

Best Practice project

Het kan beter!!

Project gericht op de kwaliteitsverbetering van het behandeltraject van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken.



Naam:	Marie-Jose Pepping
Student nummer:	1231823
Opleiding:	Masteropleiding Advanced Nursing Practice Academie Gezondheidszorg Utrecht
Groep:	M-ANP GGZ 2005
Module:	Best Practice
Datum:	Juni 2007
Begeleider:	Jean-Jacques Georges
Woorden:	17.356

Inhoudsopgave

Inleiding	5
1. Probleemstelling	7
1.1 Omvang van het probleem	
1.2 Traject antidepressiva gebruikers sector ouderen RIAGG IJsselland	
1.3 Relevantie van het probleem	
1.4 Vraagstelling	
2. Literatuurstudie	11
2.1 Methode	
2.2 Resultaten	
2.2.1 <i>Depressie bij ouderen</i>	
2.2.2 <i>Risico factoren voor de ontwikkeling van een depressie bij ouderen</i>	
2.2.3 <i>De behandeling van een depressieve stoornis bij ouderen</i>	
2.2.4 <i>De risicofactoren van het gebruik van een antidepressivum</i>	
2.2.5 <i>Factoren die de therapietrouw beïnvloeden</i>	
2.2.6 <i>Beoordelingsinstrument DAI-10</i>	
2.3 Conclusie literatuuronderzoek	
3. Praktijkgericht onderzoek	26
3.1 Methode	
3.2 Resultaten en conclusies deelonderzoeken praktijkgericht onderzoek	
3.2.1 <i>Resultaten en conclusie inventariserend onderzoek aantal patiënten die antidepressivum gebruiken</i>	
3.2.2 <i>Resultaten en conclusie semi-gestructureerd interview met experts</i>	
3.2.3 <i>Resultaten en conclusie semi-gestructureerd onderzoek met cliënten die een antidepressivum gebruiken</i>	
3.2.4 <i>Resultaten Drug Attitude Inventory Scale 10</i>	
4. Discussie praktijkgericht onderzoek	46
4.1 Terugblik op de resultaten van het praktijkgericht onderzoek	
4.2 Terugblik op de methode van onderzoek	
5. Conclusie en aanbevelingen van het literatuuronderzoek en het praktijkgericht onderzoek	49
5.1 Conclusie	
5.2 Aanbevelingen voor de praktijk	
6. Project ter optimalisering van antidepressiva gebruik bij thuiswonende ouderen	56
6.1 Structuur behandeltraject voor de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken	
6.2 Het implementatieplan	
6.3 Evaluatie	
6.4 De rol van de MANP binnen dit project	
7. Discussie	68
Referenties	73

Bijlagen	76
Bijlage 1: Interview collega's	I
Bijlage 2: Interview patiënten	II
Bijlage 3: DAI-10	III
Bijlage 4: Samenvatting interview	IV
Bijlage 5: Factoren van invloed op de ontwikkeling van medicatie-ontrouw	X
Bijlage 5: ZONMW aanvraag	XII

Samenvatting

Dit project begint met een praktijkgericht onderzoek en een literatuur onderzoek gericht op de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken. Hieruit blijkt dat medicatie-ontrouw een veelvoorkomend probleem is waardoor er een groot risico ontstaat voor toenemende gezondheidsproblemen voor de doelgroep.

Ook blijkt dat er in de praktijk van de sector ouderen van het RIAGG IJsselland te weinig aandacht aan dit probleem besteed wordt.

Op basis van deze bevindingen wordt er een voorstel gedaan om de signalering van medicatie-ontrouw binnen het huidige traject te implementeren. Hiervoor wordt een meetinstrument, de DAI 10 gebruikt. Deze richt zich op één van de beïnvloedende factoren van medicatie-ontrouw, namelijk de denkwijze van de patiënt ten aanzien van medicatie. De implementatie zal in de vorm van een pilot-project gestalte krijgen.

Uit het praktijkgericht onderzoek komt daarnaast naar voren dat er geen constant zorgaanbod geboden wordt aan de doelgroep en dat de huidige interventies weinig transparant zijn. Om die reden wordt er ook een plan geschreven voor een kwalitatieve verbetering van het totale behandeltraject van ouderen die een antidepressivum gebruiken.

Dit alles resulteert in het uiteindelijke doel van dit project, een optimalisering van de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken waardoor de signalering van medicatie-ontrouw eerder plaats vindt.

Inleiding

Dit Best Practice project gaat over de medicamenteuze behandeling bij thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken, en richt zich op de werksetting van de sector ouderen van het RIAGG IJsselland. Dit project wordt geschreven in het kader van de opleiding tot Master of Advanced Nurse Practitioner (MANP) aan de Academie Gezondheidszorg in Utrecht.

Ik ben werkzaam, als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV), bij de sector ouderen van het RIAGG IJsselland, een GGZ instelling voor ambulante hulpverlening voor mensen met psychisch en psychiatrische problematiek. De organisatie is verdeeld in de sector jeugd, volwassenen, ouderen en preventie. De sector ouderen is verdeeld in twee regio's waarin psychiatrische diagnostiek en behandeling plaats vindt van ouderen vanaf 60 jaar met diverse psychiatrische problemen. Deze sector bestaat uit een multidisciplinaire team dat bestaat uit 2 psychiaters, 3 psychologen, 9 Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPVen) en 4 Psychiatrisch Intensieve Thuiszorgverpleegkundige (PIT-verpleegkundigen) en 4 Thuiszorgondersteuning Psychogeriatric (TOPverpleegkundigen).

De aangemelde populatie binnen de sector ouderen bestaat voor een groot deel uit ouderen met een depressieve stoornis, waarbij na de diagnostiekfase, vaak een medicamenteuze behandeling gestart wordt met een antidepressivum. Medicatie-ontrouw komt regelmatig voor, waardoor de depressie niet goed behandeld kan worden en terugval van de depressie ontstaat. Hiernaast is er nog een groep patiënten die voor hun verdere leven een antidepressivum moeten slikken en niet meer in behandeling van het RIAGG zijn. Na verloop van tijd stopt men met het antidepressivum, waarna terugval van de depressie optreedt. Vaak wordt men dan weer aangemeld bij het RIAGG.

Binnen het RIAGG IJsselland is het behandelaanbod voor ouderen die een antidepressivum gebruiken niet in een protocol of programma vastgelegd. Het is op dit moment niet duidelijk, of hulpverleners voldoende zicht hebben op factoren die een rol spelen bij medicatietrouw. Ook is niet bekend of er medicatietrouw bevorderende interventies verricht worden.

Momenteel wordt er binnen de sector ouderen voor geen enkele doelgroep gewerkt met vast omlijnde zorgprogramma's, protocollen of modules, de ontwikkeling hiervan is een aandachtspunt voor de komende periode.

Dit alles resulteerde in de wens om meer duidelijkheid te krijgen in de bepalende factoren van medicatietrouw bij ouderen en te bekijken hoe medicatietrouw bevorderd kan worden. Omdat het tevens past binnen het sector beleid om zorgmodules te gaan omschrijven, is de keuze gemaakt om het Best Practice project te richten op het probleem van medicatie-ontrouw van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken.

In dit project wordt tevens nagegaan wat de rol van de Nurse Practitioner hierbij kan zijn. Het uitgangspunt is dat relevante, wetenschappelijke inzichten kritisch worden gespiegeld aan de praktijk van het RIAGG IJsselland, om uiteindelijk door middel van integratie en synthese te komen tot een creatieve en relevante oplossing voor de praktijk.

Na vaststelling van de vraagstelling en doelstelling van deze studie wordt in de eerste fase een literatuuronderzoek verricht waarna een praktijkgericht onderzoek plaats vindt. Op basis van deze bevindingen krijgt het project verder vorm in een plan voor de praktijkvoering gericht op een kwaliteitsverbetering van het behandeltraject van ouderen die een antidepressivum gebruiken.

1. Probleemstelling

1.1. Omvang van het probleem

Dat een depressie een veel voorkomende psychiatrische stoornis is, blijkt uit de jaarprevalentie. In 2003 leed naar schatting 6,3% van de inwoners van Nederland van 13 jaar en ouder aan depressie. In totaal waren dat 856.000 mensen, waarvan ongeveer 740.000 een depressieve stoornis hadden, en 116.000 dysthymie. Depressie komt tweemaal zo veel voor bij vrouwen als bij mannen. Van alle inwoners van Nederland van 13 jaar en ouder leed in 2003, 4,3% van de mannen, en 8,2 % van de vrouwen aan depressie. In totaal zijn dat 290.000 mannen en 567.000 vrouwen, ouder dan 13 jaar. Ongeveer één op de achttien ouderen vanaf 65 jaar (5,7%), leed het afgelopen jaar aan depressie. Dat zijn in totaal 128.000 mensen (Verhulst et al., 1997).

Voor het werkgebied van het RIAGG IJsselland, waar 46.679 ouderen boven de 65 jaar wonen, betekent dit dat er in het totaal 2661 ouderen aan een depressie lijden. Dit aantal is niet helemaal correct, omdat bij het RIAGG IJsselland binnen de sector ouderen, ouderen vanaf 60 jaar behandeld worden wat betekent dat er bovenop dit aantal nog een gedeelte van de volwassen populatie geteld moet worden.

Een depressie wordt vaak behandeld met medicatie, wat ook blijkt uit de multidisciplinaire richtlijnen voor een depressie (Van der Velden, 2005). Hierin wordt een indicatie aangegeven voor een antidepressivum voor verschillende soorten depressies.

1.2. Traject antidepressiva gebruikers sector ouderen van het RIAGG IJsselland

De aanmelding van de patiënten bij het RIAGG gebeurt via de huisarts. Bij patiënten met een depressie is soms de huisarts gestart met een antidepressivum. Als de patiënt daar niet op reageert, kan de patiënt alsnog doorgestuurd worden naar het RIAGG. Het monitorbeleid van de huisartsen in de regio is verschillend. Sommige huisartsen maken actief vervolgafspraken voor de begeleiding van de medicatie en anderen laten dat afhangen van de patiënt.

Ook worden patiënten waarbij een vermoeden bestaat van een depressieve stoornis, soms direct door de huisartsen aangemeld bij het RIAGG IJsseland.

Deze zijn dan nog niet gestart met een antidepressivum en dit traject wordt dan binnen de sector ouderen opgestart.

Na de aanmelding zijn er, binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsseland, twee trajecten met betrekking tot de monitoring van medicatie. In sommige situaties wordt dit gedaan door de psychiater maar in de meeste situaties door de anderen hulpverleners zoals psychologen of SPVen. De indicatie voor een antidepressivum wordt altijd afgegeven door psychiater, na een psychiatrisch consult.

1.3 Relevantie van het probleem

De redenen van vroegtijdig stoppen of het verkeerd innemen van de medicatie zijn divers en variëren van last hebben van de bijwerkingen, weerstand tegen inname medicatie tot onvoldoende voorlichting over de werking van de medicatie (Guchelaar, 2005).

Met name bij ouderen is er vaak sprake van een slechte therapietrouw. De combinatie van (mentale) achteruitgang (bijv. vergeetachtigheid, maar ook een verminderd gezichtsvermogen), co- morbiditeit en polyfarmacie zou hiervoor verantwoordelijk kunnen zijn.

In de literatuur worden wisselende cijfers gegeven over het voorkomen van medicatie-ontrouw, variërend van 50 % tot 70 %, en in sommige situaties zelfs meer. Uit een overzichtsonderzoek van Nivel door van den Brink-Muinen et al. (2004) wordt duidelijk dat er in de onderzoeken verschillende definiëringen gebruikt worden voor medicatie-ontrouw. Hierdoor zijn de onderzoeken niet altijd goed met elkaar te vergelijken. Zo wordt er soms wel en soms niet een verschil gemaakt tussen het vroegtijdig stoppen of het verkeerd innemen van de medicatie. Bij de GIP databank (2006), worden deze twee aspecten uit elkaar gehaald. Op deze twee aspecten wordt hieronder verder ingegaan.

Het percentage, van alle nieuwe gebruikers van een antidepressivum, dat vroegtijdig stopt was in 2002-2003 58%, en van alle bestaande gebruikers van een antidepressivum 20% .

Het percentage van alle gebruikers van een antidepressivum, dat het middel niet volgens voorschrift innam, was in 2002-2003 van de nieuwe gebruikers 90% en van de bestaande gebruikers 77% (GIP databank, 2006).

Uit resultaten van onderzoek verricht door Keller et al. (1998) en Reynolds et al. (1999) blijkt dat het vroegtijdig stoppen met antidepressiva in verband staat met een hoog percentage terugval van de depressie. Zij beschrijven dat, op basis van studies met verschillende follow-up duur, algemeen aangenomen wordt dat na de acute fase de behandeling met antidepressiva minimaal vier tot negen maanden moet worden voortgezet. Zij refereren tevens aan een aantal andere studies, waaruit het belang blijkt van een onderhoudsbehandeling bij patiënten die meerdere depressies doormaakten. Deze onderhoudsbehandeling voorkomt terugval van de verschijnselen van een depressie.

Medicatie-ontrouw kan leiden tot medisch en psychosociale complicaties van de ziekte, afname van de kwaliteit van leven van de patiënt, ondoelmatige besteding van financiële middelen en toename van indirecte kosten (extra zorg, toename ziekteverzuim e.d.). Er zijn dus duidelijke risico's voor de patiënt en de maatschappij (Sabate et al., 2003).

Medicatie-ontrouw bij het gebruik van een antidepressivum is een erkend probleem; het gaat om een relatief grote groep die geen adequate behandeling ondergaat.

1.4 Vraagstelling

Binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland is er geen geprotocolleerd behandel aanbod voor ouderen die een antidepressivum gebruiken. Hierdoor wordt er niet voldoende aandacht gegeven aan het bevorderen van medicatietrouw. Mogelijk is er daardoor meer terugval van de depressie en krijgen cliënten niet de passende behandeling. Het is ook onduidelijk hoe dit behandeltraject inhoudelijk verloopt. Tevens is niet duidelijk welke factoren van invloed zijn op de medicatietrouw van ouderen die een antidepressivum gebruiken en hoe cliënten het huidige aanbod ervaren.

Vanuit deze constatering en onduidelijkheden ontstond de behoefte, de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen (vanaf 60 jaar), met een antidepressivum verder te analyseren.

Dit wordt gedaan in een praktijkgericht onderzoek en een literatuuronderzoek.

Op basis van bovenstaande bevindingen wordt voor deze onderzoeken de volgende vraagstelling geformuleerd:

Waaruit bestaat het behandeltraject van de medicamenteuze behandeling van patiënten die een antidepressivum voorgeschreven krijgen, binnen de sector ouderen van het RI-AGG IJsselland en welke factoren beïnvloeden de medicatietrouw van deze patiënten?

De doelstelling voor deze onderzoeken is:

Het is bekend, waaruit het behandeltraject van de medicamenteuze behandeling van patiënten die een antidepressivum voorgeschreven krijgen binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland bestaat en welke factoren de medicatietrouw van deze patiënten beïnvloeden.

Op basis van de bevindingen uit het praktijkgericht onderzoek en literatuuronderzoek wordt een kwaliteitsverbetering voor de praktijkvoering van de doelgroep voorgesteld.

De uiteindelijke doelstelling voor dit project is:

Het systematisch optimaliseren van de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken.

In hoofdstuk 2 vindt een literatuuronderzoek plaats waarin begrippen en concepten gedefinieerd worden en achtergrond informatie, relevant voor de analyse, worden onderzocht. Hierna vindt in hoofdstuk 3 een praktijkgericht onderzoek plaats.

2. Literatuurstudie

Deze literatuurstudie is er op gericht inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn op medicatietrouw van patiënten die een antidepressivum gebruiken. Dit is een van de onderdelen van de hoofdvraag van deze studie.

Hiernaast is de literatuurstudie erop gericht om termen en begrippen te definiëren en om inzicht te krijgen in de achtergronden van de behandeling van ouderen met een antidepressivum. Vervolgens wordt deze informatie gebruikt in het praktijkgericht onderzoek, wat na deze literatuurstudie plaats vindt.

Omdat een antidepressivum in de meeste situaties bij een depressieve stoornis voorgeschreven wordt, wordt het concept 'depressie bij ouderen' (§ 2.2.1) en risicofactoren voor de ontwikkeling van een depressie bij ouderen (§ 2.2.2) uitgewerkt. Hiernaast worden de concepten 'behandeling van een depressieve stoornis bij ouderen' (§ 2.2.3), 'risicofactoren van de medicamenteuze behandeling' (§ 2.2.4), 'factoren die therapietrouw beïnvloeden' (§ 2.2.5) en de Drug Attitude Inventory (§ 2.2.6) uitgewerkt.

2.1 Methode

Voor het zoeken van de literatuur is gezocht in Pubmed en Cochrane met de volgende zoektermen: *elderly*, *depression*, *medication* en *compliance*. Hier werden in het totaal 169 hits gevonden, waarbij via genoemde links eveneens artikelen werden gevonden. Hierbij werd gelet op het feit of deze artikelen op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd waren.

Tevens is er gebruik gemaakt van de cross referentie methode: in deze methode wordt in bestaande literatuur gezocht naar belangrijke referenties. Omdat in deze referenties vaak een boek van Knoppert et al (1998) werd genoemd, is ook dit boek voor deze studie gebruikt. In dit boek wordt soms verwezen naar oudere onderzoeken. Gezien de relevantie van deze onderzoeken zijn deze ook gebruikt voor deze studie.

Met de bovengenoemde zoektermen werd eveneens gezocht op Google, alwaar 761 hits werden gevonden waarvan velen niet bruikbaar waren omdat ze niet gebaseerd waren op wetenschappelijk onderzoek. Ook werden de sites van het Trimbos Instituut en het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik (DGV) bezocht.

2.2 Resultaten

2.2.1 *Depressie bij ouderen*

Het DSM-IV classificatiesysteem is leidend in de psychiatrische praktijk. Om die reden worden in deze paragraaf, de symptomen van een depressie beschreven volgens het classificatiesysteem de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

In de DSM-IV worden de volgende negen symptomen beschreven behorend bij een depressie:

1. Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag.
2. Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag.
3. Duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename.
4. Slapeloosheid of overmatig slapen, bijna elke dag.
5. Psychomotorische agitatie of remming, bijna elke dag.
6. Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag.
7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens, bijna elke dag.
8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluitenloosheid, bijna elke dag.
9. Terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen zijn gemaakt, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

Voor de depressieve stoornis ofwel depressie in engere zin moeten vijf van bovenstaande symptomen aanwezig zijn waaronder ten minste de depressieve stemming en verlies van interesse, gedurende twee weken.

Bij ouderen vindt vaak de misvatting plaats dat somberheid bij de ouderdom hoort (Sarlari et al., 2000). Hoewel een depressieve stemming kenmerkend is voor een depressieve stoornis, staat deze bij ouderen vaak niet op de voorgrond. Verlies van interesse, plezier in het leven en verlies van energie staan meer op de voorgrond. Ook zijn depressieve ouderen vaak geneigd zich met lichamelijke klachten te presenteren.

Bij een depressieve stoornis komen bij ouderen vaker wanen en agitatie voor, is er vaker sprake van cognitieve stoornissen en speelt de somatische co-morbiditeit met grote regelmaat een rol (Verhey, 1997). Hierdoor kan de depressie gemakkelijk gemaskeerd worden.

De risicofactoren voor het ontwikkelen van een depressie van ouderen worden in de volgende paragraaf besproken.

2.2.2 Risico factoren voor het ontwikkelen van een depressie bij ouderen

Bij ouderen ontstaat een depressie vaak heel geleidelijk. Vaak is het ontstaan van een depressie niet verbonden aan één duidelijke oorzaak maar ontstaat door een combinatie van biologische, sociale en psychische factoren (Heeren et al., 1997).

In onderstaande tabel worden de meest voorkomende factoren beschreven.

Tabel: Factoren gerelateerd aan het ontstaan van een depressie bij ouderen

Biologische factoren	Sociale factoren	Psychische factoren
• erfelijkheid • gebruik van bepaalde stoffen - alcohol - hormonen - medicijnen • invaliditeit • ziekte	• verdrietige of schokkende gebeurtenissen • pensionering • verhuizing • heimwee (allochtone ouderen)	• persoonlijke eigenschappen • vermogen om problemen op te lossen. • vermogen om verdriet te verwerken • vermogen om steun te vragen

Zoals in bovenstaande tabel beschreven, is het ontstaan van een depressie bij ouderen vaak een combinatie van verschillende factoren. Bij sommige lichamelijke aandoeningen moeten depressieve gevoelens vooral gezien worden als een symptoom van de aandoening. Hierbij gaat het om ziektes die de huishouding van onder andere neurotransmitters in de hersenen beïnvloeden zoals: kanker, neurologisch aandoeningen (beroerte, multiple sclerose en de ziekte van Parkinson), hormonale aandoeningen, lupus, infecties, stoornissen in de stofwisseling en voedingstekorten. Soms is de depressie een bijwerking van voorgeschreven medicijnen. Bloeddrukverlagers, bepaalde hormonen en Parkinsonmiddelen, kunnen deze stoornis veroorzaken.

Bij chronische lichamelijke ziektes kan een psychologische reactie op de consequenties van de ziekte een depressie veroorzaken. Tenslotte kan een depressie het eerste verschijnsel zijn van een lichamelijke ziekte, depressies gaan vaak vooraf aan hart- en vaatziekten. Het hoe en waarom van dit verband is nog niet duidelijk (Trimbos Instituut, 2006).

Verder kunnen de depressieve verschijnselen het begin zijn van bijvoorbeeld een zich ontwikkelende dementie en andere psychiatrische ziektebeelden (Heeren et al., 1997).

Alhoewel de lichamelijke factoren meer uitgebreid beschreven zijn, hebben ook de sociale en psychische factoren een grote invloed op de ontwikkeling van een depressie bij ouderen.

De behandeling van een depressie bij ouderen wordt in de volgende paragraaf beschreven.

2.2.3 De behandeling van een depressieve stoornis bij ouderen

Zoals beschreven vindt bij ouderen vaak de misvatting plaats dat somberheid bij ouderdom hoort, waardoor er geen passende behandeling gegeven wordt (Salari et al., 2000). Maar uit Nederlands onderzoek bij zelfstandig wonende ouderen blijkt dat, ook als de depressie wel wordt herkend, in veel gevallen geen of onvoldoende maatregelen worden getroffen om de ziekte te behandelen (Beekman et al., 2004). De therapie van een depressie bij ouderen verschilt in principe niet fundamenteel van die van andere volwassenen (Praag, van, 2000). Een depressie is dus, ook bij somatische co-morbiditeit, goed te behandelen. Uit epidemiologische en interventie studies blijkt dat verschillende interventies een gunstig effect op depressie bij ouderen hebben: 1) farmacologische behandeling, 2) psychotherapeutische behandeling, 3) manipulatie van het milieu, 4) optimaliseren van somatische problemen. Gecombineerde behandeling (met o.a. psycho-educatie, gedragstherapie, medicatie) blijkt tot een beter herstel van depressie te leiden, vergeleken met afzonderlijke interventies (Beekman et al., 2004).

Gezien het hoofddoel van deze studie, wordt voornamelijk de medicamenteuze behandeling van een depressie toegelicht. Omdat er verschillende soorten antidepressiva zijn worden deze eerst besproken.

De verschillende soorten en de werking van antidepressiva

- Klassieke tricyclische anti-depressiva (TCA's) bijvoorbeeld : Tryptizol, Anafranil, Nortrilen: de werking berust op verhoging van de hoeveelheid neurotransmitters in de hersenen. TCA's remmen de heropname van noradrenaline en serotonine.
- Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) bijvoorbeeld : Cipramil, Prozac, Fevarin en Seroxat: de werking berust op verhoging van de hoeveelheid neurotransmitters in de hersenen. SSRI's remmen vrijwel alleen de heropname van serotonine.
- Overige niet-tricyclische anti-depressiva waaronder SNRI's bijvoorbeeld: Efexor en Exel, NaSSa's bijvoorbeeld: Remeron: de werking van beiden berust op remming van de heropname van de neurotransmitters serotonine en noradrenaline in de hersenen.
- MAO-A remmer bijvoorbeeld: Parnate en Nardil: de werking berust op de remming van de afbraak van neurotransmitters.

Behandeling met een antidepressivum

Van der Velde (2005) beschrijft in de Multidisciplinaire richtlijnen voor depressie wanneer welke vorm van behandeling geïndiceerd is namelijk:

Bij patiënten met een ernstige depressieve stoornis komt een antidepressivum als monotherapie als eerste stap in de behandeling in aanmerking, in het bijzonder bij de depressieve stoornis met melancholische of psychotische kenmerken. Een combinatie van psychotherapie met een antidepressivum is bij patiënten met een lichte tot matige depressieve stoornis geïndiceerd. Dit bij onvoldoende respons op monotherapie, dat wil zeggen alleen psychotherapie of alleen medicatie.

