

Projectverslag

Spelen gevoelens een rol in de therapietrouw aan medicatie bij patiënten met hypertensie die onder behandeling zijn van de praktijkondersteuner?

Studenten: Maartje van Heuven 511836
Raquel Jonker 496012

Opdrachtgevers: Mw. Dr. M. Kleppe, Kenniscentrum Publieke Zaak
Mw. L. Dauwerse, Kenniscentrum Publieke Zaak

Projectcode: 1617_2ZidP_21

Docentbegeleider: Mw. Dr. M. Adriaansen, Lectoraat Langdurige Zorg

Examinator: Mw. I. Jacobs

Datum: 21 juni 2017

Opleiding: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen,
Hbo-Verpleegkunde

Colofon

Projectnummer:	1617_2ZidP_21
Lectoraat:	Lectoraat Innovatie in de Care
Opdrachtgevers:	Mw. Dr. M. Kleppe Onderzoeker Kenniscentrum Publieke Zaak, HAN Mieke.Kleppe@han.nl Mw. L. Dauwerse Onderzoeker Kenniscentrum Publieke Zaak, HAN Linda.Dauwerse@han.nl
Docentbegeleider:	Mw. Dr. M. Adriaansen Lector Innovatie in de Care Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen Marian.Adriaansen@han.nl
Examinator:	Mw. I. Jacobs Docent Instituut Verpleegkundige Studies (IVS) Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen Imke.Jacobs@han.nl
Studentonderzoekers:	M. van Heuven (511836) M.vanheuven@student.han.nl R. Jonker (496012) RRM.Jonker@student.han.nl
Onderwijsinstelling:	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 6525 EN Nijmegen
Opleiding:	Hbo-verpleegkunde
Studiejaar:	2016-2017
Onderwijseenheid:	Zorginnovatie in de Praktijk
Inleverdatum:	21-06-2017

Voorwoord

Nijmegen, 21 juni 2017

Voor u ligt het projectverslag van het kwaliteitsproject “Spelen gevoelens een rol in de therapietrouw aan medicatie bij patiënten met hypertensie die onderbehandeling zijn van de praktijkondersteuner?” Wij, Maartje van Heuven en Raquel Jonker, de onderzoekers van dit kwaliteitsproject, hebben dit onderzoek uitgevoerd voor onze opleiding Hbo-verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen. Onze opdrachtgevers waren mevrouw Dr. M. Kleppe en mevrouw L. Dauwerse, onderzoekers bij Kenniscentrum Publieke Zaken aan de HAN.

Wij willen graag een aantal mensen bedanken voor alle hulp en begeleiding tijdens dit kwaliteitsproject. Deze begeleiding en adviezen hebben wij als zeer prettig ervaren. Wij willen graag mevrouw Dr. M. Adriaansen, onze docentbegeleider, bedanken voor de begeleiding en kritische feedback in het proces van projectplan naar projectverslag en de projectpresentatie. Bij onze tutor mevrouw K. van Montfoort konden wij ook altijd terecht met onze vragen over het onderzoek, haar willen wij ook graag bedanken voor haar adviezen en begeleiding.

Ook willen wij Marianne, praktijkondersteuner werkzaam bij Huisartsenpraktijk Van de Veerdonk en Geuze, hartelijk bedanken. Wij zijn door haar met open armen ontvangen om onderzoek te doen.

Onze dank gaat ook uit naar de respondenten die mee hebben gedaan aan dit onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier.

Maartje van Heuven & Raquel Jonker

Samenvatting

Achtergrond

Patiënten met chronische ziektes, waaronder patiënten met hypertensie, zijn onvoldoende therapietrouw aan medicatie. Vaak wordt de medicatie voorgeschreven door de huisarts, waardoor deze patiëntencategorie frequent gesprekken zal hebben over therapietrouw met huisarts dan wel praktijkondersteuner. Patiënten met hypertensie kunnen verschillende gevoelens hebben over het innemen van hun medicatie wat een effect kan hebben op de therapietrouw van medicatie.

Doelstelling

Het doel van dit studentenonderzoek is inzicht krijgen in de gevoelens van patiënten die het gebruik van medicatie kunnen beïnvloeden en daarmee de therapietrouw kunnen ondermijnen.

Methode

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een beschrijvend kwalitatief onderzoeksdesign. Er zijn door middel van een gerichte steekproef semigestructureerde interviews afgenomen bij tien respondenten. De populatie bestond uit zowel mannen als vrouwen (50:50) in leeftijd van 30 tot 70 jaar. Deze interviews zijn geanalyseerd door gebruik te maken van hoofd- en subthema's en labels.

Resultaten

Geen enkele respondent gaf aan bewust medicatie niet in te nemen, te weigeren of ooit gestopt te zijn met de medicatie. De meeste respondenten hadden vaak een regelmatig dagelijks leven, waarbij het innamepatroon van de medicatie een half uur tot een uur kon afwijken. De meeste respondenten gaven aan geen specifiek gevoel, gevoel van weerstand of gevoel van acceptatie te hebben bij hun medicatiegebruik. Alle respondenten gaven aan de controle van de praktijkondersteuner als prettig te ervaren en waren goed geïnformeerd door de praktijkondersteuner.

Conclusie

De gevoelens van de respondenten met hypertensie die onder behandeling zijn van een praktijkondersteuner somatiek zijn: gevoelens van weerstand, acceptatie en neutrale gevoelens. Deze gevoelens spelen bij de respondenten geen rol in de therapietrouw.

Daarentegen is uit de resultaten gebleken dat de kennis van de risico's en de gevolgen van hypertensie een rol speelden in de therapietrouw van de respondenten.

Inhoudsopgave

Colofon	1
Voorwoord	2
Samenvatting	3
Hoofdstuk 1 – Inleiding	6
1.1 Probleemstelling	7
1.2 Doelstelling	8
1.3 Vraagstelling	8
1.3.1 Hoofdvraag	8
1.3.2 Deelvragen	8
1.4 Leeswijzer	8
Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader	10
2.1 Zoekstrategie	10
2.2 Begrippen	10
2.2.1 Chronische ziektes	10
2.2.2 Hypertensie of hoge bloeddruk	11
2.2.3 Therapietrouw (adherence)	12
2.2.4 Bewuste en onbewuste therapietrouw	13
2.2.5 Praktijkondersteuner	14
2.3 Relevantie beroepspraktijk	14
Hoofdstuk 3 – Methode	16
3.1 Onderzoeksdesign	16
3.2 Onderzoekspopulatie	16
3.3 Werving respondenten	17
3.4 Dataverzameling	18
3.5 Data-analyse	18
3.6 Betrouwbaarheid en validiteit	19
3.7 Ethiek	20
Hoofdstuk 4 – Resultaten	22
4.1 Onderzoekspopulatie	22
4.2 Beschrijving resultaten	22
4.2.1 Medicatie	23
4.2.2 Praktijkondersteuner	24
4.2.3 Leefstijl	25
4.2.4 Gevoel	25
4.2.5 Sociale status	26
4.3 Beschrijving resultaten interview praktijkondersteuner	26
Hoofdstuk 5 – Discussie	29
5.1 Resultaten en literatuur	29
5.2 Methodologische discussie	30
5.2.1 Sterke punten	30
5.2.2 Beperkingen	30
5.3 Generaliseerbaarheid	31
5.4 Praktische toepasbaarheid	31
Hoofdstuk 6 – Conclusie	33
6.1 Hoofdvraag	33
6.2 Deelvragen	33

Hoofdstuk 7 – Aanbevelingen	35
7.1 <i>Aanbevelingen voor de praktijk</i>	35
7.2 <i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i>	35
Literatuurlijst	36
Bijlage 1 – Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoekers	38
Bijlage 2 – Zoekstrategie	40
Bijlage 3 – Beknopte zoektabel	43
Bijlage 4 – Evidence tabel	44
Bijlage 5 – Levels of evidence	46
Bijlage 6 – E-mail naar de POH's	47
Bijlage 7 – Patiënten uitleg onderzoek	48
Bijlage 8 – Protocol semigestructureerd interview	49
Bijlage 9 – Toestemmingsverklaring (informed consent)	53
Bijlage 10 – Hoofd- en subthema's en labels	54

Hoofdstuk 1 – Inleiding

In 2006 is er in Nederland onderzoek gedaan naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Uit dit onderzoek is gebleken dat van de 5,6% acute opnames 46% potentieel vermijdbaar is. Dit gaat om 19.000 van de 41.000 acute geneesmiddelen gerelateerde opnames. Het HARM-onderzoek (Leendertse, 2006, p. 36) geeft aan dat de kosten van deze vermijdbare opnames geschat worden op ruim 85 miljoen euro, voor Nederland alleen.

Volgens het HARM-onderzoek (Leendertse, 2006, p. 47) zijn er verschillende risicofactoren voor acute aan geneesmiddelen gerelateerde opnames: “polyfarmacie (het gebruik van 5 of meer chronische, orale geneesmiddelen), therapieontrouw, verminderde cognitie, het aantal co-morbiditeiten, verminderde nierfunctie en het niet zelfstandig wonen”.

Alleen naar de risicofactor therapieontrouw kijkend geeft het HARM-onderzoek (Leendertse, 2006) aan dat van de 46% potentieel vermijdbare geneesmiddel gerelateerde opnames 22% verband heeft met incorrect gebruik van geneesmiddelen (7%) of met therapieontrouw (15%).

Uit onderzoek van Brink-Muinen en Dulmen (2004) is naar voren gekomen dat veel chronisch zieken hun medicijnen niet gebruiken, niet altijd innemen, niet op de juiste manier innemen, een andere dosis innemen, of nemen de medicatie op andere tijden in. Brink-Muinen en Dulmen (2004) schatten dat de therapieontrouw van de inname van medicatie in Nederland tussen de 30% en 40% ligt. Verder geven zij aan dat hen opviel dat mensen met hypertensie geen verschil merken als zij de medicatie wel of niet innemen. De gevolgen van het niet innemen van de medicatie worden pas later duidelijk.

In Nederland lijdt gemiddeld één op de drie Nederlanders tussen de 30 en 70 jaar aan hypertensie (verhoogde bloeddruk). De prevalentie van hypertensie neemt toe naarmate de leeftijd toeneemt en neemt weer af op hoge leeftijd, 80 jaar en ouder (Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Volksgezondheidszorg.info (z.d.) geeft aan dat hypertensie verantwoordelijk is voor 20% tot 30% van de totale sterfte aan beroerte, coronaire hartziekten en hartfalen. Ook zegt Volksgezondheidszorg.info (z.d.) dat hypertensie het risico verhoogt op meerdere aandoeningen zoals; aneurysma van de buikaorta (AAA), dementie, nieraandoeningen, perifeer vaatlijden, verminderd cognitief functioneren en psychische stoornissen.

De huisarts schrijft 82,1% van de medicatie voor, waardoor de meeste gesprekken over therapietrouw gevoerd zullen worden door de huisarts, praktijkondersteuner (POH) en apotheker.

Praktijkondersteuners voeren steeds meer de begeleiding en controle uit over de medicatie bij chronisch zieken (Dijk & Dulmen, 2010). Onderzoek van Heiligers et al., (2012) geeft aan dat er in 2001 bij slechts 6% van de huisartspraktijken een praktijkondersteuner in dienst was. Dit aantal is in 2006 gegroeid naar 58% en in 2011 is er minimaal één POH werkzaam bij 75% van de huisartsenpraktijken (Heiligers et al., 2012). In 2016 heeft er een vervolgonderzoek plaatsgevonden op het onderzoek van Heiligers et al., (2012) hieruit is naar voren gekomen dat 88% van de huisartsenpraktijken een POH somatiek in dienst hebben en 80,5% een POH GGZ (Hassel, Batenburg, & Velden, 2016, p. 16).

Bij chronische patiënten, zoals patiënten met hypertensie, is het gebruik van medicatie belangrijk. Bij een leeftijd van 40-49 jaar wordt de kans op sterfte aan een beroerte met 64% verlaagd als de systolische bloeddruk met 20mmHg daalt (Volksgezondheidszorg.info). Praktijkondersteuners hebben een voorlichtende taak om therapietrouw te bevorderen, knelpunten te signaleren en deze eventueel weg te nemen (Laan, 2007).

Ook gevoelens van patiënten spelen een rol bij gebruik van medicatie. Deze gevoelens kunnen zijn: bezorgdheid over bijwerkingen, niet gemotiveerd zijn of denken geen behandeling nodig te hebben. Andere factoren die het gebruik van medicatie kunnen beïnvloeden zijn onvolledige kennis of onderschatting van de risico's en twijfel over de werking van de behandeling en/of begeleiding (Laan, 2007).

1.1 Probleemstelling

Patiënten met chronische ziektes, waaronder patiënten met hypertensie, zijn onvoldoende therapietrouw aan medicatie. Deze patiënten hebben hierdoor een hoger risico om in het ziekenhuis te belanden. Wat de kosten van de zorg in Nederland verder verhoogt (Leendertse, 2006). Vaak wordt de medicatie voorgeschreven door de huisarts, waardoor deze patiëntencategorie frequent gesprekken zal hebben over therapietrouw met huisarts dan wel praktijkondersteuner (Dijk & Dulmen, 2010), omdat deze laatste de begeleiding en behandeling van chronisch zieken in het takenpakket heeft. Patiënten kunnen verschillende gevoelens ervaren over het medicatiegebruik wat een effect kan hebben op de therapietrouw van medicatie.

