze verteld is. “Dan moet je denken aan angst voor bijwerkingen of het simpele feit dat ze klachten die bij een bepaalde aandoening horen niet echt ervaren. Dat maakt vaak dat de motivatie om een behandeling trouw te volgen, minder is.”

Therapietrouw is, kortom, redelijk ongrijpbaar. Het heeft veel te maken met gedrag van mensen. Patiënten maken irrationele afwegingen: hoeveel last heb ik? Wat is het me waard om van die last af te komen?

Samenwerking

Om tot oplossingen te komen, onderstreepte Marianne van de Berg van apothekersorganisatie KNMP het belang van samenwerking. “Dit lukt alleen als iedereen betrokken is. De arts en de apotheker moeten hetzelfde zeggen, de patiënt moet echt willen. Om dat na te gaan moeten wij als behandelaren goed doorvragen. Wat vindt u ervan dat u dit middel de rest van uw leven moet gebruiken? Wat kunnen redenen voor u zijn om met de medicatie te stoppen?”

Chris Struiksma van de Parkinsonvereniging vroeg zich hardop af of zorgverleners wel voldoende in staat zijn om goed door te vragen. Dat vergt vaak bepaalde gesprekstechnieken die artsen of apothekers lang niet altijd beheersen, stelde hij. Van den Berg kon dat wel bevestigen, maar voegde eraan toe dat er veel wordt geïnvesteerd in scholing op dat terrein. Larissa Exalto (Longfonds) hoort positieve geluiden over wat longverpleegkundigen op dit vlak presteren. “Zij staan vaak toch wat dichterbij de patiënt”, lichtte ze toe.

Heeft die patiënt dan zelf geen verantwoordelijkheid? In Duitsland is bijvoorbeeld een financiële prikkel ingebouwd, die inhoudt dat een behandeling pas wordt vergoed als de patiënt deze helemaal heeft afgemaakt. Exalto ontkende niet dat therapietrouw begint en



eindigt bij het gedrag van de patiënt zelf, maar zag niet veel in het Duitse model. “Het valt moeilijk te controleren. Bovendien geloof ik meer in de wortel dan in de stok.”

Door de silo's heen

Michel Dutrée, directeur van Nefarma, heeft van het ministerie van VWS als voorzitter van de stuurgroep Therapietrouw de opdracht gekregen om met alle partijen samen te kijken of zij de therapietrouw een stapje verder kunnen brengen. Hij toonde zich optimistisch, mede omdat hij ziet dat partijen steeds meer informatie delen en door de ‘silo's’ heen breken. “In de gezondheidszorg zijn we vaak verslaafd aan onze eigen oplossingen. We zijn nu allemaal bezig om over onze eigen schaduw heen te stappen.”

“We kennen in Nederland ontzettend veel projecten op dit gebied en de betrokkenen zijn zonder uitzondering hartstikke enthousiast. Maar je ziet vaak dat zodra het geld op is, ook het project weg is. Daar moeten we vanaf. Dat kan door in kaart te brengen welke initiatieven waar worden ontplooid. En als iets in bijvoorbeeld Twente fantastisch werkt, moeten we het ook uitrollen op andere plekken in het land.”

Dutrée verklaarde dat om te beginnen de samenwerking is gezocht met de Long Alliantie Nederland (LAN), omdat daar al veel van de betrokken partijen (bedrijven, verzekeraars, zorgverleners, patiënten) met elkaar aan tafel zitten. Emiel Rolink van de LAN bevestigde dat ‘ieders kennis en inzicht nodig is om dit grote probleem op te lossen’. “Er zijn veel soorten patiënten en veel soorten programma's, zeker op het gebied van astma. De vraag is hoe je die zo goed mogelijk kunt matchen. Nu gebeurt het te vaak dat ergens een app wordt ontwikkeld en men dan uitgaat van het idee ‘one size fits all’. Dat werkt niet.”

Goede voorbeelden

Drie projecten die als voorbeeld voor anderen kunnen dienen, kregen ruim de aandacht. Romy de Groot van GSK presenteerde een groot online begeleidingsprogramma voor chronische patiënten. Pieter Grasveld van Lilly legde uit hoe speciaal getrainde verpleegkundigen persoonlijke ondersteuning bieden aan gebruikers van medicatie tegen ernstige osteoporose. En het derde programma, dat werd getoond door Roeland Westra van Ferring, richt zich op kinderen met een zeldzame groeistoornis. Jarenlang een dagelijkse injectie met een groeihormoon levert lengtewinst op. Maar de jonge patiënten slaan die prikken nog wel eens over. Via een speciaal pedagogisch en psychologisch hulpprogramma worden de weerstanden tegen het prikken zoveel mogelijk weggenomen.

De drie voorbeelden die gepresenteerd zijn, komen terug in een folder waarin elf initiatieven zijn opgenomen.

Een van de succesfactoren voor therapietrouwprogramma's vormt de samenwerking binnen coalities. Niet alleen met andere partijen in de zorg, ook binnen een bepaalde deelsector. “Wij hebben gemerkt dat de acceptatie groter wordt als we programma's aanbieden met meerdere farmaceutische bedrijven gezamenlijk”, zei bijvoorbeeld Marcel Joachimsthal, directeur van GSK. “Binnen een behandeldomein kunnen we samen optrekken en samen projecten opzetten. Dat is beter voor de patiënt en geloofwaardiger in de richting van zorgverleners.”

Vergoeding

Speciale aandacht was er ook voor de bekostiging. Aandacht voor therapietrouw moet een



plek krijgen in de contractering, vonden diverse aanwezigen. Of integraal onderdeel worden van de vergoedingssystematiek. “Een apotheek is geen goeddoelenorganisatie”, zei iemand vanuit de zaal. “De apotheker moet dit soort werkzaamheden apart kunnen declareren. Hij levert een extra inspanning die aantoonbaar wat oplevert. Dan is het toch vreemd dat dat niet wordt vergoed?”

Emiel Rolink (LAN): “Onze ambitie is: minder ziekenhuisopnames. Dan helpt het als we ziekenhuizen niet alleen betalen voor een vol bed, maar ook voor een leeg bed. De vraag is hoe je zoiets onderdeel maakt van de beloningsstructuur die verzekeraars hanteren.”

Marcel Joachimsthal (GSK) zei daarover: “Het bekostigingsmodel moet fundamenteel anders en ik verwacht dat die verandering er ook komt. We moeten uitgaan van wat een bepaalde handeling oplevert aan gezondheidswinst en daar dan ook de financiering op baseren.”