Hoe hoger de leeftijd waarop een eerste episode van een depressie optreedt, hoe hoger het terugvalrisico. Om die reden worden deze ouderen op een onderhoudsdosering, met een antidepressivum, ingesteld. Met het toenemen van het aantal episoden en het stijgen van de leeftijd wordt het beloop van de depressie ernstiger, de respons op behandeling met klassieke antidepressiva kan afnemen of zelfs verdwijnen en de gevolgen van de aandoening worden steeds duidelijker (Frank et al., 1990).

Het eerst aangewezen antidepressivum bij ouderen zijn SSRI's, omdat deze minder bijwerkingen veroorzaken dan bijvoorbeeld de TCA's, wat weer minder leidt tot het staken van de medicatie (Praag van, 2000).

Deze twee belangrijke risicofactoren van het gebruik van een antidepressivum, namelijk de bijwerkingen en de medicatie-ontrouw, worden in de volgende paragraaf uitgewerkt.

2.2.4 De risicofactoren van het gebruik van een antidepressivum

Bijwerkingen van antidepressiva

De oudere patiënt is gevoeliger voor bijwerkingen van medicatie, vermoedelijk omdat ze trager of minder efficiënt worden afgebroken en trager worden uitgescheiden. De oudere patiënt gebruikt vaak meerdere soorten medicatie en men zal op de hoogte moeten zijn van eventuele interacties en onverenigbaarheden. Bij iemand ouder dan zeventig jaar is de kans op het optreden van een bijwerking van medicatie zevenmaal groter dan bij iemand van onder de dertig jaar (Guchelaar, 2005).

Het gebruik van een antidepressivum gaat regelmatig gepaard met bijwerkingen. Sommige bijwerkingen ziet men vaker optreden bij ouderen; bijvoorbeeld het optreden van orthostatische hypotensie door antidepressiva en nierinsufficiëntie door NSAID's. Bijwerkingen van geneesmiddelen behoren tot de vijf voornaamste klachten waarmee mensen boven de 65 jaar bij de huisarts komen. Een probleem hierbij is dat de optredende bijwerkingen vaak niet erg specifiek zijn. Zo zijn moeheid, prikkelbaarheid, neerslachtigheid of ongecoördineerd bewegen veel voorkomende bijwerkingen, die vaak worden toegeschreven aan de ouderdom en niet aan de gebruikte geneesmiddelen en daardoor niet als bijwerking herkend worden. Dit komt vooral voor wanneer meerdere medicijnen tegelijk worden voorgeschreven, vaak door verschillende specialisten, die niet op de hoogte zijn van elkaars prescripties. Het op verschillende tijden medicijnen in moeten nemen, de leesbaarheid van bijgesloten informatie en de wijze van verpakking, kan problemen opleveren voor de ouderen, waardoor fouten gemaakt kunnen worden.

Omdat de bijwerkingen van een antidepressivum eerder optreden dan het antidepressieve effect, zal dit eerder tot medicatie-ontrouw leiden (Knoppert, 1998). De medicatie-trouw van gebruikers van een antidepressivum is matig tot slecht: ongeveer de helft van de patiënten stopt binnen 3 maanden de behandeling met een antidepressivum. Daarnaast breken veel patiënten ook andere vormen van behandeling voortijdig af (Vergouwen et al., 2002). In de literatuur wordt vooral de term therapie-ontrouw gebruikt.

Om die reden wordt in de volgende paragraaf voornamelijk over therapietrouw of therapie-ontrouw gesproken in plaats van medicatietrouw of medicatie-ontrouw.

Therapie--ontrouw bij ouderen die een antidepressivum gebruiken

In onderzoek naar therapie-ontrouw worden verschillende definities gebruikt voor de term therapie-ontrouw (Nivel, 2004). Bij sommige onderzoeken spreekt men enkel over ontrouw als mensen vroegtijdig stoppen en bij anderen heeft men het over therapie-ontrouw als men stopt met de behandeling of deze niet volgens afspraak opvolgt. In Knoppert et al. (1998) wordt onder therapie-ontrouw verstaan, elke afwijking van de niet medicamenteuze of medicamenteuze aanbevelingen, die het beoogde therapeutische resultaat negatief beïnvloedt. Onder afwijkingen van medicamenteuze aanbevelingen verstaat men het niet ophalen van medicatie, het minder vaak of vaker innemen van de medicatie dan is voorgeschreven, verkeerd tijdstip van inname, onjuiste dosering en verkeerde wijze van toediening.

Steeds vaker wordt de term 'compliance' (therapietrouw) vervangen door 'concordance'. Bij concordance is er sprake van een weloverwogen afspraak (partnerschap) tussen de patiënt en hulpverlener over leefwijze en/of gebruik van medicatie, waarbij rekening gehouden wordt met het eigen oordeel van de patiënt over zorg, welzijn, gezondheid en risico's (DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, 2006).

Bij compliance is het voorschrijven van een recept vaak het eind van het consult. Bij concordance begint dan een traject van uitwisselen van informatie, coachen, onderhandelen en gezamenlijk tot een besluit komen. Wat zijn de opties, welke sluiten het meest aan bij de patiënt? De patiënt levert dus een veel actiever deel aan de besluitvorming. Wanneer een patiënt verantwoordelijk deelgenoot wordt gemaakt en mede keuzes maakt en deze niet van boven af voorgeschreven krijgt, levert dit meer medicatietrouw op. Een goede relatie tussen de patiënt en de behandelaar levert een veel grotere therapietrouw op. (DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, 2006).

Therapietrouw is multi-factorieel bepaald waarbij er naast factoren gelegen bij de patiënt ook factoren aan de kant van de artsen en aan die van de organisatie, de structuur en de financiering van de gezondheidszorg er toe bij dragen. In de volgende paragraaf zal nader op deze factoren ingegaan worden.

2.2.5 Factoren die de therapietrouw beïnvloeden

De literatuur over therapietrouw kan verdeeld worden in publicaties vanuit een psychologische benadering en publicaties vanuit een medisch-biologische en farmaceutische benadering.

De psychologische benadering

Binnen deze benadering vraagt men zich af waarom een bepaalde patiënt therapie-ontrouw is of niet, en waarom deze therapie-ontrouw soms zelfs een betekenisvolle reactie kan zijn (Knoppert et al., 1998). Het is een benadering die tot doel heeft te achterhalen waarom een individuele patiënt met zijn specifieke cognities en emoties, met zijn specifiek relationele context en zijn specifieke relatie met de arts, wel of niet therapie-trouw zal zijn. Deze psychologische benadering kan ertoe leiden de therapie-ontrouw te respecteren in plaats van te bestrijden.

Deze benadering is zeer interessant maar wordt in deze studie niet verder uitgewerkt.

De medisch-biologische benadering

In deze benadering vraagt men zich af welke kenmerken bepalend zijn zodat men therapietrouw kan voorspellen. Het doel hiervan is om strategieën te ontwikkelen die de therapietrouw stimuleren (Knoppert et al., 1998).

In deze paragraaf worden de factoren, van invloed op therapietrouw, aan de hand van twee studies beschreven. De eerste studie is het boek van Knoppert et al. (1998) en de tweede studie is een overzichtstudie, uitgevoerd door Nivel (2004), van Nederlandse onderzoeken die gericht zijn op factoren die van invloed zijn op therapietrouw.

Er wordt een indeling gemaakt in factoren die de therapietrouw vergroten en factoren die de therapietrouw verkleinen.

Factoren die de therapietrouw vergroten

Aspecten van de aandoening

Aandoeningen waarbij de relatie tussen therapieontrouw en terugkeer van de klachten erg duidelijk is (zoals bij diabetes) geven meer therapietrouw dan aandoeningen waarbij deze relatie minder duidelijk is, zoals bij depressie (Knoppert et al., 1998).

Slaapstoornissen kunnen de kans op therapietrouw vergroten (Nivel, 2004). Omdat mensen slaapproblemen als een groot probleem ervaren, volgt men de voorgeschreven behandeling graag op.

Patiëntenkenmerken

Opvattingen van de patiënt omtrent ziekte en gezondheid en medicatie spelen een rol bij therapietrouw. Als patiënten zich vatbaar achten voor een ziekte, geloven dat de ziekte nadelige gevolgen heeft en de nadelen van de behandeling acceptabel vinden, zullen ze meer therapietrouw zijn (Vergouwen et al., 2002).

Psychologische kenmerken van patiënten zoals een positieve houding ten opzichte van medicatie, motivatie ofwel gepercipieerde noodzaak van medicatie, ziektepercepties, copingpatroon en persoonlijke effectiviteit, hebben een positief verband met therapietrouw (Nivel, 2004).

Geneesmiddelenvoorschrift, labeling en het systeem van geneesmiddelenverstrekking

Er zijn verschillende eigenschappen van geneesmiddelen die een belangrijk gevolg hebben voor de verwachting van de cliënt, de acceptatie en de therapietrouw. Monotherapie resulteert in een betere therapietrouw dan veelsoortige medicatie. Tevens geeft eenmaal daags doseren een betere therapietrouw dan meerdaags. Geneesmiddelen met een lange halveringstijd zijn dus te verkiezen boven middelen met een korte halveringstijd (Eisen et al., 1990). Geneesmiddelenverstrekking in een veelvoud van zeven resulteert in een betere therapietrouw dan in een veelvoud van tien en ook een kalenderverpakking is een goed hulpmiddel gebleken. Depotpreparaten geven een grotere therapietrouw dan orale middelen, capsules blijken effectiever dan tabletten en grote tabletten effectiever dan kleine (Blackwell, 1976). Ook de kleur heeft invloed: witte tabletten worden als neutraal beschouwd waardoor ze beter ingenomen worden (Buckalew et al., 1986).

De innovatieve methode van het sturen van sms-en als herinnering kan de therapietrouw verhogen (Nivel, 2004).

Bijwerkingen

Bijwerkingen van medicijnen zullen de medicatietrouw in de meeste gevallen niet vergroten. Om deze reden wordt dit onderwerp alleen besproken bij factoren die de therapietrouw verkleinen.

Karakteristieken van de arts en de behandelsetting

Een hulpmiddel bij therapiebevorderende strategieën is het, door de behandelaar, direct vragen naar de therapietrouw. Verschillende manieren van voorlichting zijn vooral belangrijk in de context van de depressieve stoornis. Er is dan vaak sprake van een beperkte concentratie. Patiënten vertonen een grotere therapietrouw wanneer hun arts zich positief uitlaat (bevestigen, ondersteuning en bemoedigen) en wanneer deze negatieve reacties (boosheid, angst en negatief affect) achterwege laat. Therapietrouw is groter als de verwachtingen van de patiënt uitkomen, wanneer de arts aandacht besteedt aan de zorgen van de patiënt en adequate informatie verschaft en wanneer de arts empathisch is.

Een goede werkrelatie en adequate informatie zijn van belang (Knoppert et al., 1998). Begeleiding van patiënten door bijvoorbeeld apothekers kan de therapietrouw bevorderen (Nivel, 2004).

Factoren die de therapietrouw verkleinen

Aspecten van de aandoening

Bij chronische, asymptomatische aandoeningen die een langdurige behandeling behoeven (zoals hypertensie en depressie) is de therapietrouw gering; hoe langer de remissie van de symptomatologie, des te geringer de therapietrouw.

Depressieve cliënten met ernstige schuldgevoelens kunnen het gevoel hebben de behandeling niet waard te zijn of niet te kunnen betalen; daarnaast kunnen er ernstige concentratiestoornissen optreden die aanleiding kunnen geven tot een niet bewuste therapieontrouw. Cognitieve achteruitgang, hulpeloosheid, beperkte motivatie en het zich terugtrekken kunnen leiden tot vergeetachtigheid en therapie-ontrouw (Knoppert et al., 1998). Voorlichting, op verschillende manieren, is dan van belang.

Patiëntenkenmerken

De effecten van leeftijd op therapietrouw zijn niet duidelijk; alhoewel verschillende studies suggereren dat een hogere leeftijd gerelateerd is aan een geringere therapietrouw. Dit verband schijnt vooral te maken te hebben met variabelen die met die leeftijd te maken hebben zoals sociaal isolement en polyfarmacie (Griffith et al., 1990). Andere onderzoeken (Becker et al., 1975) laten zien dat vrouwen minder therapietrouw zijn dan mannen en vooral vrouwen met veel kinderen.

Een lage sociaal-economische status, jonge leeftijd en middelenmisbruik zijn gecorreleerd met een lage therapietrouw. Andere risicofactoren zijn echtscheiding, tot een minderheidsgroepering behoren en een paranoïde inslag.

Nivel (2004) toont aan dat sociaal alcoholgebruik (tot 5 glazen per dag) en slecht sociaal functioneren de kans op therapie-ontrouw vergroot.

Tevens tonen zij aan dat gevoelens van schaamte en stigmatisering, polyfarmacie, een hogere frequentie van medicatiegebruik, langere behandelingsduur en de bijwerkingen van medicatie de therapietrouw verkleinen.

Geneesmiddelenvoorschrift, labeling en het systeem van geneesmiddelenverstrekking

Therapietrouw neemt in het algemeen af bij langdurig gebruik van medicatie. Ook bij de vervolgbehandeling van de depressieve stoornis, ter voorkoming van terugval en recidief, speelt dit een belangrijke rol (Knoppert et al., 1998).

Bijwerkingen

Een patiënt die een medicatie voorgeschreven krijgt welke veel bijwerkingen geeft, zal eerder therapie-ontrouw zijn (Knoppert et al., 1998).

Bijwerkingen treden meestal eerder op dan het antidepressieve effect; dit vraagt extra motivatie van de patiënt om het gebruik voort te zetten.

De negatieve bijwerkingen op het seksuele gebied, van TCA's en SSRI's, worden door hulpverleners vaak over het hoofd gezien terwijl zij juist ernstig kunnen interfereren met de therapietrouw (Demyttenaere et al., 1995).

Karakteristieken van de arts en de behandelsetting

Zoals beschreven is bij de factoren die de therapietrouw vergroten, is de behandelrelatie van groot belang voor de therapietrouw (Knoppert, 1998). Negatieve reacties van de arts naar de patiënt, zoals bijvoorbeeld boosheid omdat de behandeling niet opgevolgd wordt, werkt niet bevorderend voor de therapietrouw.

Verder zijn adequate informatie en de werkrelatie van grote invloed.

Geconcludeerd kan worden dat vele factoren van invloed zijn op therapietrouw, het is een multi-factorieel probleem. Een van deze factoren is de denkwijze van de patiënt over medicatie.

In de literatuur werd een meetinstrument gevonden wat de houding ten aanzien psychiatrische medicatie meet, de Drug Attitude Inventory, de DAI. Deze wordt in de volgende paragraaf beschreven.

2.2.6 Het meetinstrument de DAI-10

Zoals hiervoor beschreven kunnen de denkwijze van de patiënt over medicatie bevorderend of belemmerend zijn voor de medicatietrouw (Nivel, 2004).

De Drug Attitude Inventory is een meetinstrument dat is ontwikkeld door Hogan et al. (1983) en in het Nederlands vertaald door Boter et al. (2004). De originele schaal bestaat uit 30 punten die 7 categorieën behandelen. Een kortere versie, de DAI-10, is later ontwikkeld.

De Nederlandse vragenlijst meet de houding t.a.v. psychiatrische medicatie in 10 items en is ontwikkeld voor schizofrenie patiënten. De DAI 10 is een zelf rapportageschaal die ontwikkeld is om subjectieve reacties, houding en beleving ten aanzien van medicatie te meten. De Nederlands versie is nog niet gevalideerd, maar wordt al veelvuldig gebruikt. Dit omdat het een meetinstrument is waarvan onderzoeksresultaten er op wijzen dat het een goede voorspeller is van de medicatietrouw. Uit contact met Hr. Boter blijkt er momenteel onderzoek plaats te vinden naar de psychometrische eigenschappen van de DAI-10.

De Engelse versie is een beknopte snel uit te voeren test met een hoge interne consistentie en geldigheid. Er is een hoge test-hertest betrouwbaarheid op de korte termijn en een hoge correlatie met medicatietrouw en behandelresultaten gerapporteerd.

Uit commentaar van gebruikers blijkt dat de lijst als eenvoudig ervaren wordt, makkelijk in te vullen is en psychometrisch goed is. Er is een goed bewijs dat de scores uit de lijst medicatietrouw en behandelresultaat kan voorspellen, bij patiënten met schizofrenie (Awad, 1993).

De schaal heeft 10 items: zes daarvan moeten gescoord met 'mee eens'(vraag 1, 3,4,7,9 en 10); vier moeten gescoord worden met 'mee oneens'(vraag 2,5,6 en 8). Een juist antwoord krijgt de score +1 en een onjuist antwoord krijgt de score -1. De uiteindelijke score is de som van het totaal. Een positieve score staat voor 'compliance' en een negatieve score voor 'non-compliance'.

2.3 Conclusie literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek zijn belangrijke conclusies te trekken waarvan er een aantal zeer bruikbaar zijn voor het praktijkgericht onderzoek, wat volgt op deze literatuurstudie. Omdat er in de literatuurstudie verschillende concepten uitgewerkt zijn zullen de belangrijkste conclusies per concept beschreven worden.

Conclusies ten aanzien van de behandeling van een depressie bij ouderen met een antidepressivum

- De therapie van een depressie bij ouderen verschilt in principe niet fundamenteel van die van andere volwassenen. Ook bij ouderen, die vaker aan somatische co-morbiditeit lijden, is een depressie met medicatie te behandelen.
- Het eerste aangewezen antidepressiva bij ouderen zijn de Selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's).
- Bijwerkingen treden meestal eerder op dan het antidepressieve effect; dit vraagt extra motivatie van de patiënt om het gebruik voort te zetten.
- De kans op het krijgen van bijwerkingen van medicatie is bij iemand van 70+ zeven maal groter dan iemand die jonger is dan 30 jaar.

Conclusies ten aanzien van therapietrouw

- Ongeveer de helft van de patiënten stopt, om uiteenlopende redenen, binnen 3 maanden de behandeling met een antidepressivum.
- In onderzoek worden verschillende definiëringen gebruikt voor de term therapieontrouw.
- Een volledige definitie voor de term medicatie-ontrouw is elke afwijking van de medicamenteuze aanbevelingen, die het beoogde therapeutische resultaat negatief beïnvloedt. Onder afwijkingen van medicamenteuze aanbevelingen verstaat men het niet ophalen van medicatie, het minder vaak of vaker innemen van de medicatie dan is voorgeschreven, verkeerd tijdstip van inname, onjuiste dosering en verkeerde wijze van toediening (Knoppert et al., 1998).
- Een belangrijke aanvulling op de term medicatie-ontrouw is concordance, waarbij er sprake is van een weloverwogen afspraak (overeenkomst) tussen de patiënt en hulpverlener over leefwijze en/of gebruik van medicatie. Daarbij wordt rekening gehouden met het eigen oordeel van de patiënt over zorg, welzijn, ge-

zondheid en risico's (DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, 2006).

- De effecten van leeftijd op therapietrouw zijn niet duidelijk; alhoewel verschillende studies suggereren dat een hogere leeftijd gerelateerd is aan een geringere therapietrouw. Dit schijnt vooral te maken te hebben met variabelen die in verband staan met die leeftijd zoals sociaal isolement en polyfarmacie.
- Therapietrouw is multi-factorieel bepaald: naast factoren gelegen bij de patiënt liggen er ook factoren aan de kant van de artsen, aan die van de organisatie, de structuur en de financiering van de gezondheidszorg. Dit heeft belangrijke consequenties voor de therapiebevorderende interventies.
- Opvattingen van de patiënt omtrent ziekte en gezondheid en medicatie spelen een rol bij therapietrouw. Als patiënten zich vatbaar achten voor een ziekte, geloven dat de ziekte nadelige gevolgen heeft en de nadelen van de behandeling acceptabel vinden, zullen ze meer therapietrouw zijn.
- De DAI 10 is een zelf rapportageschaal die ontwikkeld is om subjectieve reacties, houding en beleving ten aanzien van medicatie te meten en kan medicatietrouw en behandelresultaat voorspellen bij schizofrenie patiënten.
- Verschillende manieren van voorlichting zijn belangrijk in de context van de depressieve stoornis. Er is dan vaak sprake van concentratiestoornissen waardoor de voorlichting vaker gegeven moet worden. Ondersteunend foldermateriaal kan hierbij helpend zijn.

Conclusies therapie bevorderende factoren

- Psychologische kenmerken van patiënten zoals een positieve houding ten opzichte van medicatie, motivatie voor het gebruik van medicatie, ziektepercepties, een probleemgerichte coping en persoonlijke effectiviteit, hebben een positief verband met therapietrouw.
- Monotherapie en éénmaal daags doseren geeft een betere therapietrouw.
- Een hulpmiddel bij therapiebevorderende strategieën is het direct vragen naar de therapietrouw.
- Patiënten vertonen een grotere therapietrouw wanneer hun arts zich positief uitlaat (bevestigen, ondersteuning en bemoedigen) en wanneer deze negatieve reacties (boosheid, angst en negatief affect) achterwege laat.

- Therapietrouw is groter als de verwachtingen van de patiënt uitkomen, wanneer de arts aandacht besteedt aan de zorgen van de patiënt en adequate informatie verschaft en wanneer de arts empathisch is.

Conclusies therapietrouw belemmerende factoren

- Een patiënt die een medicatie gebruikt met veel bijwerkingen, zal eerder therapie-ontrouw zijn.
- Therapietrouw neemt in het algemeen af bij langdurig gebruik van medicatie. Ook bij het langdurig gebruik van een antidepressivum zal hier specifiek aandacht voor moeten zijn. Dit ter voorkoming van terugval.

In deze literatuurstudie is een gedeelte van de vraag, gericht op een analyse van het probleem, beantwoord. Het is namelijk duidelijk geworden wat de literatuur beschrijft over de beïnvloedende factoren op de medicatietrouw van patiënten die een antidepressivum gebruiken. Tevens zijn in deze literatuurstudie belangrijke begrippen gedefinieerd en is er meer informatie over de achtergronden van de behandeling van ouderen met een antidepressivum.

In het volgende hoofdstuk, het praktijkgericht onderzoek, wordt verder antwoord gezocht op deze vraag. Deze vraag wordt aan het begin van hoofdstuk 3 nogmaals beschreven.

3. Praktijkgericht onderzoek

In dit praktijkgericht onderzoek worden begrippen gebruikt die reeds omschreven zijn in de literatuurstudie.

Dit praktijkgericht onderzoek wordt uitgevoerd ten behoeve van het beantwoorden van de volgende vraag:

Waaruit bestaat het behandeltraject van de medicamenteuze behandeling van patiënten die een antidepressivum voorgeschreven krijgen, binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland en welke factoren beïnvloeden de medicatietrouw van deze patiënten?

Deze vraag moet beantwoord worden om uiteindelijk te komen tot de hoofddoelstelling van deze studie namelijk:

Het systematisch optimaliseren van de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken.

Om de vraagstelling voor dit praktijkgericht onderzoek te concretiseren, zijn een aantal deelvragen geformuleerd, welke in dit praktijkgericht onderzoek beantwoord zullen gaan worden.

Deze vraagstellingen zijn de volgende:

- *Bij hoeveel patiënten worden, binnen het RIAGG IJsselland sector ouderen, een antidepressivum voorgeschreven?*
- *Welke interventies voeren hulpverleners uit, bij de medicamenteuze behandeling van een depressie, en hoe wordt dit huidige zorgaanbod door hun ervaren?*
- *Wat zijn de behoeften van patiënten, ten aanzien van een zorgaanbod voor ouderen die een antidepressivum gebruiken?*
- *Welke factoren spelen een rol bij de medicatie-ontrouw van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken?*

3.1 Methode

Ter beantwoording van de vraagstellingen, worden er verschillende deelonderzoeken uitgevoerd welke hieronder kort besproken worden. Hierna worden de resultaten en de conclusies van deze deelonderzoeken beschreven.

1. *Bij hoeveel patiënten worden, binnen het RIAGG IJsselland sector ouderen, een antidepressivum voorgeschreven?*

Onderzoeksgroep

Binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland zijn twee psychiaters werkzaam welke alle medicatie aan de patiënten van deze sector voorschrijven. Bij dit deelonderzoek worden beide psychiaters betrokken.

Design

Inventariserend onderzoek gericht op het analyseren van het voorschrijfbeleid van de twee psychiaters werkzaam binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland.

Onderzoeksprocedure

Aan de twee psychiaters wordt gevraagd een overzicht te leveren van de medicatie die van januari 2006 tot en met juli 2006 verstrekt zijn.

Data-analyse

Uit het voorschrijfbeleid van de twee psychiaters, werkzaam binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland, worden alle patiënten geselecteerd die een antidepressivum voorgeschreven hebben gekregen. Dit in de periode van januari 2006 tot en met juli 2006. Vervolgens wordt deze deelonderzoeksvraag beantwoord.