1.2 Doelstelling

In juni 2017 is er meer inzicht in de gevoelens die het gebruik van hypertensie medicatie kunnen beïnvloeden en daarmee de therapietrouw kunnen ondermijnen. Praktijkondersteuners zijn in de toekomst meer op de hoogte van de verschillende gevoelens die aanwezig kunnen zijn bij de patiënten. Doordat de praktijkondersteuner deze kennis en inzicht in de gevoelens heeft, kan deze beter samenwerken met de patiënt om therapietrouw van medicatie verder te bevorderen.

1.3 Vraagstelling

1.3.1 Hoofdvraag

Welke gevoelens spelen een rol bij therapietrouw van medicatie bij patiënten met hypertensie die onder behandeling zijn van een praktijkondersteuner somatiek?

1.3.2 Deelvragen

1. Hoe integreert de praktijkondersteuner somatiek therapietrouw van medicatie in de begeleiding bij patiënten met hypertensie?
2. Hoe ervaren patiënten de begeleiding en controles door de praktijkondersteuner somatiek?
3. Welke gevoelens met betrekking tot medicatiegebruik komen voor bij de patiënten met hypertensie?
4. Beïnvloeden de gevoelens met betrekking tot medicatiegebruik de therapietrouw van de patiënt aan de voorgeschreven medicatie?

1.4 Leeswijzer

De opbouw van dit projectverslag bestaat uit zeven hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk is de inleiding van het projectverslag te lezen, hierin wordt ingegaan op de achtergrond en aanleiding van dit onderzoek, de probleem-, doel- en vraagstelling. Het tweede hoofdstuk bestaat uit het theoretisch kader, hier worden een aantal belangrijke termen uit het eerste hoofdstuk verduidelijkt. In het derde hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek uitgelegd. De methode omvat het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie, de werving van de respondenten en hoe de data-analyse is uitgevoerd. Vervolgens worden in het vierde hoofdstuk de resultaten van het onderzoek weergegeven. Deze resultaten worden in hoofdstuk vijf, de discussie, nogmaals besproken en naast de bestaande literatuur gelegd en vergeleken, worden de sterke punten en de beperkingen weergegeven, alsook de generaliseerbaarheid en de toepasbaarheid. In hoofdstuk zes wordt de conclusie van het

onderzoek weergegeven en tot slot worden in hoofdstuk zeven nog een aantal
aanbevelingen gedaan.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de zoekstrategie naar relevante literatuur en de belangrijkste begrippen van de inleiding beschreven. Tevens wordt er ingegaan op de relevantie van het onderzoek voor de praktijk.

2.1 Zoekstrategie

Voor het zoeken naar relevante literatuur met betrekking tot dit onderwerp is gezocht in de medische database PubMed. In deze database is gezocht met behulp van termen uit de onderzoeksvraag. Deze termen zijn eerst vertaald van het Nederlands naar het Engels en vervolgens ingevoerd in de MeSH-zoekmachine om gebruik te maken van MeSH-termen. Bij de zoekstring is gebruik gemaakt van AND. De uitgebreide zoekstrategie is weergegeven in [bijlage 2](#). De overige artikelen die gebruikt zijn voor het onderzoek worden weergegeven in [bijlage 3](#). Databases als Trip, the Cochrane Library en Google Scholar zijn gebruikt voor de informatie en verduidelijking van begrippen die relevant zijn voor dit onderzoek. De artikelen die relevant leken voor dit onderzoek zijn beoordeeld op level of evidence (zie [bijlage 5](#)). Deze artikelen zijn ondergebracht in een evidence tabel in [bijlage 4](#). Naast deze bronnen werd ook informatie gebruikt van bronnen van de opdrachtgever en is er gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Tevens is literatuur verstrekt vanuit de opleiding gebruikt voor dit hoofdstuk van het onderzoek.

2.2 Begrippen

2.2.1 Chronische ziektes

Chronische ziektes zijn wereldwijd de grootste doodsoorzaak (World Health Organization, 2010). In Nederland is een kleine meerderheid van de patiënten met een chronische ziekte van het vrouwelijk geslacht. Van de totale populatie patiënten met een chronische ziekte is circa 30% laagopgeleid en de helft van de patiënten is ouder dan 65 jaar (Heijmans, Spreeuwenberg, & Rijken, 2010). Volgens Heijmans, Spreeuwenberg en Rijken (2010) zijn de meest voorkomende chronische ziektes “hart- en vaatziekten, aandoeningen aan de luchtwegen, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en diabetes type 2”.

Chronische ziektes worden hoofdzakelijk veroorzaakt door vier risicofactoren in de leefstijl van de patiënt: roken, ongezond dieet, te weinig bewegen en te veel alcoholgebruik (World Health Organization, 2010).

Een chronische ziekte is een ziekte met één of meerdere van de volgende kenmerken: de ziekte is permanent, geeft op de een of andere manier een handicap, wordt veroorzaakt door onomkeerbare pathologische verandering. Het vereist speciale training van de patiënt om te

rehabiliteren, of patiënten hebben langere tijd supervisie, observatie en zorg nodig (World Health Organization, 2003).

2.2.2 Hypertensie of hoge bloeddruk

Volgens de World Health Organization (2003) is hypertensie, ook bekend als hoge of verhoogde bloeddruk, een chronische ziekte. De bloedvaten hebben aanhoudend een verhoogde druk, waardoor ze onder verhoogde spanning staan. Elke keer dat het hart klopt, pompt het bloed in de vaten, die het bloed vervolgens vervoeren door het lichaam. De bloeddruk wordt bepaald door de kracht van het bloed dat tegen de wanden van bloedvaten (slagaders) wordt geduwd. De bloeddruk bestaat uit 120 mmHg systolische (bovendruk) en 80 mmHg diastolische (onderdruk) (World Health Organization, 2003). Wanneer de systolische bloeddruk 140 mmHg of hoger is en/of diastolische bloeddruk 90 mmHg of hoger is, is de bloeddruk verhoogd. Het merendeel van de patiënten met hypertensie heeft geen symptomen of klachten, daarom staat hypertensie bekend als de 'stille moordenaar'. Wanneer men wel symptomen of klachten heeft ten gevolge van hypertensie, zijn deze klachten vaak: hoofdpijn, kortademigheid, duizeligheid, pijn op de borst, hartkloppingen en/of een bloedneus (World Health Organization, 2003).

Hypertensie is volgens Jüngen en Zaagman-van Buuren (2006) het meest voorkomende gezondheidsprobleem in de westerse wereld. Ook verhoogt hypertensie het risico op cardiovasculaire en renale ziekten (Trivedi, Ayotte, Edelman, & Bosworth, 2008). Ondanks de beschikbaarheid van effectieve behandelingen blijkt uit verschillende studies dat maar 25% van de patiënten die behandeld worden voor hypertensie een optimale bloeddruk heeft. Slechte therapietrouw van medicatie is de hoofdoorzaak van onregelmatige bloeddruk (Trivedi et al., 2008).

Er zijn verschillende behandelingen die kunnen worden toegepast bij patiënten die lijden aan hypertensie (Jüngen & Zaagman-van Buuren, 2006):

- Hanteren van leefregels: vermageren, matig zoutgebruik, mijden van stress
- Gebruik van medicatie:
 - o Diuretica: chloorthiazide, lasix
 - o Antihypertensiva: bloeddrukverlagende middelen (beta-blokkers), zoals labetalol, atenolol
 - o ACE-remmers: renitec
 - o Calciumantagonisten: adalat
 - o Angiotensine II-receptorblokkers: diovan

Uit onderzoek van de World Health Organization (2003) blijkt dat interventies, zoals afspraken maken met de patiënt over hun leefstijl en gewichts- en bloeddrukcontroles, een positief effect hebben op de behandeling van hypertensie. Ook het geven van educatie aan de patiënt, om te benadrukken waarom de behandeling belangrijk is, heeft een positief effect op de therapietrouw van de patiënt met hypertensie (World Health Organization, 2003). De World Health Organization (2003) schat dat in het eerste jaar van de medicamenteuze behandeling van hypertensie, 16% tot 50% van de patiënten stopt met het innemen van de bloeddrukverlagende medicijnen. Bij de patiënten die wel doorgaan met de medicatie komt het voor dat zij medicatie vergeten in te nemen (Trivedi et al., 2008). Dit zou beïnvloed kunnen worden doordat patiënten met hypertensie zich minder zorgen lijken te maken over hun aandoening in vergelijking met patiënten met andere aandoeningen (Heiligers et al., 2012).

2.2.3 Therapietrouw (adherence)

Voor de Nederlandse term 'therapietrouw' bestaan in de Engelse vertaling meerdere termen, namelijk: 'adherence', 'compliance' en 'concordance'. Omdat in de meeste vertalingen en databases wordt uitgegaan van 'adherence' en 'compliance' als vertaling van therapietrouw worden deze hieronder toegelicht.

'Compliance' is volgens Vrijens et al., (2012) therapietrouw, de patiënt is hierbij ondergeschikt aan de voorschrijvende arts. Er vindt geen overleg plaats tussen patiënt en arts.

'Adherence' geeft meer een samenwerkingsrol aan tussen de patiënt en de arts, die de medicatie voorschrijft, om zo de therapietrouw te bevorderen (Vrijens et al., 2012).

'Adherence to medications' betekent "het proces waarbij patiënten hun medicatie nemen zoals voorgeschreven" en bestaat volgens Vrijens et al., (2012) uit drie elementen, namelijk: initiatief, uitvoering en stopzetting. Het proces start met het initiatief nemen om de behandeling te starten en de eerste medicatie te nemen. Vervolgens komt de uitvoering. Neemt de patiënt het medicijn volgens recept, op de juiste tijdstippen en met de juiste dosering. Als laatste komt de stopzetting, wat het einde van de behandeling betekent (Vrijens et al., 2012).

Vrijens et al., (2012) beschrijft therapieontrouw als het te laat of geen initiatief nemen tot het innemen van de voorgeschreven medicatie of het te vroeg stopzetten van de medicatie.

Gemiddeld neemt de helft van de chronische zieken hun medicatie niet of op een verkeerde manier in. De therapietrouw aan medicatie neemt af als de therapie langer dan zes maanden duurt (Staveren, 2014). Hypertensie is een ziekte met levenslange aard, waardoor de kans op minder therapietrouw toeneemt (World Health Organization, 2003).

Lage socio-economische status, analfabetisme, cognitieve achteruitgang en werkloosheid zijn risicofactoren voor slechte therapietrouw. Andere patiënt gerelateerde factoren kunnen zijn: het niet begrijpen en/of accepteren van de ziekte, eigen perceptie van de gezondheidsrisico's en onderkenning van het belang van de behandeling (World Health Organization, 2003).

Verschillende psychosociale factoren en bloeddrukcontrole worden geacht de therapietrouw te beïnvloeden, maar de effecten van emotionele welbevinden van patiënten op therapietrouw zijn relatief weinig bestudeerd (Trivedi et al., 2008). Wel is bekend dat patiënten angstig kunnen zijn voor negatieve sociale, psychische of cognitieve reacties. Dit angstige gevoel wordt gelinkt aan cardiovasculaire ziektes en ongezond gedrag. Onder ongezond gedrag valt de therapieontrouw aan medicatie volgens Trivedi et al. (2008).

2.2.4 Bewuste en onbewuste therapietrouw

Volgens Dijk en Dulmen (2010) kunnen patiënten bewust (intentioneel) en onbewust (niet-intentioneel) therapieontrouw zijn.

Patiënten die bewust kiezen om de voorgeschreven medicatie niet in te nemen zijn bewust therapieontrouw. Dit houdt in dat deze patiënten het voorgeschreven wel begrijpen, maar ervoor kiezen het niet in te nemen (Lindquist, Go, Fleisher, Jain, Friesema, & Baker, 2011). Patiënten die niet begrijpen hoe zij de voorgeschreven medicatie moeten innemen hebben een grotere kans op onbewuste therapieontrouw dan patiënten die het wel begrijpen. Ook patiënten die niet weten dat ze het voorgeschreven medicijn nodig hebben zijn onbewust therapieontrouw (Lindquist et al., 2011). Onder onbewuste therapieontrouw vallen ook vergeetachtigheid, slordigheid bij inname en omstandigheden die buiten de controle van de patiënt vallen (Gadkari & McHorney, 2011).

Bij bewuste therapieontrouw is het belangrijk de reden te achterhalen waarom de patiënt bewust stopt, of waarom de patiënt de geneesmiddelen anders dan voorgeschreven inneemt. Onbewuste therapieontrouw kan naar voren komen wanneer de patiënt gevraagd wordt of die dag de medicatie al is ingenomen. Als er dan naar voren komt dat de medicatie vergeten is moet er gekeken worden naar een oplossing, zodat het innemen van de medicatie niet vergeten wordt. Met praktische hulpmiddelen kan het de patiënt makkelijker worden gemaakt om de geneesmiddelen niet te vergeten in te nemen, zoals de patiënt uit te leggen hoe de inname kan worden ingebouwd in de dagelijkse routine, het aanbieden van weekdozen, of het aanbieden van de medicijnen door de apotheker in baxterrol (Dijk & Dulmen, 2010).