2. *Welke interventies voeren hulpverleners van de sector ouderen van het RIAGG IJsselland uit, bij de medicamenteuze behandeling van een depressie, en hoe wordt dit huidige zorgaanbod door hun ervaren?*

Onderzoeksgroep

De selectie van de deelnemers komt tot stand, door een keuze te maken uit de verschillende disciplines betrokken bij de medicamenteuze behandeling van een depressie. Op deze manier komt er inzicht in de mogelijk verschillende benaderingswijze per discipline en ieders rol binnen dit traject. Binnen de sector werken 2 psychiaters, 3 psychologen en 9 SPVen en voor dit deelonderzoek werden 1 psycholoog, 1 psychiater en 5 SPVen geïnterviewd. Omdat SPVen de meeste betrokkenheid bij de doelgroep hebben, is ervoor gekozen een, verhoudingsgewijs groot aantal, van hen te interviewen. Deze SPVen zijn werkzaam in de twee verschillende regio's waar de sector werkzaam is. De mogelijke verschillen in de manier van werken binnen deze regio's kunnen, op deze manier, naar voren komen. Hiernaast is ervoor gekozen om de psychiater en psycholoog met de meeste arbeidsuren te interviewen. Zij zijn werkzaam in beide regio's. De kans op, hun bijdrage bij de behandeling van een groot aantal van de doelgroep, is daardoor het grootst.

Design

Behoeftteonderzoek aan de hand van een semi-gestructureerd interview met experts (bijlage 1). Het gestructureerde element bestaat uit de vaste topics, die aan elke deelnemer van het onderzoek voorgelegd worden. Deze topics zijn gericht op de huidige werkwijze, signalering van mediatie-ontrouw en op de interventies rondom medicatietrouw. De deelnemers kunnen aan de hand van deze vaststaande topics hun eigen antwoord formuleren. Hiernaast wordt gevraagd naar mogelijke gewenste veranderingen in het huidige traject.

Onderzoeksprocedure

Tijdens een overleg met de sector wordt uitgelegd wat het doel van het onderzoek is en wordt om medewerking aan dit onderzoek gevraagd. De deelnemers aan het onderzoek worden hierna mondeling benaderd en tevens worden de afspraken gemaakt over de afname van het interview. De interviews worden individueel afgenomen aan de hand van de vragenlijst.

Data-analyse

De interviews worden na afname, per interview samengevat aan de hand van de topics. Hierna worden de resultaten verwerkt in een tabel.

3. *Er is inzicht in de zorgbehoefte van ouderen vanaf 60 jaar met een gediagnosticeerde depressie die een antidepressivum gebruiken.*

Onderzoeksgroep

De wijze waarop de patiëntengroep is samengesteld is selectief tot stand gekomen, het heeft plaats gevonden bij patiënten van onderzoekster. De reden hiervoor is, dat in het tijdsbestek van dit onderzoek, het te gecompliceerd en teveel tijd in beslag zou nemen om patiënten van collega's te interviewen. Deze beslissing is na overleg met de mentor vastgesteld, waarbij voorwaarden werden bepaald. Afsproken is dat de patiënten een eigen keus hebben over de deelname aan het onderzoek, goed voorgelicht worden over het interview en dat weloverwogen keuzen gemaakt worden over welke patiënten geïnterviewd kunnen worden. Het onderzoek mag niet te belastend zijn voor de patiënten, wat betekent dat mensen waarbij de lijdensdruk door hun ziekte hoog is, niet mogen deelnemen aan dit onderzoek. Ook kunnen mensen die cognitieve problemen hebben niet deelnemen aan het onderzoek. De informatie die verstrekt wordt aan de patiënten bevat; de reden van het interview, het anonieme karakter van de verwerking van de gegevens en dat het wel of niet deelnemen geen consequenties voor de behandeling heeft.

Met de mentor zijn ook de ethische overwegingen van het interviewen van eigen patiënten besproken. Een aandachtspunt was dat deze mogelijk niet durven te weigeren aan het onderzoek deel te nemen of dat ze sociaal wenselijke antwoorden geven. Na afweging van de argumenten, is toch gekozen om eigen patiënten te betrekken bij het onderzoek. Na een selectie aan de hand van bovenstaande criteria kwamen tien patiënten in aanmerking, 3 mannen en 7 vrouwen. Van deze patiënten hebben 7 mensen in een eerder behandelcontact aangegeven medietrouw te zijn, 2 patiënten dat zij in het verleden medicatie-ontrouw geweest zijn en nu de medicatie volgens afspraak in nemen en 1 patiënt heeft aangegeven de medicatie niet volgens afspraak in te nemen.

Design

Behoeftteonderzoek aan de hand van een semi-gestructureerd interview bij 10 patiënten (bijlage 2).

Om zoveel mogelijk informatie van de patiënten te verkrijgen, is gekozen voor een kwalitatief interview. De deelnemers kunnen aan de hand van vaststaande topics hun eigen antwoord formuleren. Deze topics zijn: de gewenste ondersteuning, de gewenste frequentie van contacten na start van de medicatie, de gewenste discipline die de medicatiebegeleiding uitvoert, de uitleg over de werking en bijwerkingen van de medicatie, de aard van de contacten (face to face- of telefonische contacten), groepscontacten, de handelwijze bij vragen over de medicatie, redenen om de medicatie niet te slikken en de handelwijze bij de wens om de medicatie te staken.

De vragen zijn zodanig vastgesteld dat er zoveel mogelijk informatie verkregen wordt over de gewenste situatie rondom het aanbod voor de doelgroep.

Onderzoeksprocedure

Tijdens een behandelcontact worden de patiënten ingelicht over het onderzoek en worden de voorwaarden met hun doorgenomen. Hierna zal op een afgesproken tijdstip het interview afgenomen worden. Tijdens de afname van het interview wordt geobserveerd of de afname niet te belastend is voor de patiënt en halverwege het onderzoek zal dit ook nog nagevraagd worden.

Alle patiënten worden genummerd om zo de anonimiteit te waarborgen.

Data-analyse

De antwoorden van de patiënten worden, per interview aan de hand van topics, in een tabel verwerkt.

4. *Welke factoren spelen een rol bij de medicatie-ontrouw van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken?*

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit 10 patiënten. Deze is op dezelfde manier tot stand gekomen als beschreven bij onderzoeksdeelvraag 3.

Design

Inventariserend onderzoek door middel van een screening bij patiënten, die een antidepressivum gebruiken, met behulp van een screenings-meetinstrument, namelijk de Drug Attitude Inventory Scale 10 (DAI 10, bijlage 3).

Uit het literatuur onderzoek blijkt dat één van de bepalende factoren welke een rol speelt bij medicatietrouw, de houding van patiënten ten opzichte van de medicatie is. Om te achterhalen of dit een factor is die een rol speelt bij de doelgroep voor dit onderzoek, wordt dit onderzocht aan de hand van de DAI-10.

De DAI 10 is een zelfrapportageschaal die ontwikkeld is om reacties, houding en beleving ten aanzien van medicatie te meten.

De 'DAI 10 Houding ten aanzien van medicatie' verkorte versie is een meetinstrument dat is ontwikkeld door Hogan et al.(1983) en in het Nederlands vertaald door Boter et al. (2004).

In deze fase wordt tevens de bruikbaarheid van dit instrument voor de doelgroep geanalyseerd. Mogelijk zijn er aanpassingen nodig omdat het instrument ontwikkeld is voor schizofrenie patiënten.

Onderzoeksprocedure

Tijdens een behandelcontact worden de patiënten ingelicht over het onderzoek en worden de voorwaarden met hun doorgenomen. Hierna wordt op een afgesproken tijdstip het meetinstrument afgenomen. Tijdens de afname van het interview wordt geobserveerd of de afname niet te belastend is voor de patiënt en halverwege het onderzoek zal dit ook nog nagevraagd worden.

Alle patiënten worden genummerd om zo de anonimiteit te waarborgen.

Data-analyse

De DAI-10 heeft 10 items: zes daarvan moeten gescoord worden met 'mee eens'(vraag 1, 3,4,7,9 en 10); vier moeten gescoord worden met 'mee on-eens'(vraag 2,5,6 en 8). Een juist antwoord krijgt de score +1 en een onjuist antwoord krijgt de score -1. De uiteindelijke score is de som van het totaal. Een positieve score staat voor 'compliance' en een negatieve score voor 'non-compliance'.

De score wordt per patiënt in een tabel geplaatst.

In de volgende paragraaf worden per deelonderzoek de resultaten en conclusies beschreven.

3.2 Resultaten en conclusies deelonderzoeken praktijkgericht onderzoek

De manier waarop de resultaten weergegeven worden is beschreven in de vorige paragraaf. Per deelonderzoek wordt dit in deze paragraaf uitgewerkt.

3.2.1 Resultaten en conclusie inventariserend onderzoek aantal patiënten die een antidepressivum gebruiken

Resultaten

Er wonen 46679 mensen van 65 jaar en ouder in het werkgebied van RIAGG IJsselland. De CBS gegevens laten slechts de inwoners van 65 jaar en ouder zien, op de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland worden mensen behandeld vanaf de leeftijd 60 jaar en ouder. Het aantal ouderen volgens de begrippen van het RIAGG ligt dus hoger. In augustus 2006 zijn er in het totaal 897 mensen in behandeling bij de sector ouderen.

Binnen de sector ouderen werken twee psychiaters. Eén van deze psychiaters heeft, van januari 2006 tot en met juli 2006, aan 776 patiënten medicatie voorgeschreven waarvan 173 patiënten een antidepressivum. Het is niet duidelijk of het hier om een eerste recept of om een vervolgrecept gaat.

De andere psychiater heeft in dezelfde periode, aan 100 mensen een antidepressivum voorgeschreven. Dit betekent dat in 7 maanden 273 patiënten, van de 897 een antidepressivum voorgeschreven hebben gekregen, dat is 30,4 % van de ingeschreven patiënten. Hoeveel mensen hiervan medicatie-ontrouw zouden kunnen worden genoemd, hangt af van de definitie die men hiervoor gebruikt. Uit de literatuur blijkt namelijk dat van de nieuwe gebruikers van een antidepressivum 58 % de antidepressivum vroegtijdig stopt en van de bestaande gebruikers 20% vroegtijdig stopt (GIP databank, 2006). Dit zou betekenen dat er mogelijk tussen de 56 en 158 mensen van de 273 personen vroegtijdig met het antidepressivum zouden kunnen gaan stoppen.

Tevens wordt beschreven dat het aantal dat het middel niet volgens voorschrift in zou nemen nog groter is, namelijk tussen de 90% van de bestaande gebruikers en 77% van de nieuwe gebruikers. Dit zijn respectievelijk tussen de 212 en 246 mensen.

Conclusie inventariserend onderzoek

Een groot aantal van de ingeschreven patiënten van het RIAGG IJsselland sector ouderen krijgen een antidepressivum voorgeschreven. Een groot deel hiervan is mogelijk medicatie-ontrouw. Dit is een goede reden om voor deze doelgroep een programma te gaan ontwikkelen gericht op het gebruik van een antidepressivum. Bij dit programma zal de medicatietrouw, een belangrijk onderdeel moeten zijn.

3.2.2 Resultaten en conclusie semi-gestructureerd interview met experts

Resultaten

De resultaten van het semi-gestructureerd interview met experts zijn samengevat in bijlage 4. Na het uitschrijven van de antwoorden zijn de gegevens in een tabel verwerkt waarin verschillende aspecten uit het interview met experts, worden vastgelegd. Deze aspecten zijn: de huidige interventies, de signalering van medicatietrouw, de evaluatie van de medicatie, de kennis over medicatietrouw, de risicofactoren van medicatie-ontrouw en het gewenste aanbod. Hierna volgt een toelichting op deze tabel.

Tabel resultaten semi-gestructureerd interview met experts

	Psycholoog	Psychiater	SPV 1	SPV 2	SPV 3	SPV 4	SPV 5
Huidige interventies	Informatie/ psycho-educatie, aanvullend op informatie verstrekt door psychiater Start met psychologische behandeling na stemmingsverandering Frequentie=1 maal per 2 weken, zonodig vaker.	Informatie en psycho-educatie, uitgebreid. Nadruk op relatie patiënt en behandelaar; wederzijds vertrouwen, continuïteit en bereikbaarheid. Geen specifieke afspraken tussen hulpverlener en psychiater over medicatietrouw. Frequentie= na 3 a 4 weken, bij ernstige klachten na 1week.	Informatie over het gebruik. Patiënt bepaalt invulling gesprekken. Frequentie= bij start eenmaal per week, afhankelijk van agenda hulpverlener. Patiënt bepaalt frequentie.	De wijze van het medicatie gebruik wordt expliciet besproken. Frequentie= afhankelijk van ernst en aard klachten. Na voorschrijven vaak na 1 a 2 weken.	Informatie/ psycho-educatie aanvullend op informatie verstrekt door psychiater. Er wordt gehandeld naar het verschil tussen deskundigheid psychiater en SPV m.b.t kennis medicatie. Informatie wordt in verschillende gesprekken herhaald. Ondersteunend foldermateriaal wordt meegegeven Betrekken van het systeem en systeemondersteuning. Frequentie= 1 maal per 2 weken, later afgebouwd.	Informatie en psycho-educatie. De aandacht v/d gesprekken ligt niet bij het medicatiegebruik. Frequentie=wisselend, meestal na start 1 maal per 2 weken, hierna afgebouwd.	Psycho-educatie. Aandacht voor gedragsveranderingen, stemmingsveranderingen, effecten van het gebruik v/d medicatie en vragen v/d cliënt. Interventies bepaald door ernst depressie, de zelfstandigheid en inzicht v/d cliënt. Frequentie= 1 maal per 2 weken.
Signalering medicatie-ontrouw	Terugval symptomen. Patiënten geven vaak zelf aan problemen met de medicatie te hebben.	Terugval of geen herstel symptomen. Bepalen bloedspiegel.	Patiënten vertellen dit zelf. Vragen naar medicatiegebruik.	Patiënten die het zelf aangeven, geen herstel symptomen. Vragen naar medicatiegebruik.	Luisteren naar wat patiënt over de medicatie zegt. Gevraagd wordt naar de aanwezige medicatie. Er wordt niet expliciet naar de manier van het medicatiegebruik gevraagd.	Mogelijk is hiervoor te weinig aandacht en wordt dit niet altijd signaleerd.	Wanneer de patiënt suf is, veel bijwerkingen heeft en als deze gedrag vertoont wat niet te plaatsen is.
Evaluatie medicatie	Psychiater met patiënt. Op verzoek psycholoog in MDO.	Psychiater en patiënt. Psychiater en betrokken hulpverlener. Er wordt vanuit gegaan dat de betrokken hulpverlener kijkt naar het herstel.	Evaluatie met psychiater in wandelgangen, de SPV bepaalt zelf wie wel en wie niet besproken wordt. Geen vaste structuur.	Met patiënt door SPV en z.n. met psychiater. Geen vaste structuur. Op initiatief SPV ziet psychiater cliënten 1 à 2 keer per jaar.	Geen vast onderdeel Multi Disciplinair Intake overleg. Psychiater wordt zonodig door SPV ingeschakeld, is niet structureel. Bij complexe situaties wordt psychiater eerder ingeschakeld.	Door patiënt met psychiater, later door SPV met patiënt. Dan wordt het toestandsbeeld en de bijwerkingen besproken.	Door psychiater met patiënt en door de SPV met de psychiater in de wandelgangen. De werking en het gedrag v/d patiënt wordt dan besproken. Geen structureel overleg.

Vervolg tabel resultaten semi-gestructureerd interview met experts

	Psycholoog	Psychiater	SPV 1	SPV 2	SPV 3	SPV 4	SPV 5
Kennis medicatietrouw	Voldoende, opgedaan door ervaring, vakgebied en MultiDisciplinaire richtlijnen.	Voldoende, gebaseerd op bestaande protocollen en eigen ervaring.	Voldoende, opgedaan door ervaring en geleerd van de psychiater.	Voldoende kennis op het gebied van medicatietrouw maar onvoldoende over de nieuwere antidepressiva.	Voldoende kennis opgedaan door ervaring.	Mogelijk te weinig kennis, tijdens opleiding werd hier geen aandacht aan besteed.	Voldoende
Risicofactoren medicatie-ontrouw	Angstige patiënten.	Manier waarop patiënten over medicatiegebruik denken. Persoonlijkheidsproblematiek. Medicatiegebruik, en contacten met het RIAGG afsluiten.	Patiënten met cognitieve problemen.	Patiënten met een bipolaire stoornis, cognitieve problemen en recidiverende depressies.	Patiënten met een mengbeeld met een cognitieve stoornis, laag IQ, persoonlijkheidsproblematiek en onzekere cliënten.	Patiënten die lang een antidepressivum gebruiken, bij wie de depressie in remissie is en die in het verleden medicatie-ontrouw zijn geweest en de late werking van het antidepressivum na de start.	Patiënten met weinig inzicht in eigen functioneren en medicatiegebruik. Hiernaast patiënten die weerstand hebben tegen de medicatie, met een verminderd IQ en bij de depressie in remissie is.
Gewenst zorgaanbod	Huidige werkwijze handhaven.	Huidige werkwijze wordt als sluitend ervaren. Psychiater wordt tijdig ingeschakeld. Meer gebruik maken van de signalerende functie van het moment van aanvragen van recepten. Langdurige gebruikers van antidepressiva onder behandeling van het RIAGG laten.	Door verschillende benadering per patiënt vindt SPV dat hier geen beleid op gemaakt kan worden. Het belang van het zelf bepalen van het beleid wordt als zeer prettig ervaren.	Huidige werkwijze. Handelwijze m.b.t. medicatie-ontrouw door collega's is onbekend. Gewenst wordt om met SPVen te gaan bekijken hoe men hiermee omgaat.	Samenwerking is goed. Hangt nu af van personen, er is geen zicht op het handelen van collega hulpverleners. Gewenst wordt een betere structuur in de evaluatiemomenten met de psychiater en meer gericht foldermateriaal.	Er is geen protocol, er wordt gehandeld volgens eigen beleid, waardoor de huidige interventies teveel op toeval berusten. Een wens is een goed omschreven zorgprogramma, zodat er meer geprotocolleerd gewerkt gaat worden.	Tevreden met het huidige aanbod. Mogelijk dubbelingen doordat de afspraken tussen psychiater en SPV niet altijd helder zijn. Dit traject zou geordend kunnen worden.

Toelichting tabel semi-gestructureerd interview met experts

- Er worden geen specifieke afspraken gemaakt, tussen psychiater en SPVen over medicatietrouw en over wanneer de psychiater ingeschakeld gaat worden. Dit is afhankelijk van de wijze van werken en van de visie van de behandelaar.
- Alle behandelaren geven psycho-educatie over de werking en bijwerkingen van het antidepressivum. De psychiater en één van de SPVen besteden daar uitgebreid aandacht aan, herhalen dit in verschillende gesprekken met de patiënt vanuit de visie dat kennis de motivatie en de medicatietrouw bevordert. De andere hulpverleners besteden er ook aandacht aan maar benadrukken het belang hiervan minder.
- De inhoud van de interventies na de start van een antidepressivum blijken wisselend van inhoud te zijn, er zijn geen vaste afspraken hierover. Twee hulpverleners, zien hun interventies ten aanzien van het medicatiegebruik, expliciet als aanvulling op de informatie van de psychiater, bij 1 SPV ligt de nadruk van de gesprekken niet op het medicatiegebruik. De psychiater geeft aan dat de relatie tussen patiënt en behandelaar een belangrijk aspect is in de contacten rondom de medicatie. Hiermee wordt bedoeld: bereikbaarheid van de behandelaar, continuïteit en wederzijds vertrouwen. Een SPV geeft expliciet het belang aan van het betrekken van het systeem in de contacten rondom het medicatiegebruik. Een andere SPV geeft openheid en directheid, als belangrijke aspecten in de benadering van de cliënten ten aanzien van het medicatiegebruik, aan.
- De frequentie van de gesprekken, na de start van de medicatie is wisselend namelijk; de psychiater ziet de patiënt na 3 à 4 weken. Als de depressieve symptomen ernstig zijn, dan ziet deze de patiënt al na 1 à 2 weken weer. Een SPV ziet de patiënt eenmaal per week, dit hangt ook af van de agenda van deze hulpverlener. De andere 5 hulpverleners zien de cliënten eenmaal per 2 weken, als de situatie ernstiger is dan eerder.
- Het vaststellen van medicatie-ontrouw wordt wisselend weergegeven en berust niet op duidelijke criteria. De psychiater, psycholoog en een SPV signaleren dit als er terugval van de symptomen is. De psychiater en een SPV geven aan dat er bloedspiegels bepaald kunnen worden die een indruk kunnen geven van het medicatiegebruik van de patiënt.

Bij de psycholoog geven de patiënten vaak zelf aan of men problemen met de medicatie heeft. Twee SPVen vragen expliciet naar de wijze van inname van het antidepressivum, één van hen vraagt naar de doosjes en de hoeveelheid aanwezige tabletten, de andere hulpverleners doen dit niet.

Eén SPV vraagt niet expliciet naar het medicatiegebruik maar wel naar de aanwezige medicatie. Eén SPV geeft aan dat medicatie-ontrouw niet altijd tijdig gesignaleerd wordt en dat er te weinig aandacht voor is.

- De evaluatie van het gebruik van antidepressiva gebeurt door de psychiater met de patiënt. Als de medicatie monitoring door een anderen hulpverlener uitgevoerd wordt, dan wordt verwacht dat die het effect van de medicatie beoordeelt. Op verzoek van de psycholoog wordt het gebruik van de medicatie in het Multidisciplinair Intake Overleg (MIO) besproken, hiervoor is geen vaste structuur en het is geen vast onderdeel van het MIO. Evaluatie tussen SPV en psychiater gebeurt vaak in de wandelgangen, op initiatief van de SPV. De SPV bepaalt wie er wel en wie er niet besproken wordt. Een SPV initieert, voor de patiënten die medicatie gebruiken één of twee consulten per jaar, met de psychiater.
- Het eigen kennisniveau met betrekking tot medicatietrouw wordt door 6 hulpverleners voldoende gevonden, één SPV geeft aan mogelijk te weinig kennis te hebben.
- Als risicofactoren voor medicatie-ontrouw worden genoemd: angstige patiënten, de wijze waarop patiënten over medicatiegebruik denken, mensen met persoonlijkheidsproblematiek, mensen met cognitieve problemen, mensen die medicatiegebruik langdurig moeten continueren en uit het zicht van het RIAGG raken, mensen met recidiverende depressies, een depressie in remissie, mensen met een laag IQ, mensen die in het verleden medicatie-ontrouw zijn geweest, mensen met een bipolaire stoornis en mensen met weinig inzicht in eigen functioneren en in het medicatiegebruik en de late werking van het antidepressieve effect van de medicatie.
- Zes hulpverleners zijn tevreden met de huidige werkwijze rondom medicatiegebruik. Van deze geven sommige verbeterpunten aan. Eén SPV is niet tevreden met het huidige zorgaanbod omdat het te individueel bepaald is en er geen vaste richtlijnen zijn. Hierdoor is er te weinig transparantie over wat voor behandeling de patiënten krijgen.

Bij de huidige interventies worden ook een aantal aspecten genoemd welke de hulpverleners van belang vinden in de werkrelatie met de patiënt zoals: continuïteit, een goede bereikbaarheid van de behandelaar, wederzijds vertrouwen tussen behandelaar en patiënt, openheid en directheid ten aanzien van het omgaan met de medicatie en systeem-betrokkenheid.

Conclusie interview met experts

- Uit de resultaten blijkt dat iedereen psycho-educatie geeft aan de patiënt maar dat er geen inzicht is in elkaars werkwijze, er zijn geen afspraken over de inhoud van de psycho-educatie en er is geen duidelijke structuur hiervoor. Er zijn geen vaste afspraken over de taakinvulling op dit gebied tussen de hulpverleners en psychiater.
- Er zijn geen vaste afspraken over de frequentie van de contacten na het starten van de medicatie. Er zijn geen vaste afspraken ten aanzien van de inhoud van de evaluatie van de medicatie, ook niet over de taakverdeling hiervan tussen psychiater en hulpverleners. De benoemde groepen die een risico vormen medicatie-ontrouw te worden zijn divers, mogelijk is er een grote groep patiënten die een risico vormen om medicatie-ontrouw te worden. Het zou kunnen zijn dat men te weinig kennis heeft over de risicofactoren van medicatie-ontrouw om deze goed in kaart te brengen.
- Signalering van medicatie-ontrouw berust niet op vaste observatiepunten of methoden om dit te signaleren. Mogelijk wordt er hierdoor niet tijdig gesignaleerd of er sprake is van medicatie-ontrouw.
- Het blijkt dat de huidige interventies na de start van een antidepressivum, zowel wat betreft inhoud en structuur teveel bepaald worden door de personen die dit uitvoeren. Het is niet duidelijk wat individuele hulpverleners voor zorg en behandeling bieden, er is geen transparantie. Waarschijnlijk is er ook geen constant zorgaanbod voor deze doelgroep, iedereen vult dit op zijn eigen wijze in.
- Een belangrijk aspect bij de signalering van medicatie-ontrouw is de aanvraag van nieuwe recepten. Op dit moment is er geen systeem waarin de aanvragen van de recepten verwerkt wordt. Hierdoor is er geen beeld van de medicatieverstrekking aan de patiënten.