2.2.5 Praktijkondersteuner

Sinds 1999 is de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk aanwezig (Heiligers et al., 2012). In Nederland is in 2016 in 88% van de huisartsenpraktijken een praktijkondersteuner somatiek aanwezig (Hassel et al., 2016).

De praktijkondersteuner houdt spreekuren voor patiënten met chronische ziektes en verleent zorg die door de huisarts wordt aangestuurd. De huisarts blijft eindverantwoordelijke voor de patiënt. Bij de zorg die de praktijkondersteuner verleent wordt gebruik gemaakt van NHG-standaarden en zorgprogramma's, dit zijn algemeen geldende richtlijnen. De deskundigheidsgebieden van de praktijkondersteuner zijn met name astma/COPD, diabetes type 2, cardiovasculair risicomanagement en ouderenzorg (Heiligers et al., 2012).

Zoals in de inleiding van dit onderzoek is geschreven wordt 82,1% van de medicatie voorgeschreven door de huisarts. Naast de huisarts spelen de apotheker en praktijkondersteuner een grote rol in het therapietrouw blijven van de patiënt (Dijk & Dulmen, 2010).

De praktijkondersteuner kan de therapietrouw bevorderen door een goede relatie en communicatie met de patiënt. Patiëntgerichte communicatie bevat aandacht hebben voor het patiëntperspectief en diens mening over ziekte en behandeling. Door middel van deze aanpak is communicatie een manier om de therapietrouw van medicatie te verbeteren. (Staveren, 2014). Dit is van belang bij patiënten met hypertensie, omdat zij wel tot 50% kans hebben op minder therapietrouw aan hun medicatie (Trivedi et al., 2008). Voor zowel de praktijkondersteuner als ieder andere zorgprofessional zijn er belangrijke voorwaarden om de therapietrouw bij patiënten te verbeteren: empathisch, niet-oordelend vermogen en begeleiding, beschikbaarheid en goede communicatievaardigheden (World Health Organization, 2003).

2.3 Relevantie beroepspraktijk

Er wordt in deze paragraaf een vertaling gemaakt van verpleegkundigen naar praktijkondersteuners omdat de onderzoekers het aannemelijk vinden dat de (communicatieve) vaardigheden die van belang zijn voor de verpleegkundigen ook relevant zijn bij het uitoefenen van de taken van de praktijkondersteuner.

Volgens het V&V Beroepsprofiel 2020 (2012) vindt er een verschuiving van taken plaats van de arts naar de verpleegkundigen. Ook de vraag naar zorg wordt groter door het groeiend aantal chronisch zieken (V&V, 2012). De praktijkondersteuner zal hierdoor meer chronische

patiënten op controle krijgen, waarbij therapietrouw aan medicatie een terugkerend onderwerp zal zijn.

De zorg wordt volgens het V&V Beroepsprofiel 2020 (2012) steeds meer persoonsgericht, gericht op de vraag van het individu. Verpleegkundigen kunnen zo het patiëntenperspectief als uitgangspunt nemen, begeleiden ze vanuit de vragen en wensen van de patiënt (V&V, 2012). Dit uitgangspunt kan door de praktijkondersteuner meegenomen worden tijdens het communiceren met de chronische patiënt over therapietrouw van medicatie.

Met de komst van internet en het steeds mondiger worden van de patiënt vraagt het van de verpleegkundige kennis en communicatieve vaardigheden om samen met de patiënt te bepalen wat de betekenis is van de gevonden informatie voor de patiënt. Toch zijn niet alle patiënten mondig. Een patiënt kan ook angstig, verward, depressief of erg ziek zijn (V&V, 2012). Communicatieve vaardigheden zijn ook voor een praktijkondersteuner van groot belang, omdat hiermee de mate van therapietrouw bepaald kan worden.

De praktijkondersteuner heeft te maken met naar schatting anderhalf miljoen laaggeletterden. Volgens het V&V Beroepsprofiel 2020 hebben laaggeletterden onvoldoende vaardigheden om informatie over hun gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen (V&V, 2012). Onvoldoende vaardigheden van laaggeletterden kunnen van invloed zijn op therapietrouw (World Health Organization, 2003). De praktijkondersteuner dient hiervan op de hoogte te zijn en hierop te kunnen anticiperen.

De focus van de verpleegkundige zal in de toekomst verder verschuiven. Nu ligt de focus nog vaak op de ziekte van de patiënt, maar deze zal steeds meer moeten komen te liggen op de gevolgen van de ziekte voor de patiënt (V&V, 2012). Het is daarom van belang dat de praktijkondersteuner de patiënten met hypertensie inlicht over de gevolgen/risico's die onbehandelde of ongecontroleerde hypertensie met zich meebrengen.

Hoofdstuk 3 – Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de methode van het onderzoek. In het hoofdstuk zal worden ingegaan op het gekozen onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie, het werven van respondenten, het meetinstrument, de gegevensverzameling en de analyse van de data. Tevens wordt er ingegaan op de betrouwbaarheid, de validiteit en ethiek van het onderzoek.

3.1 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is gekozen voor een beschrijvend kwalitatief onderzoeksdesign in de vorm van semigestructureerde interviews die afgenomen worden bij patiënten. Bij een kwalitatief onderzoek staan de belevingen en ervaringen centraal waardoor dit design het beste aansluit op de onderzoeksvraag (Bakker & Buuren, 2014). Er is voor een beschrijvend onderzoek gekozen omdat deze dicht bij de werkelijkheid blijft. Tevens geeft beschrijvend onderzoek een goed beeld van de inhoud en betekenis van het onderwerp (Baarda et al., 2013). In dit onderzoek worden de gegevens door middel van een interview in één meetmoment verzameld, ook wel een dwarsdoorsnedeonderzoek genoemd (Bakker & Buuren, 2014).

Daarnaast zullen de onderzoekers een interview afnemen bij de praktijkondersteuner om inzicht te krijgen hoe een controle afspraak eruitziet, hoe de praktijkondersteuner omgaat met de gevoelens en therapietrouw van de patiënten en hoe zij hen hierbij begeleidt en adviseert.

3.2 Onderzoekspopulatie

De populatie van dit studentenonderzoek bestond uit patiënten die lijden aan hypertensie, hiervoor medicatie slikken en onder behandeling zijn van de praktijkondersteuner somatiek. Het onderzoek vond plaats bij het Medisch Centrum Achter de Linden, bij Huisartsenpraktijk Van de Veerdonk en Geuze, te Sint-Michielsgestel.

De externe populatie van dit onderzoek zijn alle mensen met hypertensie. De doelpopulatie of theoretische populatie van dit onderzoek bestaat uit patiënten die medicatie slikken voor hun hypertensie en onder behandeling zijn van de praktijkondersteuner somatiek (Bakker & Buuren, 2014). De feitelijke of operationele populatie bestaat uit evenveel mannen als vrouwen in de leeftijd van 30-70 jaar.

De onderzoekers hebben deze leeftijdsgroep gekozen, omdat in Nederland gemiddeld één op de drie mensen tussen de 30 en 70 jaar aan hypertensie lijdt (Volksgezondheidszorg.info, z.d.). Het onderzoek vond plaats in de huisartsenpraktijk Van de Veerdonk en Geuze waar een praktijkondersteuner somatiek aanwezig is die patiënten met hypertensie begeleidt. De keuze voor de huisartsenpraktijk is voortgekomen uit het

netwerk van de onderzoekers, hierbij werd rekening gehouden met de reistijd en de kosten voor de onderzoekers.

Uit de operationele populatie is een steekproef getrokken op basis van de beschikbare patiënten bij de desbetreffende huisartsenpraktijk. Bij de steekproef is door de onderzoekers gestreefd naar saturatie. Het na te streven aantal respondenten van tien tot vijftien werd gekozen op basis van de benodigde tijd voor het uitwerken, analyseren en verwerken van de interviews. In dit onderzoek was er sprake van een gerichte steekproef waarbij er gekozen is voor een specifieke groep patiënten (Baarda et al., 2013). De uiteindelijke onderzoekspopulatie bestond uit patiënten met hypertensie die daadwerkelijk deel wilden nemen aan het onderzoek (Bakker & Buuren, 2014).

Inclusiecriteria:

- o Patiënten met hypertensie die onder behandeling zijn van een praktijkondersteuner
 - Medicatie gebruiken voor de hypertensie
 - Verdeling mannen en vrouwen, 50:50
 - Leeftijd tussen de 30 en 70 jaar
- o Patiënt zijn bij de desbetreffende huisartsenpraktijk

Door afbakening wordt getracht een zo betrouwbaar mogelijke afspiegeling te geven van de daadwerkelijke populatie. Tevens wordt de onderzoekspopulatie afgebakend om praktische redenen. Het is voor de onderzoekers door de korte onderzoeksperiode en kosten niet haalbaar elke patiënt met hypertensie in Nederland onder behandeling van een praktijkondersteuner somatiek te interviewen (Bakker & Buuren, 2014).

3.3 Werving respondenten

De opdrachtgevers en onderzoekers hebben contact opgenomen met praktijkondersteuners van verschillende huisartsenpraktijken in de regio Nijmegen en 's-Hertogenbosch. Voor de praktijkondersteuners hebben de onderzoekers een e-mail opgesteld, hierin werd kort informatie gegeven over het onderwerp en het doel van het onderzoek. Deze e-mail werd door de opdrachtgevers naar de desbetreffende praktijkondersteuners gestuurd. De uitwerking van deze e-mail is terug te vinden in [bijlage 6](#).

Nadat de praktijkondersteuner van Huisartsenpraktijk Van de Veerdonk en Geuze akkoord was gegaan met deelname aan het onderzoek hebben de onderzoekers een kennismakingsgesprek gehad met de POH. In het gesprek met de praktijkondersteuner werd afgesproken dat de onderzoekers een informatiebrief voor de respondenten zouden maken (zie [bijlage 7](#)). Tevens werd besloten dat de praktijkondersteuner in haar spreekuur de patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria zou vragen deel te willen nemen aan het

onderzoek. Wanneer patiënten deel wilden nemen aan het onderzoek plande zij deze in op een woensdag of een vrijdag. Voor deze dagen werd in overleg gekozen, omdat de praktijkondersteuner dan in de praktijk aanwezig was en er een spreekkamer beschikbaar was om de respondenten te ontvangen en interviews af te nemen.

3.4 Dataverzameling

De dataverzameling heeft in week 17 tot en met week 20 mondeling plaats gevonden door middel van semigestructureerde interviews. De interviews vonden plaats in individuele face-to-face gesprekken en duurde tussen de 20 en 30 minuten. De onderzoekers hebben gekozen voor semigestructureerde interviews, omdat hierbij de belangrijkste onderwerpen en vragen vaststaan, echter is er voor de onderzoekers wel de mogelijkheid om door te vragen en zo nodig de vraag anders te formuleren (Baarda et al., 2013).

Bij het afnemen van de interviews hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van een topiclijst, als leidraad en tevens om ervoor te zorgen dat er tijdens het afnemen van de interviews geen onderwerpen overgeslagen werden (Baarda et al., 2013). Deze topiclijst bevat een aantal hoofdthema's met daarbij passende voorbeeldvragen (zie [bijlage 8](#)).

Voor het maken van de topiclijst en kiezen van de hoofdthema's is gebruik gemaakt van het proefschrift van de opdrachtgever en het bijbehorende artikel (Kleppe, 2016). Tevens hebben de onderzoekers eerst een tweetal proefinterviews afgenomen, om zo nodig de topiclijst aan te passen en te oefenen met interviewen. Voor de onderzoekers met een interview begonnen, werd er aan de respondent mondeling uitgelegd dat zij te allen tijde konden (kunnen) stoppen met het onderzoek. De onderzoekers vragen toestemming van de respondent om geluidsopnamen te maken van het interview en tevens ook een informed consentformulier in te vullen (zie [bijlage 9](#)).

3.5 Data-analyse

De opgenomen interviews zijn aan de hand van de topiclijst deels getranscribeerd. Dit houdt in dat de onderzoekers alleen de benodigde informatie volledig hebben uitgetypt. Hiervoor is gekozen, omdat het volledig transcriberen van alle afgenomen interviews veel tijd kost en niet alle informatie van toepassing is op het onderzoek (Donk & Lanen, 2015). Voor het transcriberen is het programma Microsoft Office Word gebruikt. De onderzoekers hebben alle interviews binnen een week na afname getranscribeerd. Wanneer de interviews door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar waren beluisterd, geïnterpreteerd (peerreview) en getranscribeerd werd er een member-check toegepast. De respondenten kregen de samenvatting van het uitgewerkte interview om zo te kijken of de onderzoekers de antwoorden juist hadden geïnterpreteerd (Baarda et al., 2013). In deze samenvattingen zijn geen namen van de respondenten genoemd.