- Het merendeel van de hulpverleners is tevreden met het huidige zorgaanbod, wel werden er een aantal verbeterpunten geformuleerd zoals: meer gebruik maken van de signalerende functie op het moment van aanvragen van medicatie, komt dit moment overeen met de reeds voorgeschreven medicatie. Tevens wil men de huidige benaderwijze van medicatie-ontrouw met collega's bespreken, een betere structuur in de evaluatiemomenten met de psychiater en meer ondersteunend foldermateriaal. De afspraken tussen de psychiater en SPV wil men meer ordenen. Eén SPV wil een verbetering van het totale traject in de vorm van een protocol; deze collega volgt op dit moment de MANP waardoor deze mogelijk anders tegen het werk aankijkt. Iedereen heeft een eigen werkwijze en is daar tevreden over. Zowel uit de motivatie voor deelname aan dit onderzoek als uit de gegeven antwoorden, bleek een grote betrokkenheid bij de doelgroep.

3.2.3. Resultaten en conclusie semi-gestructureerd onderzoek met cliënten die een antidepressivum gebruiken

Resultaten

In onderstaande tabel worden verschillende aspecten uit het interview van patiënten, vastgelegd. Deze aspecten zijn:

de gewenste ondersteuning, de gewenste frequentie van contacten na start van de medicatie, de gewenste discipline die de medicatiebegeleiding uitvoert, de uitleg over de werking en bijwerkingen van de medicatie, de aard van de contacten (face tot face of telefonische contacten), groepscontacten, de handelwijze bij vragen over de medicatie, redenen om de medicatie niet te slikken en de handelwijze bij gewenst staken van de medicatie.

De resultaten vanuit het interview met de cliënten zijn rechtstreeks in een tabel gezet. De antwoorden waren niet uitgebreid waardoor de mogelijkheid aanwezig was om volledig te zijn en de resultaten direct in een tabel te verwerken. De overeenkomsten en verschillen tussen de antwoorden zijn duidelijk te zien. De beschreven topics in de tabel zijn dezelfde als de vraagstelling in het interview. Hierna wordt er een toelichting gegeven op de resultaten.

Tabel semi-gestructureerd interview cliënten

	Patiënt 1 ♀ Medicatie- ontrouw geweest. 76 jaar ¾^e jaar in behandeling.	Patiënt 2 ♂ Medicatie- ontrouw geweest. 82 jaar 1 jaar in behandeling.	Client 3 ♀ Medicatie- ontrouw. 71 jaar 3 jaar in behandeling.	Patiënt 4 ♀ Medicatie- trouw. 79 jaar 2 jaar in behandeling.	Patiënt 5 ♀ Medicatie- trouw. 81 jaar 5 jaar in behandeling.	Patiënt 6 ♂ Medicatie- trouw. 63 jaar 1 jaar in behandeling	Patiënt 7 ♀ Medicatie- trouw. 82 jaar 1 ½ jaar in behandeling..	Patiënt 8 ♀ Medicatie- trouw. 83 jaar 6 jaar in behandeling.	Patiënt 9 ♀ Medicatie- trouw. 71 jaar 2 ½ jaar in behandeling.	Patiënt 10 ♂ Medicatie- trouw. 76 jaar ½ jaar in behandeling.
Gewenste Ondersteuning	Vlotte be- handeling van afwikke- ling recepten. Gesprekken met behande- laar.	Begeleiding door vaste persoon. Overleg moet altijd moge- lijk zijn, eventueel telefonisch.	Uitleg over de bijwerkingen.	Begeleiding door SPV in de vorm van ondersteuning.	Gesprekken over het resultaat van de medicatie.	Begeleiding SPV in de vorm van gesprekken.	Gesprekken over het re- sultaat van de medicatie.	Begeleiding in de vorm van gesprek- ken.	Begeleiding SPV, in ieder geval een vast persoon.	Uitleg over inname en dat men niet zomaar mag stoppen.
Gewenste fre- quentie van contacten na start medicatie	Laten bepa- len door behandelaar.	Eenmaal per 14 dagen.	Tweemaal per week.	Eenmaal per week.	Eenmaal per week a een- maal per 14 dagen.	Eenmaal per maand.	Eenmaal per 3 a 4 weken.	Eenmaal per 4 weken	Afhankelijk van hoe patiënt zich voelt. Een- maal per 14 dagen.	Eenmaal per 2 weken.
Discipline on- dersteuning	SPV frequent en arts af en toe.	Voorkeur voor vaste, vertrouwens- persoon. Voorkeur voor 1 per- soon.	Geen voor- keur, wel vaste persoon.	Voorkeur SPV.	Voorkeur SPV omdat dat makkelijk- ker praat.	Maakt niet uit.	SPV, bij toename klachten arts.	SPV en zo- nodig arts.	SPV, een- maal per jaar of 1 ½ jaar arts.	Maakt niet uit, iemand die er ver- stand van heeft.

Vervolg tabel semi-gestructureerd interview cliënten

	Patiënt 1 ♀ Medicatie- ontrouw geweest. 76 jaar ¾^e jaar in behandeling.	Patiënt 2 ♂ Medicatie- ontrouw geweest. 82 jaar 1 jaar in behandeling.	Clïënt3 ♀ Medicatie- ontrouw. 71 jaar 3 jaar in behandeling.	Patiënt 4 ♀ Medicatie- trouw. 79 jaar 2 jaar in behandeling.	Patiënt 5 ♀ Medicatie- trouw. 81 jaar 5 jaar in behandeling.	Patiënt 6 ♂ Medicatie- trouw. 63 jaar 1 jaar in behandeling	Patiënt 7 ♀ Medicatie- trouw. 82 jaar 1 ½ jaar in behandeling..	Patiënt 8 ♀ Medicatie- trouw. 83 jaar 6 jaar in behandeling.	Patiënt 9 ♀ Medicatie- trouw. 71 jaar 2 ½ jaar in behandeling.	Patiënt10 ♂ Medicatie- trouw. 76 jaar ½ jaar in behandeling.
Uitlegwerking medicatie	Er is veel behoefte aan deze uitleg, zodat men weet waarom men de medicatie slikt	Werking wordt als minder belangrijk ervaren, leest dit zelf op de bijsluiter.	Ja, dit is het belangrijkste van alles. De informatie moet overeenkomen met informatie gegeven door apotheek.	Er is behoefte aan deze uitleg.	Er is behoefte aan deze uitleg.	Er is behoefte aan deze uitleg.	Er is behoefte aan deze uitleg.	Er is behoefte aan globale uitleg.	Er is behoefte aan deze uitleg.	Nee, als de arts aangeeft dat het nodig is, is dat voldoende.
Uitleg bijwerkingen medicatie	Er is veel behoefte aan deze uitleg.	Ja, op die manier kan men een relatie leggen met eventuele klachten.	Ja, dit is het belangrijkste van alles. De informatie moet overeenkomen met informatie gegeven door apotheek.	Er is behoefte aan deze uitleg.	De uitleg moet genuanceerd gebracht worden, er moet niet de nadruk op gelegd worden. Anders is er gevaar voor een fixatie hierop.	Er is veel behoefte aan deze uitleg.	Er is behoefte aan deze uitleg.	Ja, op die manier kan men een relatie leggen met eventuele klachten.	Ja, ook omdat er veel andere medicatie geslikt wordt.	Nee.
Face tot face contact of telefonisch	Face tot face contact, kan zich telefonisch niet uiten.	Voorkeur face to face zonodig telefonisch.	Face to face.	Face to face.	Face to face.	Face to face.	Beiden is goed, als er aandacht besteed wordt aan de medicatie.	Face to face.	Face to face.	Face to face.
Groepscontacten	Nee.	Nee.	Nee.	Nee.	Nee.	Nee.	Niet tegen.	Nee.	Nee.	Ja.

Vervolg tabel semi-gestructureerd interview cliënten

	Patiënt 1 ♀ Medicatie- ontrouw geweest. 76 jaar ¾^e jaar in behandeling.	Patiënt 2 ♂ Medicatie- ontrouw geweest. 82 jaar 1 jaar in behandeling.	Client 3 ♀ Medicatie- ontrouw. 71 jaar 3 jaar in behandeling.	Patiënt 4 ♀ Medicatie- trouw. 79 jaar 2 jaar in behandeling.	Patiënt 5 ♀ Medicatie- trouw. 81 jaar 5 jaar in behandeling.	Patiënt 6 ♂ Medicatie- trouw. 63 jaar 1 jaar in behandeling.	Patiënt 7 ♀ Medicatie- trouw. 82 jaar 1 ½ jaar in behandeling..	Patiënt 8 ♀ Medicatie- trouw. 83 jaar 6 jaar in behandeling.	Patiënt 9 ♀ Medicatie- trouw. 71 jaar 2 ½ jaar in behandeling.	Patiënt 10 ♂ Medicatie- trouw. 76 jaar ½ jaar in behandeling.
Handelswijze bij vragen over medicatie	Telefonisch contact zoeken met behandelaar.	Telefonisch contact zoeken met behandelaar.	Telefonisch contact zoeken met behandelaar of arts.	Telefonisch contact zoeken met behandelaar.	Telefonisch contact zoeken met behandelaar of verzorging. Dit hangt af van de afspraken die hierover gemaakt zijn met SPV.	Telefonisch contact zoeken met behandelaar of arts.	Contact zoeken met behandelaar.	Contact zoeken met behandelaar.	Contact zoeken met behandelaar.	Contact zoeken met behandelaar.
Redenen om medicatie niet te slikken	Ernstige bijwerkingen.	Op dit moment geen enkele reden. Voorheen door bijwerkingen en afkeer tegen medicatie.	Bijwerkingen.	Het hebben van een ellendig gevoel.	Als er onvoldoende aandacht besteed wordt aan de resultaten. Als dit onderwerp onvoldoende in de gesprekken naar voren komt.	Geen reden, advies wordt opgevolgd omdat patiënt beter wil worden.	Geen reden, advies wordt opgevolgd.	Als patiënt zich naar voelt of juist goed.	Geen reden.	Geen reden, advies wordt opgevolgd.
Handelswijze bij gewenst staken medicatie	Zoekt contact met behandelaar.	Zoekt contact met behandelaar.	Zelfstandig stoppen.	Zoekt contact met behandelaar.	Nooit zonder overleg.	Zoekt contact met behandelaar of arts.	Overleg met arts of begeleider.	Stopt niet uit zichzelf, vermindert wel uit zichzelf.	Zoekt contact met behandelaar of arts.	Nooit zonder overleg.

Toelichting tabel semi-gestructureerd interview met patiënten

- De SPV wordt vaak genoemd bij de voorkeur voor de discipline die de begeleiding biedt na het starten van medicatie. De continuïteit wordt hierbij ook aangegeven.
- De gewenste frequentie, na de start van de medicatie, varieert van tweemaal per week tot eenmaal per 4 weken. De patiënt die medicatie-ontrouw is wenst een frequentie van tweemaal per week.
- De meeste patiënten vinden informatieverstrekking over de werking en bijwerkingen belangrijk. Bij de patiënt die ten tijde van het onderzoek medicatie-ontrouw is, is duidelijk dat deze informatieverstrekking zeer belangrijk vindt, zowel over de werking als de bijwerkingen van het antidepressivum. Een aanvulling van deze patiënt is dat de informatie eenduidig moet zijn.
- Face to face contact met de hulpverlener heeft de voorkeur boven een telefonisch contact.
- De meeste patiënten wensen geen groepscontacten met betrekking tot de uitleg van de werking en bijwerkingen van de medicatie.
- Als men vragen heeft over de medicatie zoeken alle patiënten contact met de behandelaar.
- Sommige patiënten kunnen geen redenen geven om met de medicatie te stoppen, zij zien de noodzaak van het gebruik van de medicatie als belangrijkste motivatie. Zij willen vooral beter worden. Anderen geven bijwerkingen als reden aan, te weinig aandacht voor de medicatie en het resultaat hiervan. Een patiënt geeft als reden aan te willen stoppen als de depressieve symptomen op de achtergrond raken.
- Een patiënt zou zelfstandig stoppen met de medicatie, een patiënt zou niet zelfstandig stoppen, wel minderen en de andere acht zouden nooit zonder overleg met de behandelaar stoppen.

Conclusie interview patiënten

Kijkend naar leeftijd, geslacht, medicatietrouw/ontrouw en behandelduur valt het op dat de patiënt die medicatie-ontrouw is, de behandelaar, na het starten met de medicatie, zeer frequent wil zien.

Hiernaast zijn er uit de resultaten van dit onderzoek, geen opvallende verschillen in leeftijd, geslacht of behandelduur te benoemen.

De voorkeur voor een discipline die de patiënt met betrekking tot de medicatie gaat begeleiden, wordt door de ondervraagde patiënten voor het merendeel beantwoord met een SPV. De SPV wordt gezien als een vertrouwenspersoon. De ondervraagde patiënten worden allemaal begeleid door een SPV, mogelijk heeft dit het antwoord beïnvloed. Wel worden er belangrijke aspecten genoemd ten aanzien van de behandelaar zoals de continuïteit en deskundigheid.

Het blijkt dat zowel het belang van informatieverstrekking over de werking en bijwerking van de medicatie, als de eenduidigheid van de informatie, groot is.

3.2.4. Resultaten en conclusie Drug Attitude Inventory Scale 10

Resultaten

De resultaten van de DAI-10 zijn direct in een tabel verwerkt, welke hieronder beschreven is.

Resultaten DAI-10 (bijlage III)

Patiënt	Patiëntkenmerken	Score DAI-10
1 ♀	Medicatie-ontrouw geweest/76 jaar/3/4e jaar in behandeling	6
2 ♂	Medicatie-ontrouw geweest/82 jaar/1 jaar in behandeling	9
3 ♀	Medicatie-ontrouw/71 jaar/3 jaar in behandeling	-8
4 ♀	Medicatie-trouw/79 jaar/2 jaar in behandeling	9
5 ♀	Medicatie-trouw/81 jaar/5 jaar in behandeling	8
6 ♂	Medicatie-trouw/63 jaar/1 jaar in behandeling	6
7 ♀	Medicatie-trouw/82 jaar/1½ jaar in behandeling	9
8 ♀	Medicatie-trouw/83 jaar/ 6 jaar in behandeling	8
9 ♀	Medicatie-trouw/71 jaar/ 2 ½ jaar in behandeling	9
10 ♂	Medicatie-trouw/76 jaar/ ½ jaar in behandeling	8

Patiënten nummer 1 en 2, die therapie-ontrouw geweest zijn, hebben beiden een positieve score, een van hen een 6 en de ander een 9.

Degene die een 9 scoorde is, ten tijde van het onderzoek, sterk gemotiveerd voor de medicatie en slikt deze trouw. Patiënt 3, die medicatie-ontrouw is scoort –8, sterk negatief, wat overeen komt met de omgang met de medicatie ten tijde van het onderzoek, namelijk steeds starten met een antidepressivum en na een aantal dagen weer stoppen. De patiënten 4,5,7,8,9 en 10 scoren allen een 8 of 9, een ruim positieve score, wat overeenkomt met de omgang met het antidepressivum ten tijde van het onderzoek, namelijk medicatietrouw. Patiënt 6 scoort een 6, bij deze patiënt is er op dit moment geen zicht op de inname van de medicatie, er wordt vanuit gegaan dat deze patiënt medicatietrouw is, wat ook overeenkomt met de positieve score.

Conclusie score en gebruik DAI-10 (bijlage 3)

De resultaten van dit meetinstrument komen overeen met de huidige wijze van omgang met het antidepressivum door beschreven patiënten.

Kijkend naar de patiëntkenmerken blijkt uit deze groep dat er geen verschil is, ten aanzien van het risico tot medicatie-ontrouw, in leeftijd, geslacht of de duur van de behandeling. Aangezien er in dit onderzoek maar één patiënt is die duidelijk therapie-ontrouw is mogen daar geen conclusies uit getrokken worden.

De ten van dit onderzoek suggereren dat dit meetinstrument, ook bij deze doelgroep, een instrument is om medicatie-ontrouw te signaleren.

Het afnemen van deze vragenlijst werd niet ervaren als een belasting, patiënten vonden het fijn om in te gaan op dit onderwerp.

In de meeste behandelcontacten wordt, de motivatie ten aanzien van medicatie, bijna niet besproken met de patiënt waardoor er een belangrijk risico op medicatie-ontrouw gemist wordt. Dit is een belangrijk aspect voor het vervolg.

In hoofdstuk 4 wordt dit praktijkgericht onderzoek nabesproken, wat uiteindelijk resulteert in aanbevelingen voor de praktijkvoering van de behandeling van ouderen met een antidepressivum.

4. Discussie praktijkgericht onderzoek

Dit hoofdstuk bestaat uit verschillende onderdelen. Allereerst vindt er een terugblik plaats op het praktijkgericht onderzoek met in § 4.1 een terugblik op de resultaten van het praktijkgericht onderzoek. Hierna worden in § 4.2 de methode van onderzoek en de beperkingen van de deelonderzoeken beschreven.

4.1 Terugblik op de resultaten van het praktijkgericht onderzoek

In hoofdstuk 3 zijn de resultaten van het praktijkgericht onderzoek uitgebreid besproken. Om die reden worden in deze paragraaf de belangrijke resultaten slechts kort besproken.

Uit de vier praktijkgerichte onderzoeken zijn veel bruikbare resultaten voor het vervolg gekomen. Deze resultaten liggen op verschillende gebieden van het behandeltraject voor ouderen die een antidepressivum voorgeschreven krijgen. Het belang van een goed behandelproject gericht op de behoeften van deze doelgroep, blijkt uit het groot aantal patiënten die een antidepressivum voorgeschreven krijgen binnen mijn instelling en het groot aantal hiervan die medicatie-ontrouw kunnen worden.

Belangrijke resultaten zijn gekomen uit het interview met collega's. Zo is er meer zicht gekomen op de interventies door hulpverleners en blijkt er geen constant zorgaanbod te zijn. Tevens blijkt dat het aanbod sterk afhangt van de hulpverleners die het uitvoeren. Uit het kwalitatief interview met patiënten blijkt dat het belang van psycho-educatie groot is en wordt het belang van de behandelrelatie tussen hulpverlener en patiënt duidelijk.

Tijdens het onderzoek, zijn ook de beperkingen van de wijze van onderzoek duidelijk geworden. Deze worden in de volgende paragraaf besproken.

4.2 Terugblik op de methode van onderzoek

Beperkingen van de deelonderzoeken

Ondanks dat de resultaten van het praktijkgericht onderzoek zeer bruikbaar zijn voor een kwaliteitsverbetering van het behandeltraject voor de doelgroep zijn er ook wat beperkingen van het onderzoek te benoemen.

Bij het inventariserend onderzoek is onderzoek gedaan naar patiënten die een antidepressivum voorgeschreven hebben gekregen in een specifieke periode. Uit de huidige gegevens is niet af te leiden welke patiënten het antidepressivum voor de eerste keer voorgeschreven krijgen en bij wie het een vervolgbehandeling is. In de literatuur wordt een onderscheid tussen deze twee groeperingen gemaakt, in relatie tot medicatie-ontrouw. Van de nieuwe gebruikers van een antidepressivum stopt 58% vroegtijdig en van de bestaande gebruikers 20%. Voor het doel van dit onderzoek zou een onderscheid tussen deze twee groepen aanvullend kunnen zijn, omdat je dan een specifiekere schatting kunt maken van het aantal vroegtijdige stoppers van een antidepressivum. Toch geeft het huidige resultaat, zonder bovenstaande specificatie, voldoende aan hoe belangrijk een goed aanbod voor deze doelgroep is.

Het behoefteonderzoek is afgenomen bij collega hulpverleners, de vraagstelling van het onderzoek gaat immers over de sector waar onderzoekster werkt. Het zou kunnen dat de collegiale band van invloed is geweest op het interview. Er treedt namelijk sneller herkenning op bij de antwoorden die men geeft, waardoor er mogelijk niet altijd voldoende doorgevraagd is.

De beschreven antwoorden zijn de antwoorden die op dat moment door de hulpverleners gegeven zijn, wat niet wil zeggen dat dit volledig overeenkomt met de handelwijze van de hulpverleners. Mogelijk is dit een beperking van de resultaten.

De resultaten van dit onderzoek zijn, ondanks deze beperkingen, bruikbaar voor het vervolg traject van dit project.

Het feit dat het kwalitatief interview afgenomen is bij eigen patiënten, is een beperking. Mogelijk worden er sociaal wenselijk antwoorden gegeven, het is voor de patiënt moeilijker om negatieve bevindingen aan te geven doordat er een behandelrelatie bestaat. Van de gekozen patiënten was er maar een op het moment van onderzoek medicatie-ontrouw. Dit komt niet overeen met de resultaten uit de literatuur. Daar blijkt namelijk uit dat 50% medicatie-ontrouw zou zijn.

Verder was het merkbaar moeilijk voor de patiënten om de open vraag, over de gewenste ondersteuning na de start van een antidepressivum, te beantwoorden. De vraagstelling had richtinggeverender mogen zijn. Patiënten weten niet goed aan welke aspecten ze hierbij kunnen denken.

Het is mogelijk dat patiënten vaak aangeven door een SPV begeleid te willen worden omdat ik zelf SPV ben. Dit gegeven, waarvan de patiënten op de hoogte zijn, kan deze vraag beïnvloed hebben.

De resultaten van de DAI-10 zijn mogelijk beïnvloed doordat onderzoekster reeds een behandelrelatie met de patiënten had. Hierdoor hebben de patiënten mogelijk sociaal gewenste antwoorden gegeven. De resultaten van het onderzoek komen wel overeen met de huidige omgang met de medicatie.

Het voordeel van het afnemen van de vragenlijsten bij eigen patiënten is dat het mogelijk minder bedreigend was, waardoor dit onderzoek minder belastend was. Door het persoonlijk afnemen van de vragenlijst werden de beperkingen van de lijst voor deze doelgroep duidelijk, maar ook de meerwaarde van de lijst.

Tijdens het afnemen van deze vragenlijst werd duidelijk dat de woordkeuze niet altijd geschikt was voor de doelgroep. Het woord 'zombie' in vraag 2 werd niet door iedereen begrepen. Mogelijk geeft de vraag over vermoeidheid in vraag 5 bias. Dit omdat dit een van de symptomen van een depressie is en vermoeidheid bij ouderen sowieso vaak voorkomt.

In dit onderzoek is de DAI-10 slechts bij 10 patiënten die een antidepressivum gebruiken afgenomen.

De DAI-10 is mogelijk een bruikbaar meetinstrument om 'de houding ten opzichte van de medicatie' te meten. Om te objectiveren of de vragenlijst ook voor deze doelgroep geschikt is, zou deze bij een grotere groep en door meerdere onderzoekers onderzocht moeten worden.

Als besloten wordt dit instrument in de praktijk te gebruiken, dan zal rekening gehouden moeten worden met het feit dat het taalgebruik niet altijd aansluit en dat item 5 mogelijk bias veroorzaakt.

In het volgende hoofdstuk worden de conclusies uit het literatuuronderzoek en het praktijkgericht onderzoek met elkaar in relatie gebracht. Hierna worden aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd.

5. Conclusie en aanbevelingen volgend uit het literatuuronderzoek en het praktijkgericht onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de synthese weergegeven van de belangrijkste conclusies uit het literatuuronderzoek en het praktijkgericht onderzoek. Uit deze conclusies volgen de aanbevelingen voor de praktijk. Deze worden aan het eind van dit hoofdstuk beschreven.

5.1 Conclusie

Uit de literatuur en het praktijkgericht onderzoek blijkt dat er veel ouderen behandeld worden met een antidepressivum. Van deze medicatie is bekend dat de bijwerkingen van een antidepressivum eerder optreden dan het antidepressieve effect en dat een voorlichting hierover van groot belang is. Het vraagt namelijk extra motivatie van de patiënt om het gebruik voort te zetten.

In de literatuur is beschreven dat het aantal gebruikers van een antidepressivum dat medicatie-ontrouw is, afhankelijk is van de definitie die men daarvoor gebruikt. Het aantal dat binnen 3 maanden stopt met het gebruik van een antidepressivum, is voor nieuwe gebruikers van een antidepressivum 58% en voor bestaande gebruikers 20 %. Het aantal dat de medicatie niet volgens voorschrift inneemt is voor nieuwe gebruikers 77 % en voor bestaande gebruikers 90%. Het is dus van belang de term medicatie-ontrouw duidelijk te definiëren en een consensus te bereiken over wat men eronder verstaat en wat men wil bereiken.

Op het ontstaan van medicatie-ontrouw zijn zeer veel verschillende factoren van invloed, waardoor de signalering hiervan een complex geheel is. Een samenvatting van alle mogelijke invloeden, geselecteerd uit het literatuuronderzoek en het praktijk onderzoek, wordt gegeven in bijlage 5. Bij de medicatie-ontrouw van ouderen spelen factoren een rol die specifiek te maken hebben met de leeftijd, zoals toenemende beperkingen (gezichtsvermogen, cognitieve functies), co-morbiditeit en polyfarmacie.

Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat niet alle collega's zicht hebben op de risicofactoren voor de ontwikkeling van medicatie-ontrouw. Hiernaast blijkt dat er geen specifieke identificering plaats vindt van medicatie-ontrouw.

Zowel in de literatuur als in de praktijk is er geen bestaande checklist of meetinstrument, wat alle factoren van invloed op medicatie-ontrouw signaleert. In de praktijk berust de signalering van medicatie-ontrouw niet op vaste observatiemethoden. Mogelijk wordt er daardoor niet tijdig gesignaleerd of er sprake is van medicatie-ontrouw.

Er is een meetinstrument wat de houding van de patiënt ten aanzien van ziekte en medicatie meet, namelijk de DAI-10. Screening van deze factoren, aan de hand van de DAI-10, is een belangrijke manier voor de risico-inschatting op medicatie-ontrouw.

Tevens zou in de praktijk van het moment van het aanvragen van een nieuw recept een signalerende functie uit moeten gaan.

Voorlichting en psycho-educatie is van groot belang voor de preventie van medicatie-ontrouw. Bij een depressieve stoornis is concentratieverlies een symptoom. Hierdoor zijn verschillende manieren van voorlichting over de ziekte en medicatie, en herhaling hiervan, belangrijk bij deze doelgroep. Aanvullend foldermateriaal voor patiënten, kan hierbij ondersteunend zijn.

Zowel uit de literatuur als uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat de continuïteit, betrouwbaarheid, deskundigheid en bereikbaarheid van de behandelaar belangrijke aspecten zijn voor de patiënt tijdens de medicamenteuze behandeling van een depressie. Deze aspecten zijn van invloed op de medicatietrouw.

Op basis van het praktijkgericht onderzoek blijkt dat de frequentie van de contacten, bij patiënten die een risico vormen medicatie-ontrouw te worden, individueel bepaald moet worden. Er is, per individu, een verschillende behoefte op dit gebied.

Tevens blijkt uit dit onderzoek dat het bespreken van de handelwijze bij de overweging van het staken van de medicatie belangrijk is. Niet iedere patiënt bespreekt dit voorstellen met de behandelaar.

Het huidige behandeltraject, gericht op de medicamenteuze behandeling van een depressie wordt, zowel wat betreft inhoud en structuur, teveel bepaald door de personen die dit uitvoeren.

Bij dit behandeltraject zijn SPVen, psychologen en de psychiater betrokken. Hiernaast is er ook geen transparantie van het aanbod en geen constant zorgaanbod.

Voor de psycho-educatie tijdens deze behandeling, zijn geen vaste afspraken over de inhoud en de structuur hiervan. Ook zijn er geen afspraken over de taakinvulling, op dit gebied, tussen hulpverleners en de psychiater. Dit zelfde geldt voor de evaluatie van de medicatie met de patiënt.

De meeste hulpverleners zijn tevreden met het huidige zorgtraject. Bij aanpassing of herziening van dit traject zal hiermee rekening gehouden moeten worden. Mogelijk kan er weerstand op dit voorstel ontstaan. Tijdens het afnemen van de interviews is wel een grote betrokkenheid bij de doelgroep opgemerkt.

Op basis van bovenstaande conclusies kan gezegd worden dat de vraagstelling voor het literatuuronderzoek en praktijkgericht onderzoek beantwoord is. Het is namelijk bekend, waaruit het behandeltraject van de medicamenteuze behandeling van patiënten die een antidepressivum voorgeschreven krijgen binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland bestaat en wat de beïnvloedende factoren zijn op de medicatietrouw van deze patiënten.

In de volgende paragraaf worden, op basis van bovenstaande conclusies, aanbevelingen gedaan voor de praktijk.

5.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Aanbeveling omtrent de noodzaak van een specifiek programma voor de doelgroep

1. Uit het praktijkgericht onderzoek en literatuuronderzoek blijkt dat een grote groep ouderen een antidepressivum gebruikt. Hierdoor is een specifiek zorgaanbod voor deze doelgroep geïndiceerd/ gelegitimeerd. Bij dit zorgaanbod zal speciale aandacht moeten zijn voor medicatie-ontrouw aangezien, uit de literatuur blijkt, dat dit een grote risicofactor is van deze behandeling.
2. Vooraf aan de ontwikkeling hiervan zal het begrip medicatie-ontrouw, gedefinieerd moeten worden, uit het literatuuronderzoek blijkt namelijk dat dit begrip wisselend beschreven wordt.

Aanbevelingen omtrent signalering van risicofactoren voor medicatie-ontrouw

1. Uit de literatuur blijkt, dat de factoren die van invloed zijn op medicatie-ontrouw multifactorieel zijn en er geen checklist of meetinstrument is waarbij al deze factoren geïdentificeerd worden. Gezien de complexiteit van het proces van medicatie-ontrouw, zouden er observatiepunten voor de signalering van medicatie-ontrouw ontwikkeld moeten worden.
2. Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat er momenteel geen specifieke identificatie van medicatie-ontrouw plaats vindt, dit zou meer vorm moeten krijgen.
3. Uit het praktijkgericht onderzoek komt naar voren dat er onvoldoende kennis is van de risicofactoren voor de ontwikkeling van medicatie-ontrouw. Er zal een scholing gegeven moet worden aan alle hulpverleners van de sector ouderen. In deze scholing zal uitleg over alle antidepressiva gegeven moeten worden en de risicofactoren van dit gebruik namelijk de bijwerkingen en de medicatie-ontrouw.
4. Een van de risicofactoren van invloed op medicatie-ontrouw is de denkwijze van de patiënt ten aanzien van ziekte en medicatie. Dit kan gescreend worden aan de hand van de DAI-10. In een pilotstudie zou dit meetinstrument gebruikt kunnen worden, ook om definitief vast te stellen of dit meetinstrument bruikbaar is voor deze doelgroep. Er zal een aanpassing van de structuur van het handeltraject plaats moeten vinden door middel van een detectie van medicatie-ontrouw aan de hand van de DAI-10.
5. Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt er geen zicht te zijn op de relatie van het moment van aanvragen van een recept, en de omgang met de medicatie. Een aanbeveling hiervoor is de ontwikkeling van een bewakingssysteem voor het medicatiegebruik van de patiënten.

Aanbevelingen omtrent de inhoud van het behandeltraject van de medicamenteuze behandeling van een depressie

Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat er in het huidige behandeltraject, van de medicamenteuze behandeling van een depressie, veel zaken ondoorzichtig zijn en er geen constant zorgaanbod is. Dit behandeltraject zal geoptimaliseerd moeten gaan worden. Hieronder worden een aantal aanbevelingen gedaan welke een onderdeel zouden moeten zijn van dit traject.

1. Uit het praktijkgericht onderzoek en literatuuronderzoek blijkt dat voorlichting en psycho-educatie belangrijk is voor de bevordering van medicatietrouw. Er zal een basisprogramma ontwikkeld moeten worden, met uitbreidingsmogelijkheden voor specifieke groepen patiënten zoals die waarbij het risico op medicatie-ontrouw groot is. Hierbij kan men ook aan groepscontacten denken. Hierbij zullen de volgende zaken aan bod komen:
 - Ontwikkeling van een module 'psycho-educatie', waarin de inhoud, de discipline die dit uitvoert en de frequentie van de psycho-educatie tijdens de contacten beschreven wordt.
 - Afstemming van de taakverdeling tussen hulpverlener en psychiater, bij de psycho-educatie en evaluatie met de patiënt.
 - Het ontwikkelen van specifiek foldermateriaal voor de oudere patiënt die een antidepressivum gebruikt.
2. Ook blijkt uit het praktijkgericht onderzoek dat de evaluatie van de medicatie met de patiënt geen specifieke structuur en inhoud heeft. Het expliciet bespreken van het effect van de medicatie is van belang voor de motivatie van de patiënt. Om die reden worden voor de 'evaluatie van het effect van de medicatie met de patiënt' de aanbevelingen gedaan een module te ontwikkelen. In deze module 'evaluatie van het antidepressivum met de patiënt', wordt de inhoud, de discipline die dit uitvoert en de frequentie beschreven.

Aanbevelingen omtrent de behandelrelatie

Zowel uit de literatuur als het praktijkgericht onderzoek worden belangrijke aanbevelingen gedaan over de aard en inhoud van de behandelrelatie met betrekking tot medicatie-ontrouw. Vertrouwen in de behandelaar, continuïteit, deskundigheid en bereikbaarheid worden hierbij aangegeven. Om dit te bereiken is het maken van afspraken over de behandeling met de individuele patiënt van belang. De patiënt moet weten waar hij aan toe is. Hieromtrent worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Afspraken maken over de bereikbaarheid en vaste overlegmomenten tussen patiënt en behandelaar.
2. Met iedere patiënt vaste afspraken maken over de frequentie van de contacten. Met patiënten die een risico vormen om medicatie-ontrouw te worden, na start van het antidepressivum individuele afspraken maken over de frequentie van de contacten.

3. Het maken van afspraken over de bereikbaarheid van de behandelaar.
4. Gemaakte afspraken worden nagekomen, er worden afspraken gemaakt over het afzeggen hiervan.
5. Het ontwikkelen van een checklist om de individuele verschillen ten aanzien van het gebruik en de omgang met het antidepressivum helder te krijgen welke na het voorschrijven besproken kan worden. Hierin zou dan aan bod moeten komen: redenen om de medicatie niet meer te slikken, handelswijze bij het gewenst staken van de medicatie en handelswijze bij vragen over de medicatie.
6. Om meer continuïteit en deskundigheid te bieden zou het opzetten van een stemmingspoli bij kunnen dragen. Er zijn dan slechts enkele behandelaars betrokken bij deze doelgroep, de zogenaamde experts. De MANP zou hier een belangrijke rol in kunnen spelen. De experts zouden gerichte scholing kunnen krijgen en er zou een betere afstemming mogelijk zijn van de interventies.

Uit bovenstaande mag geconcludeerd wordt dat er in het totale, huidige medicamenteuze traject van ouderen die een antidepressivum voorgeschreven krijgen, een aantal zaken geoptimaliseerd kunnen worden.

Uit de literatuur blijkt dat er reeds bij de formulering van veranderingen een analyse gemaakt moet worden van de eventuele drempels die op kunnen treden bij de implementatie (Grol et al., 2003).

Een belangrijke drempel in dit project zou kunnen zijn dat de veranderingsbehoefte van de hulpverleners bij de behandeling van de doelgroep klein is. Uit de literatuur (Grol et al., 2003) blijkt ook dat de mate waarin een innovatie gezien wordt als een verbetering van de bestaande praktijk, van belang is voor het slagen van de implementatie. Er zijn ook kansen, omdat uit het praktijkgericht onderzoek bleek dat de betrokkenheid van de hulpverleners bij de doelgroep groot is. Dit is een bevorderende factor voor een verandering.

Om die reden is het waarschijnlijk in deze fase niet raadzaam om een volledig nieuw traject voor de doelgroep te ontwikkelen, dit zou teveel verandering ineens zijn en mogelijk weerstand oproepen. Er kan ook een kwaliteitsverbetering van het traject plaats vinden door het reguliere programma systematischer en methodischer vorm te geven. Ook

hierdoor zal de behandeling van de doelgroep kwalitatief verbeteren waardoor de signalering van medicatie-ontrouw eerder plaats vindt en de patiënten een passende behandeling krijgen.

Mede op basis van bovenstaande overwegingen is ervoor gekozen om in samenspraak met de hulpverleners een optimalisering van het huidige traject te gaan ontwikkelen. De aanbevelingen uit dit hoofdstuk zijn hierbij van groot belang en worden het uitgangspunt voor de optimalisering.

Van het proces van de ontwikkeling van dit programma kan veel geleerd worden. Dit kan, in een later stadium bij de ontwikkeling van een specifiek programma ter bevordering van medicatietrouw, gebruikt gaan worden.

De doelstelling voor het vervolg is het systematisch optimaliseren van de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken. Een plan gericht op de ontwikkeling van deze optimalisering, wordt in het volgende hoofdstuk uitgewerkt.

6. Project gericht op de kwaliteitsverbetering van het behandeltraject van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken

Het doel van dit project is het systematisch optimaliseren van de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken. Deze optimalisering is gericht op een vroegtijdige detectie van medicatie-ontrouw en de bevordering van medicatietrouw.

De optimalisatie is gebaseerd op onderzoek, een praktijkgericht onderzoek en literatuuronderzoek. Op basis van de conclusies van deze onderzoeken zijn er aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd. Deze aanbevelingen worden verwerkt in dit projectvoorstel waarvoor in dit hoofdstuk een implementatieplan wordt beschreven.

Het praktijkgericht onderzoek en de literatuurstudie hebben twee belangrijke elementen opgeleverd. Allereerst dat er nu geen vroegtijdige detectie van medicatie-ontrouw plaats vindt. Het tweede belangrijke element is dat patiënten die een medicamenteuze behandeling krijgen voor een depressie specifieke behoeften hebben, alwaar op dit moment de interventies in het behandeltraject niet op aangepast zijn.

Een vroegtijdige detectie van medicatie-ontrouw kan, onder andere, plaats vinden aan de hand van de DAI-10. Om die reden wordt de structuur van het behandeltraject zodanig aangepast dat de detectie aan de hand van DAI-10 binnen dit traject geïntegreerd is. Hiernaast wordt er een plan beschreven voor de uitwerking van een optimalisatie van verschillende interventies binnen dit traject.

De behandeling van een depressie bestaat meestal uit een gecombineerde behandeling van medicamenteuze en psychologische interventies. Het zou voor deze studie te ver voeren om alle behandelingsmogelijkheden uit te werken. Deze studie richt zich enkel op de medicamenteuze behandeling van een depressie.

Uit de aanbevelingen blijkt het belang van een consensus over de inhoud van het begrip medicatie-ontrouw, omdat er verschillende definities mogelijk zijn.

In dit project wordt er onder medicatie-ontrouw verstaan elke afwijking van de medicamenteuze aanbevelingen, die het beoogde therapeutische resultaat negatief beïnvloedt. Onder afwijkingen van medicamenteuze aanbevelingen verstaat men het niet ophalen van medicatie, het minder vaak of vaker innemen van de medicatie dan is voorgeschreven, verkeerd tijdstip van inname, onjuiste dosering en verkeerde wijze van toediening (Knoppert et al., 1998).

Tevens worden in dit project de uitgangspunten van 'concordance' gehanteerd waarbij er sprake is van een weloverwogen afspraak tussen de patiënt en hulpverlener over leefwijze en/of gebruik van medicatie. Hierbij wordt rekening gehouden met het eigen oordeel van de patiënt over zorg, welzijn, gezondheid en risico's (DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, 2006).

Zoals beschreven, zijn de optimalisaties in het implementatieplan ontwikkeld op basis van de aanbevelingen in hoofdstuk 5. De optimalisaties richten zich op de volgende elementen:

- Het optimaliseren van het behandeltraject door middel van een detectie van medicatie-ontrouw aan de hand van de DAI-10.
- Het optimaliseren van de kennis van de hulpverleners aan de hand van een scholing aan alle betrokken hulpverleners bij de doelgroep. Deze scholing zal gericht zijn op de werking en bijwerkingen van antidepressiva en de risicofactoren van dit gebruik.
- Het optimaliseren van de identificatie van de factoren die, naast de denkwijze over medicatie (DAI-10) van invloed zijn op medicatie-ontrouw. Hiervoor zal een checklist ontwikkeld moeten worden waarvoor het overzicht van deze factoren in bijlage 5 als basis dient. Deze factoren zijn gericht op aspecten van de patiënt, de aandoening, het geneesmiddel en de behandelrelatie.
- Het optimaliseren van de interventie psycho-educatie door middel van het ontwikkelen van een module waarin de inhoud, de discipline die dit uitvoert en de frequentie beschreven wordt. Tevens zal geschikt foldermateriaal voor de doelgroep ontwikkeld moeten worden. Dit foldermateriaal moet duidelijk leesbaar zijn, aangepast aan het taalgebruik van de patiënten en niet teveel informatie bevatten.

- Het optimaliseren van de interventie evaluatie van het antidepressivum door middel van het ontwikkelen van een module hieromtrent. Hierin wordt de inhoud, de verdeling van de taken tussen de verschillende disciplines weergegeven en de frequentie beschreven.
- Het optimaliseren van het behandelplan specifiek voor patiënten die een medicamenteuze behandeling ondergaan, waarin de volgende zaken verwerkt zijn:
 - individuele afspraken over de frequentie van de contacten met de patiënt waarbij rekening gehouden wordt met het risico op medicatie-ontrouw. Tevens afspraken over de bereikbaarheid van de hulpverlener.
 - afspraken over de manier van omgang met de medicatie aan de hand van een checklist, welke ontwikkeld moet worden. Hierin moet aan bod komen: redenen om de medicatie niet meer te slikken, handelwijze bij het gewenst staken van de medicatie en handelwijze bij vragen over de medicatie.
- Het optimaliseren van de receptengang door het ontwikkelen van een medicatie-bewakingssysteem.

Op basis van het voorstel om het behandeltraject te optimaliseren door middel van een detectie van medicatie-ontrouw aan de hand van de DAI-10, zal eerst de structuur van het behandeltraject voor de doelgroep aangepast moeten worden. Hierna worden dan de andere voorstellen verwerkt, deze zijn meer gericht op een optimalisatie van de inhoud van dit behandeltraject waardoor de medicatietrouw bevorderd wordt. De aanpassing van het behandeltraject is een belangrijk onderdeel van het project van optimalisering, namelijk een vroegtijdige detectie van medicatie-ontrouw. Deze detectie is in het behandeltraject geïntegreerd.

6.1 Structuur behandeltraject voor de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken

Zoals beschreven is de structuur van het behandeltraject van belang voor de detectie van medicatie-ontrouw. In deze paragraaf wordt een stroomdiagram beschreven voor deze structuur waarin een detectie van medicatie-ontrouw aan de hand van de DAI-10 verwerkt is.

Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat er momenteel geen specifieke identificatie plaats vindt van medicatie-ontrouw bij ouderen die een antidepressivum gebruiken.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat medicatie-ontrouw een grote risicofactor is van de medicamenteuze behandeling van een depressieve stoornis. In de aanbevelingen in hoofdstuk 5 werd aanbevolen de DAI-10 te gebruiken om de denkwijze van de patiënt ten aanzien van medicatie te beschrijven. Deze denkwijze blijkt namelijk een van de risicofactoren van invloed op medicatie-ontrouw te zijn. Om die reden wordt dit meetinstrument, in dit behandeltraject, gebruikt om medicatie-ontrouw te identificeren.

Het optimaliseren van de best passende zorg staat in het aangepaste behandeltraject centraal. Hierbij wordt systematisch en herhaaldelijk de vraag gesteld welke patiënten intensievere zorg nodig hebben dan anderen, de stepped care benadering. De selectie van de doelgroep vindt plaats door middel van een screening gericht op medicatietrouw. Deze screening vindt 3 maanden nadat gestart is met een antidepressivum plaats, door middel van het afnemen van de DAI-10. Uit de literatuur blijkt namelijk dat ongeveer de helft van de patiënten binnen 3 maanden de behandeling met een antidepressivum stopt (Vergouwen et al., 2002).

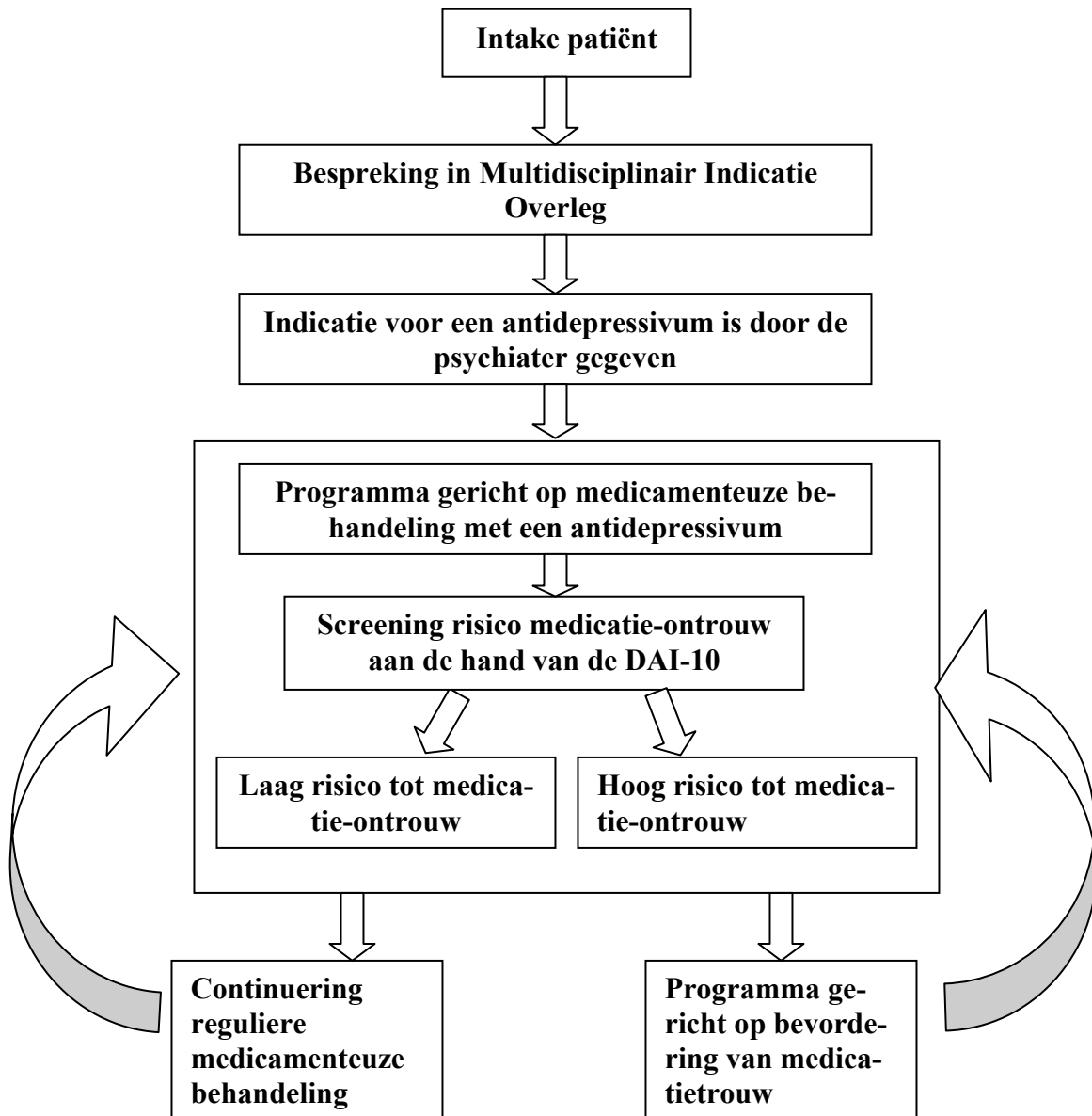
Ook blijkt uit de literatuur dat de medicatietrouw afneemt, naar gelang men langer de medicatie gebruikt. De relatie tussen het antidepressieve effect met het gebruik van de medicatie wordt dan niet meer gelegd. Daarom wordt na 6 maanden, dit is 9 maanden na de start van het antidepressivum, wederom de DAI-10 afgenomen en is, indien geïndiceerd, wisseling van een programma mogelijk.

Als dan blijkt dat patiënten medicatie-ontrouw geworden zijn, zal er tevens instroming van het reguliere programma plaats vinden naar het specifieke zorgprogramma. Op het moment dat patiënten uit het specifieke programma medicatietrouw blijven, kunnen zij in het reguliere programma verder behandeld worden. Dit laatste moet nog specifieker uitgewerkt worden. Hierbij zal gekeken moeten worden hoelang iemand medicatietrouw moet zijn wil men van programma wisselen en hoe en wanneer dit vastgesteld wordt.

De screening is een cruciaal punt binnen dit traject.

Op de volgende bladzijde wordt het aangepaste behandeltraject in de vorm van een stroomschema uitgewerkt.

Stroomdiagram behandeltraject antidepressivagebruik



Een positieve score van de DAI-10, 6 en hoger staat voor laag risico tot medicatie-ontrouw en een negatieve score, 5 en lager, voor een hoog risico tot medicatie-ontrouw. Zoals beschreven komt men bij een laag risico in het reguliere programma terecht en bij een hoog risico in het programma ter bevordering van medicatietrouw.

In het behandeltraject worden twee programma's beschreven namelijk het reguliere programma voor de medicamenteuze behandeling en een programma specifiek gericht op de bevordering van medicatietrouw. In dit project worden voorstellen gedaan en een implementatieplan gemaakt voor alleen het reguliere programma.

Door een vroegtijdige detectie en interventies die meer gericht zijn op signalering van medicatie-ontrouw, zal ook de medicatietrouw bevorderd worden. Het programma specifiek gericht op de bevordering van medicatietrouw wordt momenteel niet uitgewerkt. De overwegingen hiervoor zijn aan het einde van hoofdstuk 5 beschreven.

In het reguliere programma gericht op de medicamenteuze behandeling met een antidepressivum, zullen verschillende optimalisatie plaats vinden gebaseerd op de aanbevelingen van hoofdstuk 5. Deze optimalisaties zullen nog ontwikkeld moeten worden. De verder uitwerking van de manier waarop dit plaats vindt, wordt in een implementatieplan in de volgende paragraaf beschreven.