Voor het coderen en labelen van de interviews hebben de onderzoekers gekozen voor thematisch coderen, hierbij is gebruikt gemaakt van het programma Microsoft Office Excel. Voor thematisch coderen is gekozen omdat de onderzoekers een topiclijst met hoofdthema's hebben gebruikt. Vervolgens is er gekeken hoe de thema's zich tot elkaar verhouden en of er verbanden zijn (Donk & Lanen, 2015). De onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar aan dezelfde twee getranscribeerde interviews subthema's en labels gegeven. Deze interviews met subthema's en labels zijn door de onderzoekers naast elkaar gelegd, vergeleken en zijn de uiteindelijke subthema's en labels gekozen. Deze hoofd- en subthema's en labels worden weergegeven in een codeboom in [bijlage 10](#). Met deze analyse wordt een samenvatting gerealiseerd van elk getranscribeerd interview op basis van vastgestelde thema's (Donk & Lanen, 2015).

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van een kwalitatief onderzoek bestaat uit: geloofwaardigheid (credibility), verplaatsbaarheid (transferability), plausibiliteit (dependability) en verifieerbaarheid (confirmability) (Kuipers, Verhoef, Cox, & Louw, 2011).

- Geloofwaardigheid (credibility)

Voor de geloofwaardigheid van het onderzoek wordt gezorgd door de topiclijst op te stellen aan de hand van het proefschrift van de opdrachtgever. Ook voeren de onderzoekers een tweetal proefinterviews uit om zo feedback te krijgen en te reflecteren op hun interviewstijl en -houding. Tevens wordt er member-checking toegepast om te kijken of de onderzoekers de uitgewerkte interviews juist hebben geïnterpreteerd en kunnen de respondenten nog aanvullingen geven (Kuipers et al., 2011).

- Verplaatsbaarheid (transferability)

Door in het theoretisch kader een goede beschrijving van het praktijkprobleem te geven wordt er bij dit onderzoek voor verplaatsbaarheid gezorgd. De context waar binnen het onderzoek plaats zal vinden en de respondenten worden gedetailleerd beschreven in de transcripties van de interviews (Kuipers et al., 2011).

- Plausibiliteit (dependability)

Voor plausibiliteit wordt gezorgd door, na goedkeuring van de respondenten, geluidsopnames te maken van de interviews. Dit zorgt voor reproduceerbaarheid en een juiste transcriptie van het interview. De samenvattingen van de interviews worden door onderzoekers vergeleken en bestudeerd om zo een peerreview toe te passen

(Kuipers et al., 2011). Dit houdt in dat één onderzoeker een interview transcribeert en de andere onderzoeker het interview nog een keer naluistert en kijkt of er nog aanvullingen nodig zijn in de transcriptie. Voor het afnemen van de interviews hebben de onderzoekers een protocol gemaakt (zie [bijlage 8](#)), om er zo voor te zorgen dat de interviews op dezelfde manier worden afgenomen.

- Verifieerbaarheid (confirmability)

Tijdens het onderzoek wordt er door middel van peerreviews, member-checking, en veldaantekeningen inzicht gegeven in het verloop van het onderzoeksproces. Er wordt gekeken naar de wijze waarop gegevens zijn verzameld, geïnterpreteerd en geanalyseerd, zodat de interpretatie van de onderzoekers de resultaten zo min mogelijk beïnvloeden (Kuipers et al., 2011).

3.7 Ethiek

De onderzoekers maken in het onderzoek gebruik van interviews met vragen over persoonlijke ervaringen en meningen. Wanneer de respondent deelneemt aan het onderzoek door zich te laten interviewen stelt de respondent persoonlijke informatie beschikbaar. Om de privacy van de respondenten te waarborgen maken de onderzoekers gebruik van de Gedragscode voor studentonderzoekers (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2016).

De respondenten tekenen voordat het interview wordt afgenomen een informed consentformulier. De respondenten weten dat zij te allen tijde kunnen stoppen met het interview en altijd de mogelijkheid hebben om zich terug te trekken uit het onderzoek (zie [bijlage 9](#)).

De afgenomen interviews zijn door de onderzoekers anoniem verwerkt. Iedere respondent heeft van de onderzoekers een studienummer/respondentnummer gekregen, dit studienummer is door de onderzoekers gekoppeld aan het interview en de transcriptie. De gegevens zijn bewaard op een USB-stick met wachtwoord, zodat alleen de onderzoekers bij de gegevens kunnen.

Gedurende het hele onderzoek zijn de onderzoekers respectvol geweest naar de respondenten en patiënten die niet wilden deelnemen aan het onderzoek.

In de gedragscode staat dat de onderzoekers zich richten op relevante thema's voor de maatschappij en het beroepenveld (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2016). In dit studentenonderzoek wordt gekeken welke gevoelens een rol spelen bij therapietrouw van

medicatie bij patiënten met hypertensie. Therapietrouw en hypertensie zijn thema's die in de maatschappij spelen en relevant zijn voor het beroepenveld (Brink-Muinen en Dulmen, 2004; Duik & Dulmen, 2010; Heiligers et al., 2012; Laan, 2007; Leendertse, 2006; Volksgezondheidszorg.info, z.d.; World Health Organization, 2003).

Hoofdstuk 4 – Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die zijn voortgekomen uit de analyses van de interviews met de respondenten. Er wordt eerst een omschrijving gegeven van de onderzoekspopulatie. Daarna worden de resultaten van het onderzoek op volgorde van hoofdthema's op de topiclijst beschreven.

4.1 Onderzoekspopulatie

In totaal gaven dertien respondenten aan te willen deelnemen aan het onderzoek. Bij tien van de dertien respondenten zijn interviews afgenomen. Drie respondenten vielen af, zij voldeden niet aan de inclusiecriteria. De verhouding van mannelijke en vrouwelijke respondenten was 50:50. Daarbij was de gemiddelde leeftijd van de mannelijke respondenten 63 jaar en van de vrouwelijke respondenten 64 jaar.

4.2 Beschrijving resultaten

Uit de analyse van de getranscribeerde interviews zijn hoofd- en subthema's naar voren gekomen. Deze hoofd- en subthema's zijn weergegeven in onderstaande tabel 1. De resultaten van het onderzoek worden aan de hand en op volgorde van deze hoofdthema's beschreven en onderbouwd met citaten uit de getranscribeerde interviews.

Tabel 1: Hoofd- en subthema's

Hoofdthema's	Subthema's
Medicatie	
	1. Bijwerkingen
	2. Therapietrouw
Praktijkondersteuner	
	1. Begeleiding
	2. Contact
Leefstijl	
	1. Routine
	2. Beweging
Gevoel	
	1. Weerstand
	2. Neutraal
	3. Acceptatie
Sociale status	
	1. Woonsituatie
	2. Omgeving

4.2.1 Medicatie

Het eerste hoofdthema is het medicatiegebruik van de respondenten, met name de medicatie voor hypertensie. Binnen dit hoofdthema zijn er twee verschillende subthema's vastgesteld: bijwerkingen en therapietrouw.

Enkele respondenten gaven aan dat zij bijwerkingen in de vorm van hoesten en/of kuchen hadden ervaren na het starten van de hypertensie medicatie. De overige respondenten gaven aan dat ze geen bijwerkingen hadden ervaren. Van de respondenten die bijwerkingen hadden ervaren wist echter niet één dat hoesten/kuchen een bijwerking van de medicatie kon zijn. De bijwerkingen kwamen pas ter sprake tijdens het controlegesprek met de praktijkondersteuner. Er werd door de respondenten geen afspraak met de praktijkondersteuner of de huisarts gemaakt specifiek voor de bijwerkingen die zij hadden ervaren.

"Ik kreeg een enorme prikkeling achter in mijn keel en hoesten. Dus ja, die link legde ik niet direct dat dat van die medicijnen vandaan kwam, maar dat bleek wel zo te zijn."

[R10.82]

Bij vragen over therapietrouw aan hypertensie medicatie gaven alle respondenten aan dat zij te allen tijde de benodigde medicatie en het recept in huis hadden. De respondenten gaven aan dat zij van de apotheek een oproep krijgen wanneer de medicatie bijna op is en vanaf wanneer zij nieuwe medicatie op kunnen halen. Een enkele respondent gaf aan heel soms te twijfelen of zij de medicatie ingenomen hadden. De helft van de respondenten vergat zeer sporadisch de medicatie in te nemen. Geen enkele respondent gaf aan de medicatie bewust niet ingenomen te hebben.

Verder maakt de helft van de respondenten gebruik van een geheugensteun om niet te vergeten de medicatie in te nemen. Genoemde geheugensteuntjes zijn: het gebruik van een pillendoosje, met watervaste stift de dagen op de achterkant van de pillenstrip zetten en de pillen in het zicht klaarleggen. De overige respondenten gaven aan dat het innemen van de medicatie zo in hun systeem zit dat zij hierbij geen geheugensteuntjes gebruiken.

"Nee, want ik krijg van de apotheek een oproep als het weer bijna op is."

[R3.10]

"Das heel zelden. Dat is misschien één of twee keer gebeurd in al die tijd. Ik heb zo'n mooi pillendoosje en daar zitten er dan twee in."

[R4.2]

Een aantal respondenten gaf aan door ervaringen uit de omgeving op de hoogte te zijn van de risico's van hypertensie, waardoor zij zorgvuldig met hun hypertensie medicatie omgaan. Alle respondenten gaven aan door de praktijkondersteuner goed te zijn geïnformeerd over hypertensie en de medicatie voor hypertensie.

"Ja, ik heb mijn eigen moeder dood gevonden van de ene op de andere dag aan hartfalen en aan mijn moederskant is dat allemaal, haar vader alle broers daarvan. Dus daar ben ik wel voorzichtig mee."

[R9.56]

"Het is goed uitgelegd waar het allemaal voor dient. En ik heb er wel vertrouwen in. Dat dat terecht is dat ik dat slik. En telkens als het gecontroleerd wordt blijkt dat het goed is dat ik het slik want ja."

[R10.18]

Geen van de respondenten is zonder overleg met de arts of praktijkondersteuner gestopt met het innemen van de medicatie. Tevens heeft geen van de respondenten ooit geweigerd de voorgeschreven medicatie in te nemen.

4.2.2 Praktijkondersteuner

Het tweede hoofdstuk beschrijft hoe de respondenten de begeleiding en het contact met de praktijkondersteuner ervaren. Aan de respondenten is gevraagd of zij zich goed geïnformeerd voelen door de praktijkondersteuner.

Alle respondenten gaven aan dat zij de begeleiding door de praktijkondersteuner als prettig ervaren, zij zich goed geïnformeerd voelen en al hun vragen aan de praktijkondersteuner kunnen stellen. Tevens waren alle respondenten zeer positief over het contact met de praktijkondersteuner. De respondenten vonden het contact aangenaam, fijn of gewoon geweldig.

"Ja heel heel positief. Ik heb eerst een andere huisarts gehad die daar veel minder opzat in mijn beleving. Daar was het constateren en nou medicijnen terugkomen en op een gegeven moment als dan blijkt dat de bloeddruk goed is, ja dan word je ook losgelaten. En hier word je niet losgelaten. Hier word je echt ja gecontroleerd en het is niet zo dat als hij één keer goed is dat aangenomen wordt dat hij vanaf dat moment ook blijvend goed is."

[R10.34]

"Ja zeer zeker want ik kan ook alles vragen. Dus nee Marianne is echt heel goed. Vind ik dus persoonlijk. Ze is vriendelijk, ze is rustig. Ja heel fijn ja."

[R6.24]

4.2.3 Leefstijl

Het derde hoofdthema omschrijft de leefstijl van de respondenten. Dit houdt in dat er vragen zijn gesteld of de respondenten in het dagelijks leven een vaste routine hebben, en of de routine van invloed is op het innamepatroon van de medicatie.

Het merendeel van de respondenten heeft een vaste routine in het dagelijks leven, een enkeling gaf aan dat dit met vakanties soms anders is. De helft van de respondenten gaf aan weleens af te wijken van het tijdstip van inname van de hypertensie medicatie. Deze speling betrof echter niet meer dan een half uur tot een uur voor of na de voorgeschreven tijd.

“Ja, daar kun je zo wel bijna de klok op gelijk zetten. Nee. Nee da's altijd. Voor 8 uur ben ik bijna altijd op. ”

[R4.41]

Enkele respondenten gaven zeer duidelijk aan dat zij bewust bezig zijn met voldoende bewegen.

“Ja maarja ik kan nog 30km gaan fietsen. En ik heb zo'n trapondersteuning. Die heb ik pas een paar jaar. Ging ook altijd op de fiets naar het werk. Aan bewegen ligt het niet. Dat mag niemand mij verwijten, dat weet ik zeker.”

[R5.105]

4.2.4 Gevoel

Het vierde hoofdthema omschrijft het gevoel van de respondenten bij het gebruik van de hypertensie medicatie. Gevoelens die door de respondenten werden genoemd waren gevoelens van acceptatie, een neutraal gevoel en gevoelens van weerstand.

Meer dan de helft van de respondenten gaf aan dat zij met de praktijkondersteuner hadden besproken of de medicatie niet gestopt of verminderd kon worden zodra de hypertensie onder controle was. Zij gaven ook aan liever geen medicatie nodig te hebben.