6.2 Het implementatieplan

De innovaties binnen het reguliere programma worden in deze paragraaf omgezet in een implementatieplan. Dit plan geeft richting aan de manier waarop de innovaties ontwikkeld worden, door middel van het omzetten in activiteiten. Tevens wordt er een voorstel gedaan voor een taakverdeling en tijdsplanning. Bij de opzet van dit plan is men zich bewust dat er nog van allerlei beïnvloedende factoren mogelijk zijn die bijstelling van het plan vragen. Om die reden moet dit plan gezien worden als een voorstel, wat mogelijk in een later stadium bijgesteld moet worden.

In het beschreven implementatieplan worden de innovaties door een aantal praktijkmensen ontwikkeld. Het is namelijk van belang dat er een goed draagvlak is en dat er een vroegtijdige betrokkenheid van de doelgroep is bij de ontwikkeling van een verandering voor de praktijk. Dit is van belang om de motivatie toe te snijden op de behoeften, ervaren problemen en werksetting van degene die de innovatie moeten toepassen (Kotler, 1991). Ook draagt dit ertoe bij dat men het als iets van zichzelf gaat zien en er verantwoording voor wil nemen. Om zoveel mogelijk draagvlak te creëren voor deze implementatie, wordt er bij deze ontwikkeling, deels uitgegaan van de visie van de participatiebenadering (Kitson et al., 1998).

Deze probleemgerichte benadering neemt de behoefte en ervaringen uit de praktijk als uitgangspunt. Het uitgangspunt is een verbetering vanuit de organisatie of individu, een bottom-up benadering. Tevens is er continu aandacht voor het proces en er vindt een vloeiende overgang plaats tussen ontwerp en invoering. Bij de participatiebenadering is er geen duidelijk startpunt. Bij dit project is dat wel het geval is, namelijk de conclusies en aanbevelingen uit het literatuur- en het praktijkgericht onderzoek.

Om zoveel mogelijk participatie vanuit de praktijk te verkrijgen, wordt er een expertgroep samengesteld. Deze bestaat uit afgevaardigde van hulpverleners die een aandeel hebben in de behandeling van de doelgroep. Deze groep zal bestaan uit verschillende disciplines, 2 SPVen, 1 psycholoog en 1 psychiater en de leden zullen moeten komen uit de twee verschillende regioteams. De MANP zal als voorzitter en coördinator van dit traject fungeren. De expertgroep werkt de structuur van het project verder uit en zal voor onderdelen werkgroepen vormen. De werkgroep geeft maandelijks een terugkoppeling van de bevindingen aan de andere hulpverleners, waarna deze feedback kunnen geven. Op deze manier kan iedereen vanaf de start invloed uit oefenen.

Het implementatieplan

Innovatie	Activiteiten	Taken	Tijdspad
Ontwikkeling checklist identificatie factoren van invloed op medicatietrouw.	• Samenstelling werkgroep. • Uitgangspunten studie worden basis voor deze checklist. • Werkgroep ontwikkelt de checklist en presenteert deze in de expertgroep.	Vanuit expertgroep gaan 2 personen deze checklist ontwikkelen. MANP is een van de leden van deze werkgroep. Terugkoppeling naar de andere hulpverleners vindt plaats in iedere, maandelijkse, beleidsvergadering.	Oktober 2007 t/m januari 2008. Pilot gebruik checklist februari t/m juni 2008

Vervolg implementatieplan

Innovatie	Activiteiten	Taken	Tijdspad
Ontwikkeling module psycho-educatie bij het gebruik van een antidepressivum.	• Ontwikkelen van een module waarin de inhoud, de discipline die dit uitvoert en de frequentie beschreven wordt. • Ontwikkelen en verzamelen van ondersteunend foldermateriaal voor de doelgroep.	Expertgroep zal dit gaan ontwikkelen. Binnen de expertgroep zal een taakverdeling plaatsvinden. Terugkoppeling naar de andere hulpverleners vindt plaats in iedere, maandelijkse, beleidsvergadering.	November 2007 t/m maart 2008. Pilot gebruik module april t/m september 2008
Het ontwikkelen van een medicatiebewakings-systeem.	• Analyseren van huidige. receptenstroom. • Formuleren van verbeterpunten hieromtrent. • Voorstel tot medicatiebewakings-systeem formuleren.	Afgevaardigde uit expertgroep in samenspraak met afdeling ICT en een apotheker.	Januari 2008 t/m juni 2008. Afhankelijk van mogelijkheden pilot na de definitieve ontwikkeling van het systeem.
Ontwikkeling module evaluatie van het antidepressivum.	• Ontwikkelen van een module waarin de inhoud, de discipline die dit uitvoert en de frequentie beschreven wordt.	Expertgroep zal dit gaan ontwikkelen. Binnen de expertgroep zal een taakverdeling plaatsvinden. Terugkoppeling naar de andere hulpverleners vindt plaats in iedere, maandelijkse, beleidsvergadering.	Maart 2008 t/m mei 2008. Pilot gebruik module: juni t/m september 2008.

Innovatie	Activiteiten	Taken	Tijdspad
Ontwikkeling van een specifiek behandelplan van patiënten die een antidepressivum gebruiken.	• Aanpassing huidige behandelplan met specifieke afspraken over de frequentie van de contacten met de patiënt. • Tevens afspraken over de bereikbaarheid van de hulpverlener. • Afspraken over de manier van omgang met de medicatie aan de hand van vast ontwikkelde punten. Hierin moet aan bod komen: redenen om de medicatie niet meer te slikken, handelswijze bij het gewenst staken van de medicatie en handelswijze bij vragen over de medicatie.	Expertgroep in samenspraak met de, reeds aanwezige, werkgroep behandelplanontwikkeling. Terugkoppeling naar de andere hulpverleners vindt plaats in iedere, maandelijkse, beleidsvergadering.	Mei 2008 t/m juni 2008. Pilot gebruik behandelplan: augustus t/m oktober 2008.

Een belangrijk startpunt vooraf aan de uitwerking van dit plan, is een presentatie aan de hulpverleners.

Hierbij worden de resultaten, conclusies en aanbevelingen van dit project gepresenteerd en tevens de uitgangspunten van 'concordance' besproken. Dit gezamenlijk startpunt is van belang voor het vervolg van het project. Het geeft de hulpverleners inzicht in de kwaliteitsverbetering voor de doelgroep. Mogelijk spreken de resultaten en aanbevelingen zodanig aan dat hulpverleners graag lid van de expertgroep willen worden.

Uit de literatuur blijkt dat het kunnen uitproberen en het kunnen waarnemen van resultaten van de verandering de implementatie van de verandering zal vergemakkelijken (Cox, 2007). Om die reden wordt er maandelijks contact met de achterban gezocht en vinden er, per innovatie, pilot-projecten plaats. In deze pilot periode wordt er gewerkt met de ontwikkelde innovaties door een aantal teamleden. Deze teamleden houden de ervaringen bij in een logboek welke maandelijks met elkaar besproken worden. Na afloop van de pilot periode wordt de innovatie zonodig aangepast en toegepast door alle teamleden.

De expertgroep houdt contact met de achterban, de hulpverleners van sector ouderen, door het presenteren van de bevindingen en ontwikkelingen, in het beleidsoverleg van de sector. Dit overleg vindt maandelijks plaats. Door het team continu op de hoogte te houden, wordt verwacht dat het draagvlak en motivatie voor de verandering toenemen. In dit overleg is tevens de mogelijkheid om direct feedback te geven waardoor het een verandering van het team wordt (bottom-up benadering) in plaats van een verandering opgelegd door het management (topdown benadering).

De pilot-projecten zijn een belangrijk onderdeel van het proces en van belang voor het uiteindelijke resultaat. Hulpverleners kunnen direct ervaren wat de kwaliteitsverbetering voor de doelgroep is en hoe zij dit kunnen integreren in hun eigen werk. Hierna kunnen deze bevindingen in de uiteindelijke innovatie verwerkt worden. Na en tijdens de pilot-projecten zullen er evaluaties plaats moeten vinden. De evaluatie wordt in de volgende paragraaf besproken.

6.3 Evaluatie

Binnen dit project wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling van evaluatie-instrumenten voor evaluatie, in eerste instantie gericht op de hulpverlener. In een later stadium zal de evaluatie gericht worden op de kwaliteit van zorg en op de patiënten.

De kwaliteitsverbetering kan bijvoorbeeld zichtbaar worden in het feit dat er een vroegtijdige detectie plaats vindt van medicatie-ontrouw.

Bij de ontwikkeling van de evaluatie-instrumenten zal de sector preventie een belangrijke rol spelen. Zij dragen namelijk binnen onze instelling zorg voor de ontwikkeling van deze evaluatie-instrumenten.

Zoals beschreven in de vorige paragraaf, vindt er tijdens de ontwikkeling van de innovaties een continu proces plaats van feedback met de achterban. Dit zou gezien kunnen worden als een tussentijdse evaluaties waarbij het product geëvalueerd en mogelijk bijgesteld kan worden.

Na invoering van bovengeschreven innovaties wordt een pilot gestart waarin de innovatie door de doelgroep gebruikt gaat worden. Aan het eind van deze pilot zal een evaluatie plaats moeten vinden waarin zowel het product als het proces geëvalueerd gaat worden.

Een belangrijke indicator voor de evaluatie is ook de werkbaarheid van de innovatie voor de hulpverleners.

In deze paragraaf zijn enkel ideeën weergegeven voor de evaluatie van dit project. Voor dit project voert het te ver om dit uit te werken. De evaluatie is een belangrijk item welke in een later stadium ontwikkeld zal gaan worden.

In de volgende paragraaf wordt beschreven wat de specifieke rol van de MANP binnen dit project is.

6.4 De rol van de MANP binnen dit project

In het beroepsdeelprofiel van de Nederlandse Vereniging Nurse Practitioners (NVNP, 2004) wordt beschreven dat de deskundigheid van de MANP zich manifesteert op 4 taakgebieden namelijk:

- Integratie verpleegkundig handelen en medisch handelen
- Behandel- en zorgcoördinatie
- Kwaliteitszorg
- Innovatie van zorg en beroep

Binnen dit project liggen de rollen van MANP vooral op het gebied van de kwaliteitsverbetering en innovatie van zorg en beroep. De MANP draagt kennis over een nieuwe behandelwijze aan collega's en implementeert/ integreert deze in de huidige behandelwijze. Tevens initieert en begeleidt de MANP dit proces van verandering in de rol als projectbegeleider.

In dit project bewerkstelligt de MANP kennisontwikkeling en –verspreiding.

Deze twee taakgebieden passen prima bij de expertrol die de MANP in de praktijk zal gaan vervullen.

De MANP integreert praktijk en wetenschap, een element wat in dit project duidelijk naar voren komt. Tijdens het werk in de praktijk werd een praktijkprobleem gesignaleerd. Omdat in de opleiding veel aandacht besteed wordt aan methodologie en wetenschappelijk onderzoek, kan de MANP de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen gebruiken bij het zoeken naar oplossingen voor een praktijkprobleem en introduceren in de praktijk. In dit project heeft deze rol vorm gekregen waardoor er een goede integratie plaats heeft gevonden van praktijk en wetenschap.

De MANP zal in het vervolgtraject van dit project een specifieke rol krijgen, namelijk die van expert op het gebied van medicatie-ontrouw. Door scholingen te geven en als voorzitter van de expertgroep te fungeren krijgt deze rol inhoud.

In het vervolg van het project zou de MANP een rol kunnen krijgen in het medicatiemanagement van de patiënten die een antidepressivum gebruiken. De wetgeving, dat ook verpleegkundige experts medicatie voor mogen gaan schrijven is in ontwikkeling maar nog niet geformaliseerd. Als deze wetgeving afgerond is zou de MANP bij bijvoorbeeld chronische gebruikers van een antidepressivum, de medicatie kunnen monitoren en verfijnen. De MANP zal dan specifiek aandacht besteden aan de medicatietrouw van de patiënt, het functioneren van de patiënt, het sociale netwerk, de eventuele somatische ongemakken of bijwerkingen en het medicatiebeleid. De kracht ligt dan in het feit dat de MANP medische en verpleegkundige taken integreert. Zodoende wordt er aan de patiënt continuïteit van zorg geboden waardoor signalering van problemen in een eerder stadium plaats zal vinden. Dit zal de zorg van de patiënt ten goede komen. De kwaliteitsverbetering van de zorg aan patiënten, is een belangrijk taakgebied van de MANP.

Door een integratie van het verpleegkundig- en medisch handelen en doordat de handelcoördinatie bij de MANP ligt, zal de kwaliteit van zorg aan deze groep patiënten zeker verbeteren.

7. Discussie

In dit hoofdstuk wordt een terugblik gegeven op het gehele project, wordt een kritische beschouwing hierop gegeven en worden er aanbevelingen gedaan voor het vervolg van het project.

Terugblik

Door de systematiek gehanteerd in deze studie is er een goede analyse gemaakt van de huidige praktijkvoering. De basis van de studie was een praktijkprobleem, namelijk medicatie-ontrouw van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken

Na een oriëntatiefase werd dit project gestart met de volgende vraagstelling:

Waaruit bestaat het behandeltraject van de medicamenteuze behandeling van patiënten die een antidepressivum voorgeschreven krijgen, binnen de sector ouderen van het RI-AGG IJsselland en welke factoren beïnvloeden de medicatietrouw van deze patiënten?

Deze vraag werd onderzocht door middel van een literatuuronderzoek en een praktijkgericht onderzoek. Hieruit volgde belangrijke resultaten waaruit bleek dat het aangeboden behandeltraject van de beschreven doelgroep, zeer wisselend was en sterk af hing van de hulpverlener die deze zorg verleende. Ook bleek dat de aangeboden interventies niet transparant waren, iedereen geeft een eigen invulling hieraan en men weet niet van elkaar hoe men dit uitvoert.

Uit de verrichte onderzoeken kwam ook naar voren dat medicatie-ontrouw een multifactorieel probleem is waardoor signalering hiervan een complex geheel is. De beïnvloedende factoren zijn gericht op aspecten van de patiënt, de aandoening, het geneesmiddel en de behandelrelatie. Ook zijn overstijgende aspecten van invloed zoals de financiering van de medicatie en de organisatie van het gezondheidssysteem.

Bij de medicatie-ontrouw van ouderen spelen factoren een rol die specifiek te maken hebben met de leeftijd, zoals toenemende beperkingen (gezichtsvermogen, cognitieve functies), co-morbiditeit en polyfarmacie.

Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat niet alle collega's zicht hebben op de risicofactoren voor de ontwikkeling van medicatie-ontrouw. Hiernaast blijkt dat er geen specifieke identificering plaats vindt van medicatie-ontrouw.

In het begin van het project was er een idee om een innovatief programma gericht op bevordering van medicatietrouw te gaan ontwikkelen. Dit zou een totaal nieuwe ontwikkeling worden binnen de sector en een hele uitdaging. Nadat het praktijkgericht onderzoek voltooid was, werd duidelijk dat er bij de hulpverleners geen wens tot verandering aanwezig was. Wel waren hulpverleners sterk betrokken bij de doelgroep.

Omdat een succesvolle innovatie draagkracht moet hebben, is uiteindelijk gekozen voor een optimalisering van het huidige medicamenteuze traject. Bij de ontwikkeling van deze optimalisatie wordt gebruik gemaakt van de participatiemethode, de hulpverleners worden bij de ontwikkeling van de optimalisatie betrokken.

Dit leek in eerste instantie een stap terug maar werd later gezien als een eerste aanzet tot een belangrijke kwaliteitsverbetering, mogelijk ook te gebruiken bij meerdere behandeltrajecten. Tevens kan dit uiteindelijk dienen als een proefproject voor een programma gericht op bevordering van medicatietrouw.

Uiteindelijk werden de belangrijkste conclusies van het literatuur- en praktijkgericht onderzoek, vertaald in aanbevelingen voor de praktijk. Op basis hiervan is er een implementatieplan beschreven met als doel het systematisch optimaliseren van de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken.

Kritische beschouwing op de onderzoeken

Het praktijkprobleem, met betrekking tot medicatie-ontrouw, was gesignaleerd door de MANP in opleiding. Het was onbekend of de collega's dit ook als een probleem zagen en dit is ook niet onderzocht. Uiteindelijk bleek dit een beperking te zijn voor een totaal nieuwe innovatie, er was te weinig motivatie en draagvlak hiervoor.

In de literatuur wordt er, in relatie tot medicatie-ontrouw, een onderscheid gemaakt tussen twee groeperingen. Men spreekt namelijk van nieuwe gebruikers van een antidepressivum en van bestaande gebruikers. Bij het inventariserend onderzoek is er geen onderscheid tussen deze twee groepen gemaakt. Hierdoor is er geen specifieke schatting mogelijk geweest van het aantal vroegtijdige stoppers van een antidepressivum.

Het behoefteonderzoek is afgenomen bij collega hulpverleners, de vraagstelling van het onderzoek gaat immers over de sector waar onderzoekster werkt. Het zou kunnen dat de collegiale band van invloed is geweest op het interview.

Er treedt namelijk sneller herkenning op bij de antwoorden die men geeft, waardoor er mogelijk niet altijd voldoende doorgevraagd is.

Het feit dat het kwalitatief interview en de DAI 10 afgenomen is bij eigen patiënten, is een beperking. Mogelijk worden er sociaal wenselijk antwoorden gegeven, het is voor de patiënt moeilijker om negatieve bevindingen aan te geven doordat er een behandelrelatie bestaat. Verder was het merkbaar moeilijk voor de patiënten om de open vraag, over de gewenste ondersteuning na de start van een antidepressivum, te beantwoorden. De vraagstelling had richtinggevender mogen zijn. Patiënten weten niet goed aan welke aspecten ze hierbij kunnen denken.

Ondanks deze beperkingen zijn de resultaten van het praktijkgericht onderzoek zeer bruikbaar geweest, deze werden vertaald in bruikbare aanbevelingen voor de praktijk. De aanbevelingen hebben uiteindelijk geresulteerd in een plan voor de kwaliteitsverbetering van het behandeltraject van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken.

Aanbevelingen.

Het vroegtijdig betrekken van degene die de innovatie moeten gaan uitvoeren blijkt van groot belang. Om die reden zou, in een nieuw project, de probleemstelling in een vroeg stadium besproken worden met het team

In een volgende studie zouden niet eigen patiënten geïnterviewd moeten worden maar patiënten van andere hulpverleners. Hierdoor zal men waarschijnlijk objectievere antwoorden krijgen.

Uit de studie blijkt dat er geen goed meetinstrument is waarmee medicatietrouw in zijn geheel meten kan worden. Medicatie-ontrouw is een groot probleem met veel impact op het welbevinden van de patiënt. Tevens is medicatiegebruik een grote kostenpost in de gezondheidszorg en een effectieve omgang met deze medicatie kan deze kostenpost positief beïnvloeden. Als er een betere signalering van medicatie-ontrouw mogelijk is, kan men in een vroegtijdig stadium hierop interveniëren, wat de behandelduur kan verkorten. Verder onderzoek hieromtrent zal zeker de moeite waard zijn.

Langdurige gebruikers van medicatie, ook bij antidepressiva, zijn vaak geneigd om de medicatie verkeerd in te gaan nemen of te staken. Hierdoor ontstaan recidieven van de depressieve stoornis.

Uit het praktijkgericht onderzoek bleek dat binnen het RIAGG IJsselland soms, langdurige gebruikers van een antidepressivum, uit het beeld van het RIAGG raken waardoor de kans op medicatie-ontrouw toeneemt. Voor deze groep langdurige gebruikers van een antidepressivum, zou een stemmingspoli ontwikkeld kunnen worden. Binnen deze poli kan continuïteit geboden worden en kan specifieke deskundigheid opgebouwd worden. Een MANP zou hierbinnen een specifieke rol kunnen invullen. Deze zou namelijk de medicatie kunnen monitoren en volgens protocollen aanpassen. De continuïteit en psycho-educatie kan medicatietrouw bevorderen en dus terugval van de depressieve symptomen voorkomen.

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat deze studie een waardevolle bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van de praktijkvoering. Uit het literatuuronderzoek en praktijkgericht onderzoek werd duidelijk dat binnen het huidige behandeltraject van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken een aantal zaken geoptimaliseerd moesten worden. Betrokkenheid van de hulpverleners is een belangrijke pijler gebleken. Het systematisch en methodisch analyseren van een praktijk blijkt hierop een waardevolle tweede pijler. De synergie hiertussen verbetert de behandeling van deze groep patiënten. Het kan dus écht beter!

Binnen kwaliteitsverbeterende projecten zal de MANP van grote betekenis zijn. De MANP kan bij gewenste vernieuwing mede de richting bepalen van een innovatie. Dit is ook zichtbaar in dit project waarin de MANP een belangrijke voorbereidende rol had.

De rol van de MANP is momenteel nog niet helder en niet uitgekristalliseerd binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz). Ook binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland is er nog geen duidelijkheid over de invulling van deze rol. Door de uitvoering van onder andere kwaliteitsverbeterende projecten, kan de rol duidelijker worden en is deze mogelijk meer te onderscheiden van andere beroepsgroepen binnen de GGz. De verdere ontwikkeling van de rol van de MANP in de GGz en specifiek voor de sector ouderen van het RIAGG IJsselland, is een mooie uitdaging voor de toekomst!

Tot slot

Het schrijven van dit project was een langdurig en intensief proces. Het was een eerste ervaring met het uitvoeren en beschrijven van een onderzoek. Het bijzondere van dit project is de praktijkgerichtheid hiervan, dit was een belangrijke motiverende factor. Het schrijven van dit project was niet altijd makkelijk en heeft veel energie gekost. Ik ben zeer tevreden met het uiteindelijke resultaat. Dit was niet gelukt zonder alle hulp die ik gekregen heb.

Allereerst wil ik mijn collega's en de patiënten bedanken die deelgenomen hebben aan het praktijkgericht onderzoek. Zonder hun medewerking was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Bij het schrijven van dit project werd ik begeleid door Jean-Jaques Georges. Graag wil ik hem bedanken voor zijn betrokkenheid, tijdsinvestering en voor de gegeven adviezen. De tweede begeleider Michel Jansen is ook dank verschuldigd, zijn adviezen hebben zeker ook bijgedragen aan het uiteindelijke resultaat.

Binnen de werkplek werd ik, voor dit project, begeleid door Jan Aberson. Zijn adviezen en zeker ook zijn ondersteuning hebben heel stimulerend gewerkt. Hartelijk dank hiervoor! Mijn twee collega's Akke Wijngaard en Hans Markus hebben, vooral in de beginfase van het project, meegelezen. Ook hen wil ik hiervoor bedanken.

Aan mijn collega en medestudent Els Schuijt heb ik veel ondersteuning gehad. Het samen doorlopen van dit proces was een hele waardevolle ervaring en heeft geresulteerd in een vriendschap.

Tot slot wil ik mijn gezin bedanken, mijn echtgenoot Louis, dochter Lotte en zoon Yarn, die mij ten allen tijde gesteund hebben. Mijn oudste dochter Joske, die eveneens bezig was met een afstudeerproject, wil ik nog speciaal danken. Ten tijde van een absoluut dieptepunt binnen dit project, heeft zij mij geholpen om de draad weer op te pakken.

Referenties

American Psychiatric Association (1998). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Washington D.C.: Swets & Zeitlinger.

Awad, A.G., (1993). *Subjective Response to Neuroleptics in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 19, 609-618.

Beekman, A.T. F., Deeg, D. J. H., Smit, J.H., Comijs, H.C., Braam, A.W., Beurs, E., (2004). *Dysthymia in later life: a study in the community*. Journal of Affective Disorders, 81, 191-199.

Becker, M.H., Maiman, L.A., (1975). *Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations*. Medical care, 13, 10-24. In: Knoppert-van der Klein, E.A.M., Kolling, P., Hoogduin, C.A.L., (1998). *Richtlijnen ter bevordering van Therapie Trouw*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Blackwell, B., (1976). *Treatment Adherence*. British journal of Psychiatry, 129, 513-531. In: Knoppert-van der Klein, E.A.M., Kolling, P., Hoogduin, C.A.L., (1998). *Richtlijnen ter bevordering van Therapie Trouw*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Boter, H., Gamel, Machielsen, Welddam, (2004). *Nederlandse vertaling van de DAI-10*. Utrecht: UMC.

Brink, A.M., Dulmen, van, A.M., (2004). *Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken*. Utrecht: Nivel.

Buckalew, L.W., Sallis, R.E., (1986). *Patient compliance and medication perception*. Journal of Clinical Psychology, 42, 49-53. In: Knoppert-van der Klein, E.A.M., Kolling, P., Hoogduin, C.A.L., (1998). *Richtlijnen ter bevordering van Therapie Trouw*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Cox, K., (2007). *De implementatie van een verandering: een kritische beschouwing*. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice, 1, 14-17.

DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. (2006). *Therapietrouw. Werken met cijfers in het FTO*.

Demyttenaere, K., Vanderschueren, D., (1995). *Selective serotonin reuptake inhibitors and sexual function. The pharmacology of sexual function and dysfunction*. Amsterdam:Elsevier Science, 327-339.

Eisen, S.A., Miller, D.K., Woodward, R.S. (1990). *The effect of prescribed dailydose frequency on patient medication compliance*. Archives of International Medicine, 150, 1881-1884. In: Knoppert-van der Klein, E.A.M., Kolling, P., Hoogduin, C.A.L., (1998). *Richtlijnen ter bevordering van Therapie Trouw*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Frank, E., Kupfer, D., Perel, J., (1990). *Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression*. Archives of General Psychiatry, 47,1093-1099

GIPdatabank, (2003). In: DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. (2006). *Therapietrouw. Werken met cijfers in het FTO*.

Griffith, S. (1990). *A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines*. British Journal of General Practicity, 40, 114-116. In: Knoppert-van der Klein, E.A.M., Kolling, P., Hoogduin, C.A.L., (1998). *Richtlijnen ter bevordering van Therapie Trouw*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Grol, R., Wensing, M., (2003). *Implementatie. Effectieve verandering in de patiënten-zorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Guchelaar, H.J., (2005). *Response en non-response op geneesmiddelen: oorzaken en aanbevelingen*.

Heeren, T.J., Linssen, A.C.G., Overduin, J. (1997). *Psychiatrische psychotherapie bij ouderen*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 39, 146-160

Heeren, T.J., Kat, M.G., Stek, M.L., (1997). *Ouderenpsychiatrie*. Wetenschappelijk uitgeverij: Bunge.

Hogan, T.P., Awad, A.G., Eastwood, R. (1983). *A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity*. Psychologic Medicine, 13, 177-83.

Keller, M.B., Kocsis, J.H., Thase, M.E., (1998). *Maintenance phase efficacy of sertralinen for chronic depression. A randomized controlled trial*. Jama, 280, 1665-72.

Kitson, A. Harvey, G., McCormack, B., (1998). *Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework*. Qual Health Care, 7, 149-58. In: Grol, R., Wensing, M., (2003). *Implementatie. Effectieve verandering in de patientenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Knoppert-van der Klein, E.A.M., Kolling, P., Hoogduin, C.A.L., (1998). *Richtlijnen ter bevordering van Therapie Trouw*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kotler, P., Roberto, E., (1991). *Sociale marketing*. Utrecht: Het Spectrum. In: Grol, R., Wensing, M., (2003). *Implementatie. Effectieve verandering in de patientenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Nederlandse Vereniging Nurse Practitioners, (2004). *Beroepsdeelprofiel Nurse Practitioner*. Utrecht.

Polet, J., (2006). *Best Practice Project Modulehandleiding*. Utrecht: Hogeschool.

Praag, H.M., van. (2000). *Psychofarmaca*. Assen: Van Gorcum en Comps BV.

Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, J.M., (1999). *Nortipityline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. A randomized trial in patients older than 59 years*. Jama, 281, 39-45.

Sabate, E. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva. World Health Organization.

Salari M.A.T., Plaisier A.J., (2000). *Zorgprogramma's voor de ouderenzorg*. Utrecht: GGZ Nederland.

Velden, van der, V, (2005). *Multidisciplinaire richtlijn depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Samenvatting*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vergouwen, A.C.M., Van Hout, H. P.J., Bakker, A., (2002). *Methoden om de therapietrouw bij het gebruik van antidepressiva te verbeteren*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 146(5).

Verhey, F.R.J. , (1997). *Diagnostiek en behandeling van depressie bij ouderen*. Denkbild, 21-30.

Bronnen geraadpleegd op internet

CBS (2007). *Metatopos*. Geraadpleegd op Internet op 15 januari 2007, ca. 10.00 uur via URL <http://home.wxs.nl/~pagklein/gemprov.html>.

Trimbos-Instituut (2006). *Informatie voor professionals: depressie en comorbiditeit, lichamelijke ziektes*. Geraadpleegd op Internet op 12 december 2006, ca. 14.00 uur via URL <http://www.trimbos.nl/default1311.html?back=1>.

Illustratie op de titelpagina afkomstig van:

http://www.senternovem.nl/Transitienetwerk/nieuws/Nieuwsbrief/nieuwsbrief_november_2005.asp

Bijlagen

Bijlage I : Interview collega's

Bijlage II : Interview patiënten

Bijlage III : DAI-10

Bijlage IV : Samenvatting interview

Bijlage V : Factoren van invloed op medicatie-ontrouw

Bijlage VI : ZONMW aanvraag

Bijlage I

Vragenlijst collega's met betrekking tot het gebruik van antidepressiva door patiënten.

1.
Wat zijn de huidige interventies bij patiënten die een antidepressivum voorgeschreven krijgen en door wie worden deze interventies ondernomen?
2.
Zijn deze interventies een eigen beleid of zijn dit vaste afspraken?
3.
Als het eigen beleid is, waarop zijn de keuzen gebaseerd?
4.
Wat versta je onder medicatie-ontrouw?
5.
Heb je voldoende kennis met betrekking tot medicatietrouw en waar of hoe heb je deze opgedaan?
6.
Wat is de frequentie van de contacten bij patiënten die een antidepressivum voorgeschreven hebben gekregen?
7.
Zijn er nog bijzondere aandachtspunten bij patiënten die een antidepressivum voorgeschreven hebben gekregen?
8.
Is er een verschil in de benadering of interventies per individuele cliënt? Zo ja, waarom, zo nee, waarom niet?
9.
Hoe signaleer je verkeerd gebruik (stoppen, te veel of te weinig innemen) van antidepressivum?
10.
Welke cliënten vormen, binnen je eigen patiëntenbestand, een risicogroep voor het verkeerd gebruik van antidepressiva?
11.
Welke acties onderneem je als een patiënt het antidepressivum verkeerd gebruikt?
12.
Met wie en wanneer wordt het gebruik van het antidepressivum geëvalueerd? Wat wordt er geëvalueerd?
13.
Wat zou je veranderd willen zien in het traject van patiënten die een antidepressivum voorgeschreven krijgen?

Bijlage II

Vragenlijst patiënten die een antidepressivum gebruiken

1.
U gebruikt een antidepressivum. Wat voor ondersteuning zou u hierbij willen ontvangen van het RIAGG?
2.
Hoe vaak wilt u uw begeleider zien na de start van het antidepressivum?
3.
Maakt het u uit wie u ondersteuning biedt na de start van het antidepressivum? De arts of de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige?
4.
Hebt u behoefte aan uitleg over de werking van het antidepressivum?
5.
Hebt u behoefte aan uitleg over de mogelijke bijwerkingen van het antidepressivum?
6.
Maakt het u uit of u uw begeleider persoonlijk ziet of telefonisch?
7.
Zou u de uitleg over medicatie, werking, mogelijke bijwerkingen en dergelijke, in een groep willen ontvangen?
8.
Wat zou u doen als u vragen hebt over de gebruikte medicatie?
9.
Wat zou voor u een reden zijn om de voorgeschreven medicatie niet te slikken?
10.
Wat doet u als u de medicatie niet meer wil gebruiken? Hoe zou u willen handelen?
11.
Wat hebt u gemist in de begeleiding van het RIAGG nadat u gestart bent met een antidepressivum?

Bijlage III

Houding ten aanzien van medicatie (10 items)

- In te vullen door de patiënt (DAI-10; verkorte versie)

Het doel van deze vragenlijst is om inzicht te krijgen in wat patiënten vinden van het gebruik van psychiatrische medicatie en wat hun ervaringen zijn met deze medicatie.

Lees iedere uitspraak en beslis of deze op u van toepassing is of niet. Als de uitspraak (grotendeels) **op u van toepassing** is, kruis het vakje achter de uitspraak onder **mee eens** aan. Als de uitspraak (grotendeels) **niet op u van toepassing** is, kruis het vakje achter de uitspraak onder **niet mee eens** aan.

Beantwoord iedere vraag. Denk er aan **uw eigen mening** te geven - er zijn geen goede of foute antwoorden. Wacht niet te lang bij het beantwoorden van een vraag.

De medicatie waarnaar verwezen wordt in de vragen betreffen alleen **psychiatrische** medicatie.

		Mee eens	Niet mee eens
1	Voor mij persoonlijk wegen de voordelen van medicatie op tegen de nadelen.	0	0
2	Ik voel me vreemd, als een 'zombie', als ik medicatie gebruik.	0	0
3	Ik neem medicijnen uit eigen vrije wil.	0	0
4	Door medicijnen voel ik me meer ontspannen.	0	0
5	Door medicatie voel ik me moe en duf.	0	0
6	Ik neem medicatie alleen als ik ziek ben.	0	0
7	Ik voel me normaler als ik medicatie gebruik.	0	0
8	Het is onnatuurlijk voor mijn lichaam en geest om beheerst te worden door medicatie.	0	0
9	Mijn gedachten zijn helderder als ik medicatie gebruik.	0	0
10	Door medicijnen te blijven gebruiken kan ik voorkomen dat ik ziek word.	0	0

- Nederlands vertaling Boter, Gamel, machielsen en Welddam, 2004. Zij die gebruik willen maken van deze vragenlijst wordt verzocht contact op te nemen met: Han Boter, UMC Utrecht, afdeling psychiatrie (A01.126), Pb 85500, 3508 GA Utrecht; 030 2507132, h.boter@azu.nl
- Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. Psychol Med 1983;13:177-83.

Bijlage IV

Samenvatting expertinterview

1. Psycholoog

Huidige interventies

De psychiater geeft uitleg over de werking en bijwerkingen. Hiernaast geeft de psycholoog ook uitleg over de werking van het antidepressivum op het brein en dergelijke en uitleg over de inname en de bijwerkingen. Hierbij is het merkbaar dat de psychiater al veel uitleg gegeven heeft. Patiënten van de psycholoog hebben vaak zelf al veel kennis opgedaan, zoeken bijvoorbeeld zelf informatie op over de medicatie. Afhankelijk van de werking van de medicatie wordt, als de symptomen verminderd zijn, gestart met de psychologische behandeling. Tot die tijd is er sprake van een ondersteunend gesprek waarbij de werking van de medicatie in de gaten gehouden wordt. De frequentie van de contacten is na start van het antidepressivum meestal eenmaal per 2 weken, als de situatie ernstig is, dan vaker.

Therapie-ontrouw kan gesignaleerd worden door terugval van de depressie maar meestal geven cliënten zelf aan als ze moeite hebben met de medicatie. De cliënten worden dan verwezen naar de psychiater.

Het gebruik van de medicatie wordt geëvalueerd door de psychiater met de patiënt en tijdens het MultiDisciplinair Overleg op verzoek van de psycholoog.

De huidige benadering is deels gericht op de multidisciplinaire richtlijnen, kennis vanuit het vakgebied, en deels op eigen ervaring.

De psycholoog vindt haar kennis op het gebied van medicatietrouw voldoende en deze is, opgedaan door ervaring.

Risicofactoren voor therapie-ontrouw

Extra risico voor medicatie-ontrouw zijn angstige mensen, door hun angsten behoeven zij extra uitleg en motivatie om medicatie te handhaven

Gewenst zorgaanbod

Is tevreden met de huidige werkwijze.

2. Psychiater

Huidige interventies

Er zijn twee lijnen waarlangs de psychiater een medicamenteuze behandeling voor een depressie start namelijk:

- de hulpverleners, vaak SPVen, hebben de intake gedaan en in het MDO is besloten dat er een consult met de psychiater plaats moet vinden.
- De psychiater ziet de patiënt alleen, er is geen andere behandelaar.

Als de hulpverleners de intake gedaan hebben ziet de psychiater de patiënten eenmaal en de hulpverleners vervolgen dan de contacten met de patiënt waarvan ook de medicamenteuze behandeling een onderdeel is. De hulpverlener is dan degene die aangeeft wanneer het niet goed gaat met de patiënt, deze moet/kan dan de psychiater inschakelen. Er worden tussen de psychiater en hulpverlener geen specifieke afspraken gemaakt

over de therapietrouw. De afspraken tussen de psychiater en hulpverlener zijn helder en de psychiater wordt tijdig ingeschakeld.

Als de psychiater de patiënt alleen ziet, ligt de nadruk op de relatie tussen de patiënt en de behandelaar. De continuïteit en vertrouwen zijn van belang in deze contacten rondom medicatie.

Normaal gesproken ziet de psychiater de patiënt na 3 a 4 weken, omdat dan de werking van de medicatie begint. Is de depressie ernstig of is er sprake van een angstig iemand, dan ziet de psychiater de patiënt weer na 1 week. De beschikbaarheid van de behandelaar voor de patiënt moet ook sluitend zijn. Bij vragen kan de patiënt bellen en deze moet dan de behandelaar te spreken krijgen of teruggebeld worden, de psychiater werkt op deze manier. Dit is een belangrijk onderdeel van de betrouwbaarheid van een behandelaar.

Het volgen van de medicatie moet een langdurig traject zijn, dit bevordert namelijk de therapietrouw.

Bij alle consulten rondom antidepressiva is het eerste gesprek gericht op uitleg over het ziektebeeld, het doel van de behandeling en de werking en de te verwachte resultaten van een antidepressivum. Hier wordt veel tijd en aandacht besteed, de eerste klap is een daalder waard.

Therapie-ontrouw wordt gesignaleerd als patiënten niet opknappen en soms door het bepalen van een bloedspiegel. Als cliënten therapie-ontrouw zijn dan ligt de nadruk op het openhouden van het contact. Hiernaast krijgt men uitleg over de consequenties/ gevolgen van het verkeerd gebruik van de voorgeschreven medicatie. De behandelrelatie staat centraal, er moet sprake zijn van een wederzijds vertrouwen tussen patiënt en psychiater.

De medicamenteuze behandeling wordt geëvalueerd met de patiënt en met de betrokken hulpverlener, waarbij de psychiater er vanuit gaat dat de hulpverleners kijken naar het herstel van de depressieve symptomen.

De huidige interventies, van de psychiater, zijn gestoeld op het getrapte voorschrijfbeleid m.b.t. een antidepressivum van Dhr. W. Nolen. Gaande weg het beroepsleven heeft zich een eigen beleid ontwikkeld gebruik makend van ontwikkelde protocollen en eigen ervaring. De psychiater vindt zijn kennis op het gebied van medicatietrouw voldoende.

Risicofactoren voor therapie-ontrouw

De manier waarop mensen denken over het gebruik van medicijnen is essentieel hierbij. Accepteert men dat men pillen moet gebruiken of niet?

Hiernaast is de persoonlijkheidsdiagnostiek van belang omdat dit ook een rol kan spelen in de omgang met de medicatie.

Het afsluiten van de contacten met een patiënt is een kritisch moment, soms wordt de patiënt bij het RIAGG uitgeschreven terwijl de psychiater hiervan niet op de hoogte is. Het blijven volgen van cliënten die langdurig een antidepressivum moeten gebruiken bevordert namelijk ook de medicatietrouw. Als deze mensen uit beeld van het RIAGG raken is dit een risicofactor voor terugval

Gewenst zorgaanbod

Het huidige aanbod wordt als redelijk sluitend ervaren. Ook in relatie tot de andere disciplines is het aanbod sluitend, men werkt goed samen en er wordt tijdig gesignaleerd. Mogelijk zou het moment van aanvragen van nieuwe recepten een signalerende functie kunnen hebben m.b.t. de medicatietrouw. Dit gebeurt op dit moment niet structureel, wordt nu soms per toeval ontdekt.

Het standpunt van de psychiater is dat cliënten die langdurig een antidepressivum moeten blijven gebruiken, bij het RIAGG ingeschreven moeten blijven. Dit is nu niet altijd het geval.

3. Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige opleiding in 1979 gedaan, hierna tot nu gewerkt als SPV

Huidige interventies

In de eerste contacten wordt er aandacht besteed aan informatie over de medicatie, namelijk de werking en het resultaat heeft aandacht. Aandacht voor de patiënt en deze serieus nemen staat centraal. De cliënten bepalen de gespreksonderwerpen en de frequentie van de contacten. In de gesprekken wordt ook aandacht besteed aan leefstijladviezen zoals het nemen van rust, sociale contacten en het vaste tijdstip van het innemen van de medicatie. Aan cliënten die meer aandacht vragen wordt meer tijd en energie gegeven.

De eerste 3 a 4 weken worden de mensen wekelijks gezien, dit hangt ook af van de agenda van de SPV.

Over deze manier van werken wordt niet gesproken met collega's, het is een eigen gevormd beleid.

Medicatie-ontrouw wordt soms gesignaleerd doordat cliënten dit zelf vertellen. Vaak weten ze niet dat ze iets verkeerd doen. Tijdens de eerste bezoeken wordt expliciet naar, de wijze van inname en problemen met de medicatie, gevraagd.

De evaluatie met de psychiater over de medicamenteuze behandeling vindt plaats in de wandelgangen. Hiervoor is geen vaste structuur, de SPV bepaalt zelf wie hij wel of niet bespreekt met de psychiater.

De SPV vindt dat ze voldoende kennis over medicatietrouw heeft, geleerd door ervaring en van de psychiater. Deze kennis is niet in de SPV opleiding aangeboden

Risicofactoren voor therapie-ontrouw

Mensen met cognitieve problemen vormen een extra risicogroep voor medicatie-ontrouw. Bij deze mensen worden vaak de thuiszorg of familie ingeschakeld voor de verstrekking van de medicatie.

Gewenst zorgaanbod

De benadering en interventies op het gebied van medicatietrouw zijn bij iedereen verschillend, daar is geen beleid op te maken. Het standaardiseren van behandelingen is niet fijn, het leuke van het vak is juist om zelf te bepalen hoe je handelt.

4. Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige opleiding in 1980 gedaan, hierna tot nu gewerkt als SPV

Huidige interventies

Bij de cliënten bij een antidepressivum voorgeschreven is wordt tijdens de huisbezoeken expliciet het gebruik besproken. Als er vraagtekens zijn bij de inname wordt doorgevraagd over het tijdstip en hoe men ze inneemt. Soms wordt er gevraagd de medicatie te laten zien en worden samen met de patiënt de doosjes bekeken.

Als een patiënt veel last van bijwerkingen heeft wordt er gekeken naar aanpassing in de inname bijvoorbeeld een inname voor de nacht afspreken.

In de benadering van de patiënt staan openheid en directheid centraal.

De frequentie van de contacten is afhankelijk van de situatie van de cliënt, namelijk de ernst van de klachten en symptomen. Na het voorschrijven van de medicatie wordt de patiënt na 1 a 2 weken gezien. Het maximum aan tijd tussen de contacten is 3 a 4 weken.

Over deze manier van werken wordt niet gesproken met collega's, het is een eigen gevormd beleid. Er is een vooronderstelling dat dit een 'normaal' beleid is.

Medicatie-ontrouw wordt gesignaleerd doordat mensen het zelf aangeven of omdat het resultaat niet verbeterd.

Evaluatie van de medicatie vindt plaats met de patiënt en zonodig met de psychiater. Hier zit geen vaste structuur in. Op verzoek van SPV worden de cliënten met een antidepressivum 1 a 2 keer per jaar gezien door de psychiater. Dit is op initiatief van de SPV.

De kennis over medicatietrouw is opgedaan in de opleiding, door vakliteratuur en ervaring. Er is voldoende kennis over medicatietrouw. Kennis op het gebied van de nieuwste antidepressiva wordt gemist, namelijk de werking en bijkomende aspecten.

Risicofactoren voor therapie-ontrouw

Cliënten met een bipolaire stoornis met een dementie en met recidiverende depressies vormen een risicofactor voor verkeerd gebruik van de medicatie.

Zonodig wordt het netwerk ingeschakeld.

Gewenst zorgaanbod

Het huidige traject verloopt goed, er hoeft geen verandering plaats te vinden. Op dit moment heeft de SPV geen idee hoe anderen collega's handelen m.b.t. medicatie-ontrouw. Het idee wordt geopperd om naar aanleiding van dit praktijkonderzoek met elkaar te gaan bekijken hoe we ermee omgaan.

5. HBOV en Voorgezette Opleiding Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige opleiding in 1994; sinds 1992 werkzaam als SPV

Huidige interventies

Tijdens de eerste contacten wordt uitgebreid uitleg gegeven over het ziektebeeld en uitleg over de medicatie. Dit wordt door de SPV steeds belangrijker gevonden en vindt steeds uitgebreider plaats, omdat de motivatie bij een medicamenteuze behandeling zo belangrijk is. Er is vaak onwetendheid bij de patiënt over deze facetten en ondersteunend foldermateriaal kan helpend zijn. Hoe vaker informatie wordt verstrekt hoe beter dit is. De psychiater heeft al veel informatie gegeven en de informatie verstrekt door de SPV is dan aanvullend. Afhankelijk van het beeld van de patiënt wordt bepaald welke andere aspecten in de eerste gesprekken aan bod komen. Het betrekken van het systeem bij deze eerste gesprekken is ook een onderdeel van de interventies, omdat deze de patiënt kunnen motiveren. Om die reden is het van belang dat ook zij kennis hebben van het ziektebeeld, de werking en bijwerkingen van de medicatie. Systeemopvang is ook een onderdeel van de interventies.

De SPV maakt een duidelijk verschil in de deskundigheid van de psychiater en de SPV. De psychiater bepaald welke medicatie, de dosering en wanneer er voorgeschreven wordt. De SPV volgt de medicatie bij de cliënt.

De frequentie na de start van het antidepressivum is eenmaal per 2 weken en wordt , afhankelijk van het beeld afgebouwd. Deze gesprekken zijn vaak een herhaling van het eerste gesprek, er vindt namelijk wederom veel uitleg plaats.

Motiverend voor de medicamenteuze behandeling werkt: kennis en systeembetrokkenheid.

Verkeerd gebruik van de medicatie wordt gesignaleerd door goed te luisteren naar wat de patiënt over de medicatie zegt. Er wordt tevens gevraagd naar de hoeveelheid aanwezige medicatie. De SPV bedenkt zich dat er niet rechtstreeks naar het gebruik gevraagd, dit zit niet standaard in de werkwijze.

Evaluatie van het medicatiegebruik is geen expliciet onderdeel van het MDO. Bij een expliciete vraag van de SPV wordt de psychiater ingeschakeld, eventueel via de mail waarbij een verwijzing naar de rapportage plaats vindt. Evaluatie met de psychiater is niet structureel. Bij complexe situaties wordt sneller geëvalueerd met de psychiater. Er is voldoende kennis over medicatietrouw opgedaan door ervaring. Hier is ook de huidige benadering van de SPV op gebaseerd.

Risicofactoren voor therapie-ontrouw

Clënten met een mengbeeld met cognitieve stoornis vormen een risicogroep voor het verkeerd gebruik van het antidepressivum. Hiernaast mensen met een laag IQ en mogelijk mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Mensen die sterk onzeker zijn behoeven ook extra aandacht.

Gewenst zorgaanbod

Momenteel is de samenwerking met de psychiaters goed waardoor er zorgvuldig gehandeld wordt. De SPV vindt van zichzelf en van de huidige psychiaters dat er zorgvuldig gehandeld wordt. Door een ervaring tijdens verlof van een van de huidige psychiaters werd duidelijk dat de huidige werkwijze wel afhankelijk is van personen, hiermee valt of staat het zorgvuldig handelen. Er is geen zicht op het handelen van collega hulpverleners. Mogelijk is er meer structuur aan te brengen in de evaluatiemomenten tussen hulpverlener en psychiater. Hiernaast zou er meer foldermateriaal aanwezig moeten zijn.

6. Opleiding Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige opleiding afgesloten in 2002; sinds die tijd werkzaam als SPV volgt nu de MANP

Huidige interventies

Tijdens de eerste contacten met cliënten wordt uitleg gegeven, maar de cliënten zijn vaak al begonnen met medicatie en de aandacht ligt dan tijdens de gesprekken niet op het medicatiegebruik. De uitleg bestaat uit het benadrukken van de biologische benadering, voorlichting over de bijwerkingen en de duur van de werking van het medicijn. Er is geen protocol rondom het medicatiegebruik, er wordt gehandeld volgens eigen beleid.

Dit beleid is gebaseerd op de motivatie van de cliënt, de sterkte van de bijwerkingen en het gegeven dat een antidepressivum pas na een aantal weken werkzaam blijkt, wat demotiverend werkt. Hoe vaak de patiënt gezien wordt na de start van een antidepressivum is wisselend maar meestal eenmaal per 2 weken en na instelling op de medicatie wordt dit afgebouwd.

Mogelijk is er te weinig aandacht voor het verkeerd gebruik van de medicatie en wordt dit niet altijd gesignaleerd. Een mogelijkheid zou zijn om bloed te laten prikken maar dit gebeurt meestal niet. Bij signalering van verkeerd gebruik wordt de psychiater ingeschakeld.

Het gebruik van de medicatie wordt door de patiënt met de psychiater geëvalueerd en later door de SPV met de eigen cliënt. Door de SPV wordt het toestandbeeld en de bijwerkingen geëvalueerd.

Tijdens de opleiding is geen aandacht besteed aan medicatie-ontrouw waardoor de SPV denkt mogelijk te weinig kennis te hebben.

Risicofactoren voor therapie-ontrouw

Een risicogroep voor medicatie-ontrouw zijn de cliënten die reeds lang een antidepressivum gebruiken, cliënten bij wie de depressie in remissie is en cliënten die in het verleden medicatie-ontrouw geweest zijn.

Gewenst zorgaanbod

De huidige interventies en benadering berust teveel op toeval, er zijn te weinig vaste afspraken.