“Nee, nee. Ik voel er geen goed of geen slecht van, van dat pilletje. Ik moet het nemen dagelijks, omdat anders mijn bloeddruk omhoog gaat dat weet ik. Maar ik heb al eens gevraagd, omdat het altijd goed gaat, zou ik dat pilletje niet weg kunnen laten? Maar dat is me hard afgeraden, dus ik mag aannemen dat ze daar gelijk in hebben. Dan ga ik ook maar niet stiekem doen”.

[R5.109]

"Als het niet hoeft, dan hoeft dat eigenlijk niet."

[R7.34]

Eveneens gaf meer dan de helft van de respondenten aan dat zij geen bepaald gevoel hadden en geen moeite hadden met het innemen van de medicatie.

"Nou nee, ik denk ik heb een te hoge bloeddruk en als dat helpt om het een beetje op peil te brengen dan is het goed."

[R3.34]

Van de respondenten die aangaven de medicatie te accepteren, gaf een enkeling aan door eerdere eigen ervaringen of ervaringen uit de omgeving goed te weten waarvoor ze de medicatie innamen. Zij hadden of in de familie iemand verloren aan hartfalen of hadden zelf al eens last gehad van klachten.

"Mijn moeder die heeft in de tijd dat de medicijnen allemaal nog niet zo geavanceerd waren als tegenwoordig, die had ook last van een enorme hoge bloeddruk, die heeft er ook vaak voor in het ziekenhuis gelegen. Ook weleens met de mededeling ja je moet nou echt blijven want hij is gewoon levensgevaarlijk hoog. Dus in die zin ben ik ermee bekend, weet ik dat er gewoon enorme risico's aan zitten als je dat onderschat. Dus op het moment dat dat dan bij jezelf geconstateerd wordt, dan ga je daar ook niet lichtzinnig mee om."

[R10.28]

4.2.5 Sociale status

Het laatste hoofdthema omvat de leefomgeving van de respondenten. Daarnaast omschrijft het ook of de omgeving op de hoogte is van het medicatiegebruik en of zij een ondersteunende functie hebben.

Het merendeel van de respondenten hadden uitwonende kinderen. Eén respondent had nog jonge thuiswonende kinderen en één respondent was weduwe. Bij alle respondenten waren de naasten op de hoogte van het medicatiegebruik. Bij enkele respondenten hadden deze naasten ook een ondersteunende functie in de vorm van herinneren aan de medicatie.

"Ehm ja nou mijn man roept dan wel van heb je alles, heb je je medicijnen bij je van...weet je zo."

[R9.150]

4.3 Beschrijving resultaten interview praktijkondersteuner

Naast interviews met patiënten met hypertensie is ook de behandelend praktijkondersteuner geïnterviewd. Dit om extra informatie te verkrijgen en om inzicht te krijgen in het

behandelproces van de praktijkondersteuner. Er werd gevraagd naar de inhoud van een afspraak met een patiënt met hypertensie en hoe hierbij het medicatiegebruik en de therapietrouw wordt behandeld.

De praktijkondersteuner gaf aan dat ze de frequentie van de afspraken in samenspraak met de patiënt doet, maar dat ze de patiënt minimaal twee keer per jaar op controle wil zien.

"Dat hangt van de patiënt af, daar wil ik in meeveren zeg maar. Als ze zeggen, nou 1x per jaar, zeg ik altijd zelf, nou dat vind ik te weinig, want je kunt je bloeddruk na een maand na de controle kan die omhooggaan dan loop je nog 11 maanden met een te hoge bloeddruk. Dus minimaal 2x per jaar. En patiënten die zeg maar met de bloeddruk altijd wel wat te hoog zitten en aan de max zitten van de medicatie, maar die eigenlijk nog niet naar de internist hoeven, die zie ik 1x in de 3 maanden. Maar het is 3-maandelijks, 4-maandelijks, halfjaarlijks."

De praktijkondersteuner gaf aan tijdens de controle niet alleen aandacht te besteden aan het meten van de bloeddruk maar ook aan het overdragen van kennis over leefstijl.

"Dus leefstijl is wel heel belangrijk, want we zitten natuurlijk in de preventie. Ik probeer de patiënten ook altijd wel uit te leggen dat ze geen chronische ziekte hebben, maar dat we hier zitten om te voorkomen dat ze dat krijgen. Dus dat is wel een hele belangrijke rooie draad die er doorheen loopt zeg maar. Om ze daar toch wel bewust van te maken."

Aan de praktijkondersteuner werd gevraagd hoe de therapietrouw aan medicatie tijdens de afspraak werd besproken. De praktijkondersteuner gaf aan dat dit onderwerp niet elke controleafspraak specifiek ter sprake komt, maar dat er gebruikt wordt gemaakt van gegevens in het digitale patiëntendossier en door samenwerking met de apotheek. Bovendien gaf de praktijkondersteuner aan dat zij ook nagenoeg nooit therapieontrouwe patiënten heeft voor wat betreft het terugkeren op haar controleafspraken.

"Ja en dat kan ik ook zien in het dossier, want ik zie precies wanneer ze de medicijnen hebben opgehaald bij de apotheek. En als daar heel veel tijd tussen zit dan zeg ik ja dat kan niet als je 1 tabletje per dag slikt en je hebt al 6 maanden geen tabletten opgehaald. En ik moet zeggen dat de apotheker hier ook heel goed de medicatietrouw in de gaten houdt. En als ik dat merk dan vraag ik natuurlijk hoe komt dat."

"Ik heb ook nooit geen uitval dat durf ik gerust te zeggen. Als mensen niet komen dan hebben ze het of van tevoren aangegeven. Ik loop bijna nooit naar de wachtkamer en ik roep iemand die gewoon zonder reden niet komt. Dus mensen hebben er wel vertrouwen in dat wat ik doe, dat ik dat, ja dat ik dat, zo goed mogelijk doe, maar ook zo oprecht"

mogelijk. En ik denk ja, daar moet je wel in investeren."

Over het gevoel van de patiënten met hypertensie richting hun medicatiegebruik gaf de praktijkondersteuner aan dat patiënten het niet specifiek over gevoelens ten opzichte van de medicatie hebben. Wel komen gevoelens ter sprake die meespelen bij het hebben van hypertensie, bijvoorbeeld teleurstelling. Overigens gaf de praktijkondersteuner aan dat er wel ruimte en tijd voor is, mochten er patiënten zijn die over gevoelens van zowel de aandoening als over de medicatie willen praten.

"Niet zozeer het gebruik van de medicatie maar wel de hypertensie op zich daar blijven ze altijd wel vragen over stellen."

"Ja, ja die zijn dan echt teleurgesteld in zichzelf. Zo van, ja wat doe ik dan in godsnaam fout. Nou je doet niks fout."

Tot slot werd gevraagd hoe de praktijkondersteuner de relatie met de patiënt tot stand brengt en hoe zij deze relatie onderhoudt. Hierover gaf de praktijkondersteuner aan dat zij het belangrijk vindt goed te luisteren naar wat de patiënt zelf wilt, mee te veren met de patiënt en deze in zijn of haar waarde te laten. Ook vindt de praktijkondersteuner het van belang niet meteen veel druk te leggen op de patiënten, maar ze te laten wennen aan het gebruik van de medicatie.

"Ik bedoel als je bijvoorbeeld en dan kom ik toch weer heel even en dat heeft niks met hypertensie te maken maar bij een statine als mensen echt weerstand hebben dan ga ik op een hele lage dosering zitten 3x per week 1 tablet. Staat nergens in een protocollenboek dat je dat moet doen, maar dan leren ze die tabletten slikken zonder bijwerkingen en dan heb je hun vertrouwen gewonnen, en dan kun je naar 1x per dag. En dan laat je tussendoor een keer bloedprikken en dan zien ze dat het LDL naar beneden gaat, en zo bouw je dat vertrouwen op. En dan ga je uiteindelijk toch naar je doel, want dat wil je toch die 20mg in plaats van die 10 iedere dag 1 tabletje en dan kun je bloeddruk tabletten ook doen."

"Of laat het zo zijn dat ze bijvoorbeeld bij het eerste gesprek zeggen van, ik wil dat niet, nou dan ga je onderzoeken waarom wilt u dat niet. En dan ga je niet gelijk zoveel druk op de patiënt uitoefenen, dan zeg je van nou weet u wat; kom over zes weken nog eens terug of ik bel over zes weken of vier weken of ik e-mail even. Laat het even bezinken en dan geef ik ze wat informatie mee en dan gaat het ook van de tien, negen keer goed."

Hoofdstuk 5 – Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek met de bestaande literatuur vergeleken. Daarna volgt de methodologische discussie met hierin de sterke en zwakke punten van het onderzoek. Als laatste worden de generaliseerbaarheid en de toepasbaarheid van het onderzoek besproken.

5.1 Resultaten en literatuur

In de internationale literatuur wordt beschreven dat therapietrouw aan hypertensie medicatie varieert tussen de 50% en de 70% (World Health Organization, 2003). Dit komt niet overeen met de resultaten van dit onderzoek, waaruit naar voren komt dat alle respondenten therapietrouw zijn aan hypertensie medicatie en zij altijd de benodigde medicatie in huis hebben. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de respondenten zich bewust zijn van de noodzaak hypertensie medicatie te gebruiken en hierdoor meer therapietrouw zijn, dit wordt ook beschreven in het onderzoek van Kleppe, Lacroix, Ham & Midden (2017). Tevens gaven respondenten aan dat zij een oproep krijgen van de apotheek wanneer de medicatie bijna op is en wanneer de nieuwe medicatie opgehaald kan worden. Dit zou kunnen bijdragen aan de therapietrouw van de respondenten. Zij vergeten op deze manier niet de hypertensie medicatie bij te bestellen en komen nooit hypertensie medicatie te kort.

Uit de cardiovasculair risicomanagement standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), komt naar voren dat wanneer de bloeddruk met medicatie onder controle is er slechts eenmaal per jaar een bloeddrukcontrole hoeft plaats te vinden (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012). De praktijkondersteuner wijkt van deze standaard af. In overleg met de patiënt wordt er gekeken naar de frequentie van de controleafspraken, met een minimum van twee keer per jaar. Door de patiënten minimaal halfjaarlijks te zien heeft de praktijkondersteuner de patiënten meer in het vizier. Zij merkt wijzigingen in het gebruik, gevoelens en therapietrouw bij hypertensie medicatie eerder op en kan hier eerder op anticiperen. Meerdere controles per jaar kunnen de patiënten ook een veiliger gevoel geven en de praktijkondersteuner kan met dit veilige gevoel vertrouwen creëren. Frequentere controleafspraken en vertrouwen in de praktijkondersteuner kunnen positief van invloed zijn op de therapietrouw.

In haar controleafspraken luistert de praktijkondersteuner ook goed naar wat de patiënten vertellen, overlegt ze met de patiënten, gaat ze zo veel mogelijk mee in de wensen van de patiënten, laat ze de patiënten in hun waarde en is ze altijd oprecht en eerlijk naar de

patiënten. Volgens verschillende onderzoeken bevorderen al deze punten de therapietrouw aan medicatie (Staveren, 2014; World Health Organization, 2003).

5.2 Methodologische discussie

5.2.1 Sterke punten

De onderzoekers hebben gedurende het onderzoek zorgvuldig gewerkt. Er is gebruik gemaakt van de topiclijst, die gemaakt is aan de hand van het proefschrift van de opdrachtgever. Vervolgens is deze topiclijst geaccordeerd door zowel opdrachtgever als docentbegeleider. De onderzoekers hebben met de topiclijst twee proefinterviews uitgevoerd en waar nodig de topiclijst aangepast. Na elk interview hebben de onderzoekers onderling gereflecteerd op elkaars interviewstijl en –houding en elkaar feedback gegeven. Ook hebben zij beide alle interviews binnen een week na afname onafhankelijk van elkaar getranscribeerd en geïnterpreteerd.

Verder zijn de onderzoekers er tijdens de onderzoeksperiode achter gekomen dat patiënten minder bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek dan in eerste instantie de verwachting was. Bij navraag aan de respondenten kwam naar voren dat de drempel om deel te nemen verhoogd werd doordat zij terug moesten komen voor het interview. Hier zijn de onderzoekers op ingesprongen door vanaf medio mei elke woensdag- en vrijdagmiddag in de huisartsenpraktijk aanwezig te zijn, zodat de patiënten die eerst op controle waren geweest bij de praktijkondersteuner aansluitend konden deelnemen aan het interview. Op deze manier zijn de onderzoekers toch aan het na te streven aantal respondenten gekomen.

5.2.2 Beperkingen

Het onderzoek is maar bij één huisartsenpraktijk en één praktijkondersteuner uitgevoerd. Het is mogelijk dat er andere resultaten uit het onderzoek waren gekomen als er bij meerdere huisartsenpraktijken en praktijkondersteuners onderzoek was gedaan. Bij een volgend onderzoek met meer tijd is dan ook aan te bevelen om in meerdere huisartsenpraktijken en met meerdere praktijkondersteuners onderzoek te doen.

Omdat de praktijkondersteuner patiënten heeft gevraagd deel te willen nemen aan het onderzoek kan er door de praktijkondersteuner, ondanks de besproken inclusiecriteria, een voorselectie plaatsgevonden hebben. Het is mogelijk dat de praktijkondersteuner enkel patiënten heeft gevraagd waarvan ze wist dat deze therapietrouw zijn. Dit zou van invloed kunnen zijn op de resultaten.

Bij het onderzoek kan niet over volledige saturatie worden gesproken. Hoewel er geen nieuwe informatie naar voren kwam in de laatste interviews is er toch geen saturatie bereikt,

dit omdat er nagenoeg geen regionale, culturele, etnische en sociale diversiteit was bij de respondenten en hierdoor een deel van de daadwerkelijke populatie mist.

De studentonderzoekers van dit onderzoek waren geen ervaren onderzoekers en interviewers. Door gebrek aan ervaring is er mogelijk onvoldoende doorgevraagd bij de interviews of hebben de studentonderzoekers onbewust de respondenten in een 'bepaalde' richting gestuurd. Ook moet er rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Dit zou kunnen zijn omdat de respondenten zich niet veilig of vertrouwd hebben gevoeld, of omdat ze dan moesten toegeven dat ze iets 'fout' deden en therapieontrouw waren. Het geven van sociaal wenselijke antwoorden kan de resultaten beïnvloeden hebben.

5.3 Generaliseerbaarheid

Het generaliseren van de resultaten uit het onderzoek is moeilijk te realiseren, omdat het onderzoek maar bij één huisartsenpraktijk en één praktijkondersteuner is uitgevoerd. Elke huisartsenpraktijk heeft een ander patiëntenbestand en iedere praktijkondersteuner heeft eigen manieren om de relatie met de patiënt te bewerkstelligen en te onderhouden. Hierbij kunnen regionale, culturele, etnische en sociale diversiteit van invloed zijn op de resultaten (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2011). In het onderzoek was in de respondentengroep geen diversiteit in regio en nagenoeg geen culturele, etnische en sociale diversiteit. De resultaten zijn om die redenen dan ook niet generaliseerbaar naar andere huisartsenpraktijken en praktijkondersteuners.

5.4 Praktische toepasbaarheid

Bij eerdere onderzoeken naar therapietrouw aan medicatie werd vooral ingegaan op de praktische belemmeringen die een rol kunnen spelen bij therapietrouw. Recent onderzoek geeft wel aan welke associaties patiënten kunnen hebben bij het gebruik van de medicatie en hoe dit de therapietrouw kan beïnvloeden (Kleppe et al., 2017).

Voor zover bekend bij de onderzoekers is er nog niet eerder onderzoek gedaan naar de gevoelens van patiënten met hypertensie die onder behandeling zijn van een praktijkondersteuner. En hoe deze gevoelens een rol spelen bij de therapietrouw aan hypertensie medicatie. Dit onderzoek is een verdere stap in het begrijpen van gevoelens van patiënten met chronische medicatie. Bovendien geeft het onderzoek mogelijk een bruikbaar initiatief in het verder verkrijgen van inzicht in de gevoelens en therapietrouw van patiënten met een andere chronische aandoeningen.

Uit de resultaten blijkt dat alle respondenten de begeleiding en het contact met de praktijkondersteuner als erg prettig ervaren. Hoe de praktijkondersteuner dit contact heeft

opgebouwd en dit behoudt kan andere praktijkondersteuners en ook verpleegkundigen handvatten geven. De praktijkondersteuner in dit onderzoek geeft patiënten bijvoorbeeld de ruimte om de frequentie van afspraken mede te bepalen, met een minimum van twee keer per jaar.

Hoofdstuk 6 – Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. Dit wordt gedaan aan de hand van de onderzoeksresultaten. Tevens worden de deelvragen beantwoord in dit hoofdstuk, deze dienen ter ondersteuning van de hoofdvraag.

6.1 Hoofdvraag

Welke gevoelens spelen een rol bij therapietrouw van medicatie bij patiënten met hypertensie die onder behandeling zijn van een praktijkondersteuner somatiek?

De gevoelens van de respondenten met hypertensie die onder behandeling zijn van een praktijkondersteuner somatiek zijn: gevoelens van weerstand, acceptatie en neutrale gevoelens. Deze gevoelens spelen bij de respondenten geen rol in de therapietrouw.

Daarentegen is uit de resultaten gebleken dat de kennis van de risico's en de gevolgen van hypertensie een rol speelden in de therapietrouw van de respondenten.

6.2 Deelvragen

Hoe integreert de praktijkondersteuner somatiek therapietrouw van medicatie in de begeleiding bij patiënten met hypertensie?

De praktijkondersteuner bespreekt niet standaard bij elke controleafspraak met de patiënt de therapietrouw aan hypertensie medicatie. De praktijkondersteuner kijkt altijd voor de controleafspraak in het digitale patiëntendossier of de patiënt de medicatie ophaalt bij de apotheek en dit op tijd doet. Wanneer hier een discrepantie in zit spreekt ze de patiënt hierop aan en vraagt ze wat de reden hiervoor is.

Hoe ervaren patiënten de begeleiding en controles door de praktijkondersteuner somatiek?

De respondenten ervaren de begeleiding en controles van de praktijkondersteuner als prettig. Zij kunnen al hun vragen stellen aan de praktijkondersteuner en voelen zich goed geïnformeerd over hypertensie en de hypertensie medicatie. Ook vonden de respondenten unaniem het contact met de praktijkondersteuner aangenaam, zelfs geweldig.

Welke gevoelens met betrekking tot medicatiegebruik komen voor bij de patiënten met hypertensie?

Uit de resultaten komen een aantal verschillende gevoelens naar voren: weerstand, acceptatie en een neutraal gevoel. Respondenten die gevoelens van weerstand hadden vroegen aan de praktijkondersteuner wanneer de bloeddruk goed was of ze dan geen hypertensie medicatie meer hoefde te slikken of minder. Respondenten die het gevoel van acceptatie hadden accepteerde dat zij nu eenmaal medicatie moeten slikken voor de

hypertensie. En de respondenten met een neutraal gevoel, namen de medicatie in zonder hierbij na te denken en enig gevoel te ervaren.

Beïnvloeden de gevoelens met betrekking tot medicatiegebruik de therapietrouw van de patiënt aan de voorgeschreven medicatie?

De gevoelens van weerstand, acceptatie en een neutraal gevoel richting de hypertensie medicatie beïnvloeden de therapietrouw aan de voorgeschreven hypertensie medicatie niet. De respondenten gaven aan zich bewust te zijn van de risico's en gevolgen als zij de medicatie niet innemen. Het bewust zijn van risico's en gevolgen weegt voor hen zwaarder dan het gevoel dat ze hebben bij het gebruik van hypertensie medicatie.

Hoofdstuk 7 – Aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt aangegeven wat de aanbevelingen zijn naar aanleiding van het onderzoek. Dit wordt gedaan op basis van een analyse van de resultaten, van de discussie en van de conclusie.

7.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten de begeleiding van de praktijkondersteuner als zeer prettig hebben ervaren. Dit blijkt ook doordat de praktijkondersteuner aangaf geen uitval te hebben van patiënten. De praktijkondersteuner noemde een aantal punten in het interview om therapietrouw te bevorderen:

- Digitale controle in het dossier via de apotheek, waarmee gecontroleerd wordt of de patiënt de medicatie op tijd bijbesteld en ophaalt.
- Bereid zijn mee te veren en mee te denken met de patiënt.
- Nieuwe patiënt eventueel te laten wennen aan nieuwe medicatie om zo toch bij het beoogde doel te komen.
- Een eerlijk en oprechte houding jegens patiënten.

Deze punten kunnen ook toegepast worden bij andere praktijkondersteuners om zo de therapietrouw te verhogen. Verder zou de praktijkondersteuner de patiënt kunnen attenderen op het gebruik maken van geheugensteuntjes om de therapietrouw aan medicatie te verhogen.

7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Om een completer beeld te krijgen van de gevoelens van patiënten met hypertensie richting de medicatie zal het nodig zijn een grotere studie op te zetten. Dit betekent dat er meerdere huisartsenpraktijken en praktijkondersteuners deel moeten nemen aan het onderzoek. Tevens is het aan te bevelen te kijken naar de mogelijke invloeden van regionale, culturele, etnische en sociale diversiteit van patiënten.

In dit onderzoek zijn de gevoelens van patiënten onderzocht die onder behandeling zijn. Deze groep patiënten zijn al regelmatig onder controle van de praktijkondersteuner. Mogelijk is het interessant om onderzoek te doen naar de gevoelens van patiënten met hypertensie medicatie die niet onder behandeling zijn van een praktijkondersteuner, maar van een andere zorgprofessional.

Literatuurlijst

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. de, Peters, V., & Velden, T. van der. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van een kwalitatief onderzoek* (3^e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers

Bakker, E., & Buuren, H. van. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (2^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Brink-Muinen, A. van den, & Dulmen, A. M. van. (2004). *Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken. Resultaten van studies uitgevoerd in Nederland sinds 1990*. Gedownload op 10 februari 2017, van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/factoren-gerelateerd-aan-farmacotherapietrouw-chronisch-zieken.pdf>

Bours, D., Eliens, D., & Strijbol, D. (2009). *Effectief verplegen 0, handboek voor evidence based verpleegkundig handelen*. Dwingeloo: Kavanah.

Dijk, L. van, & Dulmen, S. van. (2010). In gesprek over medicijngebruik en therapietrouw. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 3, 70-75.

Donk, C. van der, & Lanen, B. van. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (2e herziende druk). Bussum: Coutinho.

Gadkari, A. S., & McHorney, C. A. (2011). Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really? *BMC Health Services Research*, 12:98.

Hassel, D. van, Batenburg, R., & Velden, L. van der. (2016) *Praktijkondersteuners (POH's) in beeld: Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland*. Gedownload op 13 maart 2017, van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_analyse_arbeidsmarkt_POH.pdf

Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., & Rijken, M. (2010). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken - Rapportage 2010*. Gedownload op 24 maart 2017, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-ontwikkelingen-in-zorg-chronisch-zieken.pdf>

Heiligers, P. J. M., Noordman, J., Korevaars, J. C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A. M. van, & Bakker, D. H. de. (2012). *Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?* Gedownload op 7 maart 2017, van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-kennisvraag-poh-def.pdf>

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (2016). *Gedragscode voor studentonderzoekers bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek*. Nijmegen: Faculteit GGM.

Jüngen, IJ., & Zaagman-Buuren, M. van. (2006). *Pathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kleppe, M. (2016). *Understanding Medication Adherence: A self-report measure and a dual-process framework* (Proefschrift). Universiteit Eindhoven, Eindhoven.

Kleppe, M., Lacroix, J., Ham, J., & Midden, C. (2017). 'A necessary evil': associations with taking medication and their relationship with medication adherence. *Journal Psychology, Health and Medicine*. doi:10.1080/13548506.2017.1316412

Kuipers, C., Verhoef, J., Cox, K., & Louw, D. de. (2011). *Evidence-based practice voor paramedici* (2^e druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Laan, J. van der. (2007). Therapietrouw. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 2(5), 171-173.

Leendertse, A. (2006). *Hospital Admissions Related to Medication (HARM) een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames*. Gedownload op 10 februari 2017, van <https://www.knmp.nl/downloads/harm-rapport.pdf>

Lindquist, L. A., Go, L., Fleisher, J., Jain, N., Friesema, E., & Baker, D. (2011). Relationship of Health Literacy to Intentional and Unintentional Non-Adherence of Hospital Discharge Medications. *Journal of General Internal Medicine*, 27(2), 173-178.

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2011, 6 juni). NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde. *Generalistisch, persoonsgericht en continu*. Gedownload op 15 juni 2017, van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/toekomstvisie_-_nhg-standpunt_kernwaarden_huisartsgeneeskunde_juli_2011.pdf

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2012). *Cardiovasculair risicomanagement*. Geraadpleegd op 15 juni 2017, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement>

Staveren, R. van. (2014). Medicatietrouw door patiëntgerichte communicatie. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 1, 20-24.

Trivedi, R. B., Ayotte, B., Edelman, D., & Bosworth, H. B. (2008). The Association of Emotional Well-being and Marital Status with Treatment Adherence among Patients with Hypertension. *J Behav Med.*, 31(6), 489-497.

Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. (2012). *Beroepsprofiel Verpleegkundige – Deel 3*. Gedownload op 23 maart 2017, van http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

Volksgesondheidszorg.info. (z.d.). *Bloeddruk*. Geraadpleegd op 17 februari 2017, van <https://www.volksgesondheidszorg.info/onderwerp/bloeddruk>

Vrijens, B., Geest, S., de, Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau J., Ruppar, T., . . . Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705.

World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Gedownload op 10 februari 2017, van <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>

World Health Organization. (2010). *Global status report on noncommunicable diseases*. Gedownload op 10 februari 2017, van http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

Bijlage 1 – Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoekers

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	511836
Naam	Maartje van Heuven
Opleiding	Hbo-verpleegkunde
Geboortedatum	26-10-1989
Geboorteplaats	Doetinchem

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze Gedragscode. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- Ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers

Datum	20-02-2017
Handtekening	

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

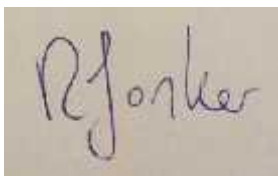
Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	496012
Naam	Raquel Jonker
Opleiding	Hbo-verpleegkunde
Geboortedatum	25-04-1993
Geboorteplaats	's-Hertogenbosch

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze Gedragscode. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- Ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers

Datum	20-02-2017
Handtekening	

Bijlage 2 – Zoekstrategie

Om het theoretisch kader te onderbouwen is er gezocht naar literatuur omtrent de onderwerpen 'chronische patiënt', 'therapietrouw', 'patiënten met hypertensie' en 'praktijkondersteuner'.

Omdat er door de onderzoekers gebruik wordt gemaakt van een beschrijvende onderzoeksvraag zal er niet met een interventie worden gewerkt in de PICO-vraagstelling.

PICO-vraagstelling

Hoofdvraag

Welke gevoelens spelen een rol bij therapietrouw van medicatie bij patiënten met hypertensie die onder behandeling zijn van een praktijkondersteuner?

P = Patiënten met hypertensie

I =

C =

O = Gevoelens die een rol spelen bij therapietrouw van medicatie

Om de hoofdvraag duidelijk te krijgen zijn de volgende deelvragen geformuleerd;

Deelvragen

1. Hoe integreert de praktijkondersteuner therapietrouw van medicatie in de begeleiding bij patiënten met hypertensie?
2. Hoe ervaren patiënten de begeleiding in therapietrouw van medicatie door de praktijkondersteuner?
3. Welke gevoelens met betrekking tot medicatiegebruik komen voor bij de patiënten met hypertensie?
4. Beïnvloeden deze verschillende gevoelens van de patiënt de therapietrouw van de voorgeschreven medicatie?

Zoekstrategie

Om artikelen te vinden is gebruik gemaakt van de medische databases PubMed, Trip en the Cochrane Library. Om eventueel full teksten te vinden is er zo nodig gebruik gemaakt van Google Scholar.

Zoektermen

De zoektermen die zijn gebruik in PubMed zijn eerst vanuit het Nederlands vertaald naar het Engels. Dit is gedaan door de zoektermen los in te vullen in Google Translate om ze van het

Nederlands naar het Engels te vertalen. Vervolgens zijn de Engelse termen ingevuld als MeSH zoekterm. De termen die hier uitkwamen zijn daarna gebruikt in de zoekstring. Mocht er geen MeSH term uit de zoekopdracht komen werden deze zoektermen als vrije term in de zoekstring geplaatst.

Tabel 2: Zoektermen vertaald en in MeSH-termen

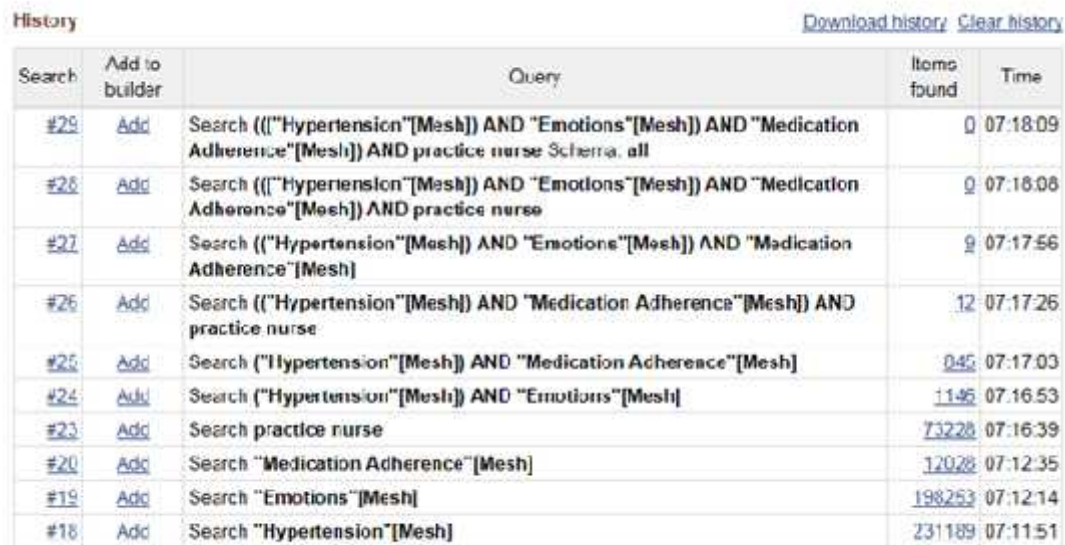
Termen	Engels	MeSH
Hypertensie	Hypertension	Persistently high systemic arterial BLOOD PRESSURE. Based on multiple readings (BLOOD PRESSURE DETERMINATION), hypertension is currently defined as when SYSTOLIC PRESSURE is consistently greater than 140 mmHg or when DIASTOLIC PRESSURE is consistently 90 mmHg or more.
Emoties	Emotions	Those affective states which can be experienced and have arousing and motivational properties.
Therapietrouw	Medication adherence	Voluntary cooperation of the patient in taking drugs or medicine as prescribed. This includes timing, dosage, and frequency.
Praktijkondersteuner	Practice nurse	Vrije term

Inclusiecriteria

- o Patiënten met hypertensie die onder behandeling zijn van een praktijkondersteuner.
 - Medicatiegebruiken voor de hypertensie
 - Verdeling mannen en vrouwen, 50:50
 - Leeftijd tussen de 30 en 70 jaar
- o Patiënt zijn bij de desbetreffende huisartsenpraktijken

Search PubMed

In PubMed is gezocht op eerdergenoemde zoektermen, geformuleerd naar aanleiding van de hoofdvraag zie afbeelding 1.



The screenshot shows the PubMed search history interface. At the top, there are links for 'History', 'Download history', and 'Clear history'. Below this is a table with five columns: 'Search', 'Add to builder', 'Query', 'Items found', and 'Time'. The table lists ten search queries, numbered #18 to #29. The queries are: #29: Search (((Hypertension[Mesh]) AND Emotions[Mesh]) AND Medication Adherence[Mesh]) AND practice nurse Schema: all; #28: Search (((Hypertension[Mesh]) AND Emotions[Mesh]) AND Medication Adherence[Mesh]) AND practice nurse; #27: Search ((Hypertension[Mesh]) AND Emotions[Mesh]) AND Medication Adherence[Mesh]; #26: Search ((Hypertension[Mesh]) AND Medication Adherence[Mesh]) AND practice nurse; #25: Search (Hypertension[Mesh]) AND Medication Adherence[Mesh]; #24: Search (Hypertension[Mesh]) AND Emotions[Mesh]; #23: Search practice nurse; #20: Search Medication Adherence[Mesh]; #19: Search Emotions[Mesh]; #18: Search Hypertension[Mesh]. The 'Items found' column shows the number of results for each query, and the 'Time' column shows the time taken for the search.

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#29	Add	Search (((Hypertension[Mesh]) AND Emotions[Mesh]) AND Medication Adherence[Mesh]) AND practice nurse Schema: all	0	07:18:09
#28	Add	Search (((Hypertension[Mesh]) AND Emotions[Mesh]) AND Medication Adherence[Mesh]) AND practice nurse	0	07:18:08
#27	Add	Search ((Hypertension[Mesh]) AND Emotions[Mesh]) AND Medication Adherence[Mesh]	9	07:17:56
#26	Add	Search ((Hypertension[Mesh]) AND Medication Adherence[Mesh]) AND practice nurse	12	07:17:26
#25	Add	Search (Hypertension[Mesh]) AND Medication Adherence[Mesh]	045	07:17:03
#24	Add	Search (Hypertension[Mesh]) AND Emotions[Mesh]	1146	07:16:53
#23	Add	Search practice nurse	73228	07:16:39
#20	Add	Search Medication Adherence[Mesh]	12028	07:12:35
#19	Add	Search Emotions[Mesh]	198253	07:12:14
#18	Add	Search Hypertension[Mesh]	231189	07:11:51

Afbeelding 1: Search PubMed

Uiteindelijk bleven er negen artikelen over die zijn gescreend op titel, abstract en uiteindelijk full tekst. Na deze screening is één artikel overgebleven die full tekst beschikbaar was en volgens de onderzoekers relevant voor dit onderzoek. Het artikel is geïncludeerd omdat deze verdiepende informatie gaf over patiënten met hypertensie en hun therapietrouw aan medicatie en voldeed aan de inclusiecriteria. De overige artikelen zijn niet meegenomen in dit onderzoek omdat deze volgens de onderzoekers niet voldeden. Dit omdat de in de overige artikelen al werd gesproken over preventie, 'uncontrolled hypertension' en er in werd gegaan op cardiale gevolgen. Dit was niet waar de onderzoekers naar op zoek waren omdat dit onderzoek gaat over hypertensie in het algemeen en hoe het gevoel is bij de (hypertensie) medicatie en of dit de therapietrouw beïnvloedt.

Artikel

Trivedi, R. B., Ayotte, B., Edelman, D., & Bosworth, H. B. (2008). The Association of Emotional Well-being and Marital Status with Treatment Adherence among Patients with Hypertension. J Behav Med., 31(6):489-497.

Dit is een cross sectionele studie uitgevoerd in Duke University Medical Center in Durham in de Verenigde Staten.

Bijlage 3 – Beknopte zoektabel

Tabel 3: Zoektabel

Auteur(s) & naam artikel	Zoekmachine	Zoektermen	Inclusiecriteria
Dijk, L. van, & Dulmen, S. van. (2010). In gesprek over medicijngebruik en therapietrouw.	HAN studiecetra gezocht in online tijdschriften	Praktijkondersteuning	Artikelen met als onderwerp: • Therapietrouw • Medicatietrouw
Gadkari, A. S., & McHorney, C. A. (2011). Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really?	Via sneeuwbalmethode proefschrift opdrachtgever	Niet van toepassing	Artikelen met als onderwerp: • Adherence • Intentional • Unintentional
Laan, J., van der. (2007). Therapietrouw.	HAN studiecetra gezocht in online tijdschriften	Praktijkondersteuning	Artikelen met als onderwerp: • Therapietrouw • Medicatietrouw
Lindquist, L. A., Go, L., Fleisher, J., Jain, N., Friesema, E., & Baker, D. (2011). Relationship of Health Literacy to Intentional and Unintentional Non-Adherence of Hospital Discharge Medications.	PubMed	((unintentional) AND adherence) AND medication	Artikelen waarbij de specifieke betekenis duidelijk werd van 'intentional' en 'unintentional' bij de therapietrouw
Staveren. (2014). Medicatietrouw door patiëntgerichte communicatie.	HAN studiecetra gezocht in online tijdschriften	Praktijkondersteuning.	Artikelen met als onderwerp: • Therapietrouw • Medicatietrouw
Vrijens, B., Geest, S., de, Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau J., Ruppar, T., . . . Urquhart, J. (2012) A new taxonomy for describing and defining adherence to medications.	Via sneeuwbalmethode proefschrift opdrachtgever	Niet van toepassing	Artikelen met als onderwerp: • Adherence (to medications)

Bijlage 4 – Evidence tabel

Tabel 4: Evidence tabel

Auteur en jaartal	Titel	Level of evidence	Design	Populatie en setting	Conclusie
Dijk, L. van & Dulmen, S. van. (2010)	In gesprek over medicijngebruik en therapietrouw	Niveau 6	Mening van expert met gebruik van meerdere artikelen	Gebruik gemaakt van 16 voornamelijk Nederlandse artikelen voor dit onderzoek. Onduidelijk hoe de artikelen zijn verzameld en met welke databases.	In gesprek gaan over therapieontrouw blijkt een interventie die nog niet vaak wordt toegepast. Dit artikel geeft enkele aandachtspunten voor zo'n gesprek voor de POH.
Gadkari, A.S. & McHorney, C.A. (2011)	Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really?	Niveau 4	Cross-sectionele survey	Populatie: 24.017 Amerikaanse volwassene met chronische ziekte volgens Hariis Interactieve Chronic Illness Panel (CIP). Setting: Eigen huis, patiënten reageren om digitaal contact.	Onbewuste therapieontrouw is niet willekeurig maar wordt gelinkt aan geloven in het medicijn, het hebben van een chronische ziekte en socio-demografische factoren.
Lindquist, L. A., Go, L., Fleisher, J., Jain, N., Friesema, E., & Baker, D. (2011)	Relationship of Health Literacy to Intentional and Unintentional Non-Adherence of Hospital Discharge Medications.	Niveau 3	Face-to-face survey; wordt geschaard onder patiënt-controle onderzoek	Populatie: 254 senioren ≥ 70 jaar. Setting: Eigen huis, patiënten wordt thuis gebeld.	Senioren die de voorgeschreven medicatie niet begrijpen hebben hogere kans op therapieontrouw.
Staveren (2014)	Medicatierouw door patiëntgerichte communicatie	Niveau 6	Mening van expert	Het artikel beschrijft hoe je als POH met patiëntgerichte communicatie medicatierouw kunt bevorderen.	De patiënt beslist of en in hoeverre hij/zij medicatie gebruikt. Het is wel belangrijk om in gesprek te blijven over het geneesmiddelen gebruik.
Trivedi, R. B., Ayotte, B., Edelman, D., & Bosworth, H. B. (2008)	The Association of Emotional Well-being and Marital Status with Treatment Adherence among Patients with Hypertension.	Niveau 4	Cross-sectionele studie	Populatie: 636 patiënten met hypertensie. Setting: Duke Universitair Medisch Centrum, Durham V.S.	De resultaten bewijzen de noodzaak om het emotionele welzijn en de aanwezigheid van sociale steun te beoordelen in de eerste lijn.
Vrijens, B., Geest, S.,	A new taxonomy for	Niveau 1A	Systematic review	Gezocht op 'patient compliance' en	Omdat het onderwerp zo

de, Hughes, D. A., Przemyslaw, K, Demonceau J., Ruppar, T. & Urquhart, J. (2012)	describing and defining adherence to medications			'medication adherence' in MEDLINE, EMBASE, CINAHL, the Cochrane Library en PsycINFO. 146 artikelen geïnccludeerd in dit onderzoek.	breed is, is er niet één term die alle lading dekt. Er zijn wel regels nodig waardoor er voor toekomstig onderzoek meer duidelijkheid is over de terminologie en definities. Over vertaling van de Engels termen is nog discussie, dit moet verder worden onderzocht.
---	---	--	--	---	---

Bijlage 5 – Levels of evidence

Onderstaande tabel is gebruikt om de artikelen in te delen op mate van bewijs.

Tabel 5: Level of evidence

Mate van Bewijskracht	
Niveau 1A	Systematische literatuuronderzoek
Niveau 1B	Randomized Control Trial (RCT)
Niveau 2	Cohortonderzoek
Niveau 3	Patiënt-controleonderzoek
Niveau 4	Cross-sectioneelonderzoek
Niveau 5	Patiëntenserie
Niveau 6	Mening expert

(Bours, Eliens,& Strijbol, 2009)

Bijlage 6 – E-mail naar de POH's

Hogeschool Arnhem en Nijmegen, maart 2017

Zorginnovatie in de praktijk

Maartje van Heuven en Raquel Jonker (3e jaars studenten van Verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen) werken momenteel aan hun onderzoeksopdracht waarvoor zij op zoek zijn naar POH's en patiënten om te interviewen. Zij werken aan het onderzoek in opdracht en met begeleiding van de lectoraten *Innovatie in de Care* en *Innovatie in de Publieke Sector* van de HAN. Ze willen graag therapietrouw onderzoeken aan medicatie van patiënten met chronische hypertensie. Aan de hand van dit onderzoek zullen zij adviezen genereren voor POH's over hoe zij om kunnen gaan met therapietrouw in gesprekken met patiënten en hoe zij therapietrouw kunnen verhogen.

Vanuit onderzoek is al bekend dat veel patiënten hun medicijnen niet innemen zoals voorgeschreven. Verschillende redenen daarvoor zijn al onderzocht, zoals bijvoorbeeld gedachten over de noodzaak, vergeten en de complexiteit van het medicijn regime. Echter is nog weinig onderzocht wat het effect is van negatieve gevoelens met betrekking tot medicijnen. Daarnaast zullen Maartje en Raquel onderzoek doen. Zij willen daarvoor graag interviews afnemen met POH's en patiënten. Deze interviews zullen ongeveer 30 tot 60 minuten duren en zullen anoniem behandeld worden.

Voor meer informatie:

Maartje & Raquel: M.vanHeuven@student.han.nl & RRM.Jonker@student.han.nl

Dr. Marian Adriaansen: marian.adriaansen@han.nl (Lector Innovatie in de Care)

Dr. Mieke Kleppe: mieke.kleppe@han.nl (onderzoeker Kenniscentrum Publieke Zaak)

Bijlage 7– Patiënten uitleg onderzoek

Beste mevrouw, meneer,

Wij zijn Maartje van Heuven en Raquel Jonker (3e jaars studenten van Verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen).

Voor ons afstudeeronderzoek willen wij graag door middel van interviews inzicht krijgen in het gebruik van medicatie bij mensen met een hoge bloeddruk. En in de eventuele gevoelens die u kunt ervaren bij het gebruik van uw medicatie voor de hoge bloeddruk.

Voor het afnemen van deze interviews zullen wij elke vrijdagmiddag in mei aanwezig zijn in Huisartsenpraktijk Van de Veerdonk en Geuze. Het interview zal ongeveer 30 tot 45 minuten duren. Wij zouden graag met uw toestemming een geluidsopname maken van het interview, zodat wij het interview kunnen uittypen en anoniem kunnen verwerken in ons onderzoek.

Om u een idee te geven van welke vragen u kunt verwachten hieronder een aantal van de door ons gestelde vragen:

- Hoelang gebruikt u de medicatie?
- Neemt u uw medicatie alleen in bij klachten?
 - o Wat voelt u als klachten?
- Heeft u de dosis/tijdstip/frequentie van uw medicatie weleens aangepast?
 - o Waarom heeft u dit aangepast?
- Hoe voelt u zich bij het innemen van de medicatie?
- Is uw gevoel veranderd ten opzichte van uw medicatiegebruik veranderd in de loop van de jaren sinds u begonnen bent met uw medicatie?

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Maartje & Raquel

Voor vragen mag u altijd contact opnemen met:

Maartje van Heuven: M.vanHeuven@student.han.nl

Raquel Jonker: RRM.Jonker@student.han.nl

Bijlage 8 – Protocol semigestructureerd interview

Hoofdvraag:

Welke gevoelens spelen een rol bij therapietrouw van medicatie bij patiënten met hypertensie die onder behandeling zijn van een praktijkondersteuner?

Doel:

Door middel van interviews inzicht krijgen in de gevoelens die de therapietrouw aan medicatie kunnen beïnvloeden van patiënten met hypertensie.

Doelgroep:

- o Patiënten met hypertensie die onder behandeling zijn van een praktijkondersteuner.
 - Medicatiegebruiken voor de hypertensie
 - Verdeling mannen en vrouwen, 50:50
 - Leeftijd tussen de 30 en 70 jaar
- o Patiënten bij de desbetreffende huisartsenpraktijken

Uitnodiging interview

- o Via affiches in de centrale ruimtes van de huisartsenpraktijken en bij de spreekuren van de praktijkondersteuner worden patiënten op het onderzoek geattendeerd.
- o Patiënten vullen op het formulier gegevens in waardoor de onderzoekers contact kunnen opnemen om een afspraak voor een gesprek in te plannen.
- o Onderzoekers zijn aanwezig in de praktijk om zelf patiënten te vragen deel te nemen aan het onderzoek.

Verslaglegging interviews

- o De afgenomen interviews worden deels getranscribeerd, dit gebeurt aan de hand van de topiclijst.
- o Het uitgetypte interview wordt samengevat digitaal teruggestuurd naar de desbetreffende respondenten, zodat zij deze kunnen controleren op juistheid (member-check).
- o Mocht er na zeven dagen nog geen reactie zijn van respondent op het uitgetypte interview nemen de onderzoekers aan dat de respondent akkoord gaat.

Vertrouwelijkheid

- o Er wordt vertrouwelijk omgegaan met gegeven informatie in interviews. Dit wordt bij de vragen over gevoel en medicatiegebruik nogmaals benadrukt om de patiënt ervan

te verzekeren dat er vertrouwelijk om wordt gegaan met de antwoorden die gegeven worden.

- o Alle persoonlijke gegevens van patiënten worden alleen door de onderzoekers ingezien. Deze worden niet gedeeld met derden. Mochten er gegevens bij zijn die van belang zijn voor het onderzoek worden deze gefingeerd.

Werkwijze

1. Het interview wordt altijd door de twee studentonderzoekers afgenomen. Dit zodat één onderzoeker zich kan focussen op het interview afnemen en de tweede onderzoeker zich ook kan richten op de non-verbale reacties die gegeven kunnen worden door de patiënt en voor eventuele aanvullingen.
2. Bij aanvang van het interview wordt het doel van het interview verteld aan de respondent; "Wij willen door middel van dit gesprek onderzoeken of patiënten gevoelens hebben ten opzichte van de inname van medicatie en of deze gevoelens de inname beïnvloeden. Dit om inzicht te krijgen in de gevoelens van de patiënt ten opzichte van de voorgeschreven medicatie. De uitkomsten van het onderzoek kunnen eventueel gebruikt worden om de therapietrouw van medicatie te bevorderen".
3. Aan de respondenten wordt gevraagd of er een geluidsopname gemaakt mag worden. Deze geluidsopname wordt alleen gebruikt voor het transcriberen van het gesprek, en wordt geanonimiseerd.
4. Het interview wordt afgenomen aan de hand van een topiclijst zie onderstaande tabel (tabel 4).

Tabel 6: Topiclijst

Algemene gegevens	
Leeftijd	
Geslacht	
Hoogst genoten opleiding?	
Hoelang onder behandeling?	
Welke medicatiegebruikt u? En hoe vaak per dag? Hoelang gebruikt u deze medicatie?	
<u>Topic</u>	
Medicatie	o Bent u uw medicatie weleens vergeten in te nemen of twijfelt u weleens of u uw medicatie ingenomen hebt?

	• Zo ja, hoe vaak komt dit voor? - o Neemt u uw medicatie alleen in bij klachten? • Wat voelt u als klachten? - o Heeft u de dosis/tijdstip/frequentie van uw medicatie weleens aangepast? - o Waarom heeft u dit aangepast? - o En hoe vaak? - o Bent u weleens vergeten op tijdig een recept aan te vragen voor uw medicatie? - o Heeft u altijd uw benodigde medicatie in huis? - o Bent u weleens gestopt met uw medicatie zonder overleg met de arts of POH? • Betrof dit een tijdelijke stop? ▪ Waarom bent u gestopt? ▪ Hoe vaak komt dit voor? • Betrof dit een gehele stop van de medicatie? - o Heeft u weleens geweigerd om de voorgeschreven medicatie in te nemen? - o Wat was hiervoor de reden?
Praktijkondersteuner	- o Hoe ervaart u de controles/begeleiding van de POH? - o Kan de POH al uw vragen beantwoorden? - o Voelt u zich goed geïnformeerd over uw aandoening?
Leefstijl	- o Heeft u de laatste paar weken een veranderend inname patroon van u medicatie? - o Neemt u de medicatie anders in dan voorgeschreven staat en waarom? - o Heeft u elke dag routine of is er elke dag een ander dagritme?
Gevoel	- o Hoe voelt u zich bij het innemen van de medicatie? - o Is uw gevoel veranderd in de loop van de jaren sinds uw medicatiegebruik? - o Voelt u zich weleens minder prettig als u uw medicatie inneemt en waarom?

	- o Denkt u veel na over uw medicatie? • Waardoor komt dit? • Waar denkt u dan aan?
Sociale status	- o Bent u alleenwonend/samen/gezin? - o Wat doet u in het dagelijks leven; heeft u regelmaat? - o Is de omgeving op de hoogte van medicatiegebruik? - o Heeft uw omgeving een ondersteunende functie?

Bijlage 9– Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoeker:

In te vullen door de onderzoekspersoon

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik op een voor mij duidelijke manier mondeling (indien mogelijk) en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- De studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
- Ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
- Ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.

Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

- o Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluidsopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat geluidsopnamen of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd.
- o Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluidsopnamen anoniem te gebruiken voor onderwijsdoeleinden die met mij besproken zijn gedurende een afgesproken periode binnen de faculteit GGM van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ik behoud hierbij altijd het recht om de eerder gegeven toestemming in te trekken.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:.....

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb een mondelinge (indien mogelijk) en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage 10 – Hoofd- en subthema's en labels

Tabel 7: Hoofd- en subthema's en labels

Hoofdthema's	Subthema's	Labels
Medicatie	Bijwerkingen	Hoesten
		Bij andere medicatie
		Geen
		Te lage bloeddruk
	Therapietrouw	Frequentie vergeten
		Recept/apotheek
		Nooit gestopt
		Gestopt zonder overleg
		Gestopt met overleg
		Geheugensteun
		Twijfel
		Geen twijfel
		Vergeten
		Nooit vergeten
		Verandering tijdstip
		Verandering Dosis
		Nooit geweigerd
		Risico inzicht/kennis
		Verandering innamepatroon
		Klachten
Praktijkondersteuner	Controle	Kennis
		Informatie
		Bloeddruk meten
	Contact	Gevoel
Leefstijl	Routine	Hetzelfde
		Verschillend
		Druk
	Beweging	Voldoende
		Rustig
	Gezondheid	Bewust mee bezig
Gevoel	Weerstand	Patiëntinitiatief stoppen
		Patiëntinitiatief afbouwen
		Pijnstillers
		Onbekende gevolgen
		Bijwerkingen
	Neutraal	Schaamte/zwakheid
		Liever geen medicatie

	Acceptatie	
Sociale status	Woonsituatie	Partner
		Partner, kinderen uit huis
		Partner, kinderen thuis
		Weduwe
	Omgeving	Ingelicht
		Niet ingelicht
		Ondersteunende factor
		Geen ondersteunende factor