Een wens is om een goed omschreven zorgprogramma voor deze doelgroep te hebben zodat er meer geprotocolleerd gewerkt wordt.

7. Opleiding Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige opleiding afgesloten in 2004; sinds die tijd werkzaam als SPV

Huidige interventies

Er wordt door de SPV doorlopend psycho-educatie gegeven tijdens de contacten. Deze uitleg is afhankelijk van de reden van start van de medicatie maar bestaat uit uitleg over het gebruik en de voor en nadelen van de medicatie. Er is geen taakverdeling tussen de psychiater en de SPV hierover. De interventies zijn gericht op eigenbeleid en op de behoeftes van de patiënt en de vragen van de cliënt. Tijdens de contacten met de cliënten wordt gelet op gedragsveranderingen, stemmingsveranderingen, effecten van het gebruik van de medicatie en wordt ingegaan op vragen van de cliënt.

Welke interventies men uitvoert wordt tevens bepaald door de ernst van de depressie, de zelfstandigheid van de patiënt en het inzicht van de cliënt.

In overleg met de patiënt wordt deze 1 maal per 2 weken gezien, nadat de medicatie voorgeschreven is.

Medicatie-ontrouw wordt o.a.esignaleerd als er sprake is van veel bijwerkingen, als de patiënt gedrag vertoont wat niet te plaatsen valt en als de patient suf is.

Medicatie-ontrouw wordt dan besproken met de patiënt en er wordt psycho-educatie gegeven.

Het gebruik van de medicatie wordt door de psychiater met de patiënt geëvalueerd en met de psychiater en de SPV in de wandelgangen. Besproken wordt dan de werking en het gedrag van de cliënt. Er vindt geen structureel overleg plaats over de medicatie tussen de psychiater en SPV.

Er is voldoende kennis over de medicatie, de SPV is niet specifiek geschoold op medicatietrouw.

Risicofactoren voor therapie-ontrouw

Een risicofactor zijn cliënten die weinig inzicht hebben in het eigen functioneren en inzicht in het medicatiegebruik. Hiernaast cliënten die weerstand hebben tegen de medicatie en mensen die verminderd intelligent zijn. Tevens vormt een risicogroep cliënten bij wie de depressie in remissie is.

Gewenst zorgaanbod

De SPV is tevreden met de huidige benadering. Geeft aan dat de afspraken tussen de psychiater en de SPV niet altijd helder zijn waardoor er mogelijk dingen dubbel gebeuren. Mogelijk zou dit traject meer geordend mogen zijn.

Bijlage V

Factoren van invloed op de ontwikkeling van medicatie-ontrouw

Aspecten van de patiënt	Sociale factoren • sociaal isolement • middelenmisbruik/sociaal alcoholgebruik (tot 5 glazen per dag) • slecht sociaal functioneren • lage sociale status • echtscheiding • tot een minderheidsgroep behorend • cliënten die weinig inzicht in eigen functioneren hebben Patiëntkenmerken • kennis over het ziektebeeld, medicatie en prognose • denkbeeld over medicatie • cliënten die in het verleden ontrouw zijn geweest • manier waarop mensen over medicatiegebruik en ziekte denken • motivatie m.b.t. het gebruik • inzien van het belang van de noodzaak van de medicatie • verwachtingen van de patiënt over de hulpverlening, verandering in leefstijl en het effect van de therapie • copingpatroon • persoonlijke effectiviteit Co-morbiditeit • patiënten met persoonlijkheidstoornissen • angstige en onzekere cliënten • patiënten met cognitieve stoornissen • patiënten met een laag IQ • patiënten met een paranoïde inslag • patiënten met bijkomende lichamelijke ziekten
Aspecten van de aandoening	• herstel van de symptomen. • ernst van de symptomen • recidiverende depressies • ernstige schuldgevoelens bij depressieve mensen waarbij het gevoel optreedt de behandeling niet waard te zijn • ernstige concentratiestoornissen bij depressieve patiënten • gevoelens van schaamte en stigmatisering

--	--

Vervolg factoren van invloed op de ontwikkeling van medicatie-ontrouw

Aspecten van het geneesmiddel	Reactie op het geneesmiddel • Het optreden van de bijwerkingen vooraf aan de werking • het optreden van seksuele functiestoornissen Chronisch gebruik • langdurig gebruik medicatie en geen monitoring meer Medicatiepatroon en gebruik • polyfarmacie • medicatie verdeeld over de dag in te nemen • langdurig gebruik van medicatie • verpakkingswijze medicatie
Aspecten van de behandelrelatie	Algemeen • wederzijds vertrouwen • continuïteit van zorg • bereikbaarheid behandelaar • openheid en directheid • coaching en onderhandelen met cliënt • patiënt een actieve bijdrage geven aan besluitvorming • korte wachttijden Gericht op monitoring medicatie • expliciet bespreken medicatiegebruik en gevolgen van medicatie-ontrouw • systeembetrokkenheid • manier waarop motivatie gestimuleerd wordt • op een positieve manier het medicatiegebruik bespreken wordt

Bijlage VI

ZonMw subsidie-aanvraag

Algemene gegevens

Projecttitel:

Optimaliseren van de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken waardoor de signalering van medicatie-ontrouw eerder plaats vindt.

Aanvrager

Titulatuur	Sectormanager ouderen, dokter J. Aberson
Voorletters	J.
Voorvoegsels	
Achternaam	Aberson
Achtersvoegsels	
Geslacht	M
Telefoon	0570 688788
E-mail	j.aberson@riagg.ijsselland.nl
Organisatie	RIAGGz over de IJssel
Afdeling	Sector ouderen
Post(bus)adres / nr	Pikeursbaan 3
Postcode / Plaats	7411 GT Deventer

Projectleider

☐ Aanvrager en projectleider zijn niet dezelfde persoon. Gegevens van de projectleider/penvoerder zijn hieronder vermeld.

Titulatuur	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige/ MANP i.o.
Voorletters	M.J.J.C.
Voorvoegsels	
Achternaam	Pepping
Achtersvoegsels	
Geslacht	V
Telefoon	0570 688788
E-mail	m.pepping@riagg.ijsselland.nl
Organisatie	RIAGGz over de IJssel
Afdeling	Sector ouderen
Post(bus)adres / nr	Pikeursbaan 3
Postcode / Plaats	7411 GT Deventer

Overige leden projectgroep

Naam	Hr. H. Markus
Functie in project	Psychiater; lid expertgroep

Naam	Mw. E. Schuijt
Functie in project	SPV/ lid expertgroep

Naam	Mw. A. Wijngaard
Functie in project	Psycholoog/ lid expertgroep

Samenwerking

De implementatie is een interne kwaliteitsverbetering. Er vindt geen samenwerking plaats met externe organisaties.

Projectgegevens**Datum indiening:**

Juni 2007

Projecttype

Implementatie kwaliteitsverbetering behandeltraject

Ontwikkeling en implementatie.**Samenvatting:**

Er heeft een praktijkgericht onderzoek en een literatuur onderzoek plaats gevonden (Pepping, 2007), gericht op de medicamenteuze behandeling van ouderen die een antidepressivum gebruiken. Hieruit blijkt dat medicatie-ontrouw een veelvoorkomend probleem is waardoor er een groot risico ontstaat voor toenemende gezondheidsproblemen voor de doelgroep.

Ook blijkt dat er in de praktijk van de sector ouderen, te weinig aandacht aan dit probleem besteed wordt.

Het project is erop gericht om de signalering van medicatie-ontrouw binnen het huidige traject te implementeren, onder andere door middel van de implementatie van een meet-instrument gericht op medicatie-ontrouw de DAI-10. Dit zal in de vorm van een pilot-project gestalte krijgen. Tevens vindt er een kwalitatieve verbetering plaats van het totale traject. Uit het praktijkgericht onderzoek komt naar voren dat er geen constant zorgaanbod geboden wordt aan de doelgroep en dat de huidige interventies weinig transparant zijn.

Het doel van het project is een optimalisering van de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken waardoor de signalering van medicatie-ontrouw eerder plaats vindt.

Trefwoorden:

Ouderen, antidepressiva, medicatie-ontrouw, signalering en kwaliteitsverbetering.

Probleemstelling:

Binnen het RIAGG IJsselland is het behandelaanbod voor ouderen die een antidepressivum gebruiken niet in een protocol of programma vastgelegd. Het is op dit moment niet duidelijk, of hulpverleners voldoende zicht hebben op factoren die een rol spelen bij medicatietrouw, en op de uitgevoerde interventies gericht op het bevorderen van medicatietrouw. Momenteel wordt er binnen de sector ouderen voor geen enkele doelgroep gewerkt met vast omlijnde zorgprogramma's, protocollen of modules, de ontwikkeling hiervan is een aandachtspunt voor de komende periode.

Dit alles resulteerde in de wens om meer duidelijkheid te krijgen in de bepalende factoren van medicatietrouw bij ouderen en te bekijken hoe medicatietrouw bevorderd kan worden. Omdat het tevens past binnen het sector beleid om zorgmodulen te gaan omschrijven, is de keuze gemaakt om dit project te richten op het probleem van medicatie-ontrouw van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken.

Uit de jaarprevalentie blijkt dat een depressie een veel voorkomende psychiatrische stoornis is. In 2003 leed naar schatting 6,3% van de inwoners van Nederland van 13 jaar en ouder aan depressie. In totaal waren dat 856.000 mensen, waarvan ongeveer 740.000 een depressieve stoornis hadden, en 116.000 dysthymie. Depressie komt tweemaal zo veel voor bij vrouwen als bij mannen. Van alle inwoners van Nederland van 13 jaar en ouder leed in 2003, 4,3% van de mannen, en 8,2 % van de vrouwen aan depressie. In totaal zijn dat 290.000 mannen en 567.000 vrouwen, ouder dan 13 jaar. Ongeveer één op de achttien ouderen vanaf 65 jaar (5,7%), leed het afgelopen jaar aan depressie. Dat zijn in totaal 128.000 mensen (Verhulst et al., 1997).

Voor het werkgebied van het RIAGG IJsselland, waar 46.679 ouderen boven de 65 jaar wonen, betekent dit dat er in het totaal 2661 ouderen aan een depressie lijden. Dit aantal is niet helemaal correct, omdat bij het RIAGG IJsselland binnen de sector ouderen, ouderen vanaf 60 jaar behandeld worden wat betekent dat er bovenop dit aantal nog een gedeelte van de volwassen populatie geteld moet worden.

Een depressie wordt vaak behandeld met medicatie, wat ook blijkt uit de multidisciplinaire richtlijnen voor een depressie (Van der Velden, 2005). Hierin wordt een indicatie aangegeven voor een antidepressivum voor verschillende soorten depressies.

Met name bij ouderen kan er vaker sprake zijn van een slechte medicatietrouw. De combinatie van (mentale) achteruitgang (bijv. vergeetachtigheid, maar ook een verminderd gezichtsvermogen), co- morbiditeit en polyfarmacie zou hiervoor verantwoordelijk kunnen zijn.

De redenen van vroegtijdig stoppen of het verkeerd innemen van de medicatie zijn divers en varieert van last hebben van de bijwerkingen, weerstand over inname medicatie tot

onvoldoende voorlichting over de werking van de medicatie (Guchelaar, 2005).

In de literatuur worden wisselende cijfers gegeven over het voorkomen van medicatie-ontrouw, variërend van 50 tot 70 %, en in sommige situaties zelfs meer. Uit een overzichtsonderzoek van Nivel door van den Brink-Muinen et al. (2004) wordt duidelijk dat er in de onderzoeken verschillende definiëringen gebruikt worden voor medicatie-ontrouw. Hierdoor zijn de onderzoeken niet altijd goed met elkaar te vergelijken. Zo wordt er soms wel en soms niet een verschil gemaakt tussen het vroegtijdig stoppen of het verkeerd

innemen van de medicatie. Bij de GIP databank (2006), worden deze twee aspecten uit elkaar gehaald. Op deze twee aspecten wordt hieronder verder ingegaan.

Het percentage, van alle nieuwe gebruikers van een antidepressivum, dat vroegtijdig stopt, was in 2002-2003 58%, en van alle bestaande gebruikers van een antidepressivum 20% .

Het percentage van alle gebruikers van een antidepressivum, dat het middel niet volgens voorschrift innam, was in 2002-2003 van de nieuwe gebruikers 90% en van de bestaande gebruikers 77% (GIP databank, 2006).

Uit resultaten van onderzoek verricht door Keller et al. (1998) en Reynolds et al. (1999) blijkt dat het vroegtijdig stoppen met antidepressiva in verband staat met een hoog percentage terugval van de depressie.

Medicatie-ontrouw kan leiden tot medisch en psychosociale complicaties van de ziekte, afname van de kwaliteit van leven van de patiënt, ondoelmatige besteding van financiële middelen en toename van indirecte kosten (extra zorg, toename ziekteverzuim e.d.). Er zijn dus duidelijke risico's voor de patiënt en maatschappij (Sabate et al., 2003).

Medicatie-ontrouw bij het gebruik van een antidepressivum is een erkend probleem; het gaat om een relatief grote groep die geen adequate behandeling ondergaat.

Relevantie:

In het werkgebied van het RIAGG IJsselland wonen 46679 mensen van 65 jaar en ouder. De CBS gegevens laten slechts de inwoners van 65 jaar en ouder zien, op de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland worden mensen behandeld vanaf de leeftijd 60 jaar en ouder. Het aantal ouderen volgens de begrippen van het RIAGG ligt dus hoger. In augustus 2006 zijn er in het totaal 897 mensen in behandeling bij de sector ouderen. Binnen de sector ouderen werken twee psychiaters. Een van deze psychiaters heeft, van januari 2006 tot en met juli 2006, aan 776 patiënten medicatie voorgeschreven waarvan 173 patiënten een antidepressivum. Het is niet duidelijk of het hier om een eerste recept of om een vervolgrecept gaat.

De andere psychiater heeft in dezelfde periode, aan 100 mensen een antidepressivum voorgeschreven. Dit betekent dat in 7 maanden 273 patiënten, van de 897 een antidepressivum voorgeschreven hebben gekregen, dat is 30,4 % van de ingeschreven patiënten. Hoeveel mensen hiervan medicatie-ontrouw zouden kunnen worden hangt af van de definitie die men hiervoor gebruikt. Uit de literatuur blijkt namelijk dat van de nieuwe gebruikers van een antidepressivum 58 % de antidepressivum vroegtijdig stopt en van de bestaande gebruikers 20% vroegtijdig stopt (DGV, bron GIPdatabank, 2006). Dit zou betekenen dat er mogelijk tussen de 56 en 158 mensen van de 273 personen vroegtijdig met het antidepressivum zouden kunnen gaan stoppen.

Tevens wordt beschreven dat het aantal dat het middel niet volgens voorschrift in zou nemen nog groter is namelijk: tussen de 90% van de bestaande gebruikers en 77% van de nieuwe gebruikers. Dit zijn respectievelijk tussen de 212 en 246 mensen.

Hieruit blijkt dat het om een aanzienlijke groep gaat.

Uit een praktijkgericht onderzoek binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland (Pepping, 2007) blijkt dat het huidige behandeltraject, gericht op de medicamenteuze behandeling van een depressie, zowel wat betreft inhoud en structuur, teveel bepaald wordt door de personen die dit uitvoeren. Bij dit behandeltraject zijn SPVen, psychologen en de psychiater betrokken. Hiernaast is er ook geen transparantie van het aanbod en geen constant zorgaanbod.

Voor de psycho-educatie tijdens deze behandeling, zijn geen vaste afspraken over de inhoud en de structuur hiervan. Ook zijn er geen afspraken over de taakinvulling, op dit gebied, tussen hulpverleners en de psychiater. Dit zelfde geldt voor de evaluatie van de medicatie met de patiënt.

De meeste hulpverleners zijn tevreden met het huidige zorgtraject. Bij aanpassing of herziening van dit traject zal hiermee rekening gehouden moeten worden. Mogelijk kan er weerstand op dit voorstel ontstaan. Wel blijkt er een grote betrokkenheid bij de doelgroep.

Tevens blijkt uit dit onderzoek dat niet alle collega's zicht hebben op de risicofactoren voor de ontwikkeling van medicatie-ontrouw. Hiernaast blijkt dat er geen specifieke identificering plaats vindt van medicatie-ontrouw.

Naar aanleiding van deze bevindingen worden de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Aanbeveling omtrent de noodzaak van een specifiek programma voor de doelgroep

Uit het praktijkgericht onderzoek en literatuuronderzoek blijkt dat een grote groep ouderen een antidepressivum gebruikt. Hierdoor is een specifiek zorgaanbod voor deze doelgroep geïndiceerd/ gelegitimeerd. Bij dit zorgaanbod zal speciale aandacht moeten zijn voor medicatie-ontrouw aangezien, uit de literatuur blijkt, dat dit een grote risicofactor is van deze behandeling.

Vooraf aan de ontwikkeling hiervan zal het begrip medicatie-ontrouw, gedefinieerd moeten worden, uit het literatuuronderzoek blijkt namelijk dat dit begrip wisselend beschreven wordt.

Aanbevelingen omtrent signalering van risicofactoren voor medicatie-ontrouw

Uit de literatuur blijkt, dat de factoren die van invloed zijn op medicatie-ontrouw multifactorieel zijn en er geen checklist of meetinstrument is waarbij al deze factoren geïdentificeerd worden. Gezien de complexiteit van het proces van medicatie-ontrouw, zouden er observatiepunten voor de signalering van medicatie-ontrouw ontwikkeld moeten worden. Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat er momenteel geen specifieke identificatie van medicatie-ontrouw plaats vindt.

Uit het praktijkgericht onderzoek komt naar voren dat er onvoldoende kennis is van de risicofactoren voor de ontwikkeling van medicatie-ontrouw. Er zal een scholing gegeven moet worden aan alle hulpverleners van de sector ouderen. In deze scholing zal uitleg over alle antidepressiva gegeven moeten worden en de risicofactoren van dit gebruik namelijk de bijwerkingen en de medicatie-ontrouw.

Een van de risicofactoren van invloed op medicatie-ontrouw is de denkwijze van de patiënt ten aanzien van ziekte en medicatie. Dit kan gescreend worden aan de hand van de DAI-10. In een pilotstudie zou dit meetinstrument gebruikt kunnen worden, ook om definitief vast te stellen of dit meetinstrument bruikbaar is voor deze doelgroep.

Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt er geen zicht te zijn op de relatie van het moment van aanvragen van een recept, en de omgang met de medicatie. Een aanbeveling hiervoor is de ontwikkeling van een bewakingssysteem voor het medicatiegebruik van de patiënten.

Aanbevelingen omtrent het behandeltraject van de medicamenteuze behandeling van een depressie

Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat er in het huidige behandeltraject, van de medicamenteuze behandeling van een depressie, veel zaken ondoorzichtig zijn en er geen constant zorgaanbod is. Dit behandeltraject zal geoptimaliseerd moeten gaan worden.

Hieronder worden een aantal aanbevelingen gedaan welke een onderdeel zijn van dit traject.

Uit het praktijkgericht onderzoek en literatuuronderzoek blijkt dat voorlichting en psycho-educatie belangrijk is voor de bevordering van medicatietrouw. Er zal een basisprogramma ontwikkeld moeten worden, met uitbreidingsmogelijkheden voor specifieke groepen patiënten zoals die waarbij het risico op medicatie-ontrouw groot is. Hierbij kan men ook aan groepscontacten denken. Hierbij zullen de volgende zaken aan bod komen:

Ontwikkeling van een module 'psycho-educatie', waarin de inhoud, de discipline die dit uitvoert en de frequentie van de psycho-educatie beschreven wordt.

Afstemming van de taakverdeling tussen hulpverlener en psychiater, bij de psycho-educatie en evaluatie met de patiënt.

Het ontwikkelen van specifiek foldermateriaal voor de oudere patiënt die een antidepressivum gebruikt.

Ook blijkt uit het praktijkgericht onderzoek dat de evaluatie van de medicatie met de patiënt geen specifieke structuur en inhoud heeft. Het expliciet bespreken van het effect van de medicatie is van belang voor de motivatie van de patiënt. Om die reden worden voor de 'evaluatie van het effect van de medicatie met de patiënt' de aanbevelingen gedaan een module te ontwikkelen. In deze module 'evaluatie van het antidepressivum met de patiënt', wordt de inhoud, de discipline die dit uitvoert en de frequentie beschreven.

Aanbevelingen omtrent de behandelrelatie

Zowel uit de literatuur als het praktijkgericht onderzoek worden belangrijke aanbevelingen gedaan over de aard en inhoud van de behandelrelatie met betrekking tot medicatie-ontrouw. Vertrouwen in de behandelaar, continuïteit, deskundigheid en bereikbaarheid worden hierbij aangegeven. Om dit te bereiken is het maken van afspraken over de behandeling met de individuele patiënt van belang, de patiënt weet waar hij aan toe is. Hieromtrent worden de volgende aanbevelingen gedaan:

Afspraken maken over de bereikbaarheid en vaste overlegmomenten tussen patiënt en behandelaar.

Met iedere patiënt, vaste afspraken maken over de frequentie van de contacten. Met patiënten die een risico vormen om medicatie-ontrouw te worden, na start van het antidepressivum individuele afspraken maken over de frequentie van de contacten.

Het maken van afspraken over de bereikbaarheid van de behandelaar.

Gemaakte afspraken worden nagekomen, er worden afspraken gemaakt over het afzeggen hiervan.

Het ontwikkelen van een checklist om de individuele verschillen ten aanzien van het gebruik en de omgang met het antidepressivum helder te krijgen welke na het voorschrijven besproken kan worden. Hierin zou dan aan bod moeten komen: redenen om de medicatie niet meer te slikken, handelwijze bij het gewenst staken van de medicatie en handelwijze bij vragen over de medicatie.

Om meer continuïteit en deskundigheid te bieden zou het opzetten van een stemmingspoli bij kunnen dragen. Er zijn dan enkele behandelaars betrokken bij deze doelgroep, de zogenaamde experts. Deze zouden gerichte scholing kunnen krijgen en er zou een betere afstemming mogelijk zijn van de interventies.

Uit bovenstaande blijkt dat het om een aanzienlijk grote groep gaat waar men momenteel weinig zicht op heeft. Zoals beschreven kunnen de consequentie voor de doelgroep groot zijn namelijk: medische en psychosociale complicaties van de ziekte, afname van

de kwaliteit van leven van de patiënt, Hiernaast de consequenties voor de maatschappij zoals een ondoelmatige besteding van financiële middelen en toename van indirecte kosten (extra zorg, toename ziekteverzuim e.d.).

De verwachting is dat door een optimalisatie van het huidige traject bovengenoemde consequenties zullen afnemen. Binnen het nieuwe traject zal expliciet aandacht besteed worden aan de signalering van medicatie-ontrouw door middel van het gebruik van een meetinstrument, de DAI-10.

Kennisoverdracht/implementatie/bestendinging:

Het doel van de implementatie is een kwalitatieve verbetering van het medicamenteuze traject van ouderen die een antidepressivum gebruiken.

De gebruikersgroep van de implementatie zijn ouderen, ingeschreven bij het RIAGG IJsselland, die een antidepressivum voorgeschreven krijgen. De uitvoerders van de ontwikkeling en implementatie zijn hulpverleners werkzaam bij de sector ouderen van het RIAGG IJsselland. Deze hulpverleners bestaan uit psychiaters, psychologen en Sociaal psychiatrisch Verpleegkundigen.

Uit de probleemstelling en relevantie van het probleem mag geconcludeerd wordt dat er in het totale, huidige medicamenteuze traject voor ouderen die een antidepressiva voorgeschreven krijgen, een aantal zaken geoptimaliseerd kunnen worden. Omdat blijkt de veranderingsbehoeften van de hulpverleners van dit traject klein is, wordt gekozen voor een optimalisering van het huidige programma in plaats van de ontwikkeling van een totaal nieuw programma.

Uit literatuur blijkt dat er reeds bij de formulering van veranderingen een analyse gemaakt moet worden van de eventuele drempels die op kunnen treden bij de implementatie (Grol et al., 2003). Een belangrijke drempel is dat de veranderingsbehoefte van de hulpverleners bij de doelgroep klein is. Uit de literatuur (Grol et al., 2003) blijkt dat de mate waarin een innovatie gezien wordt als een verbetering van de bestaande praktijk, van belang is voor het slagen van de implementatie. Uit het praktijkgericht onderzoek bleek ook dat de betrokkenheid van de hulpverleners bij de doelgroep groot is, dit is een bevorderende factor voor een verandering.

Het is van belang dat er een goed draagvlak is en dat er een vroegtijdige betrokkenheid van de doelgroep is bij de ontwikkeling van een verandering voor de praktijk. Dit is van belang om de motivatie toe te snijden op de behoeften, ervaren problemen en werksetting van degene die de innovatie moeten toepassen (Kotler, 1991). Ook draagt dit ertoe bij dat men het als iets van zichzelf gaat zien en er verantwoording voor wil nemen. Gezien de bovenstaande drempel is dit een belangrijk element, de behoefte tot verandering zal hierdoor toenemen.

Om zoveel mogelijk draagvlak te creëren voor deze implementatie, wordt er bij deze ontwikkeling, deels uitgegaan van de visie van de participatiebenadering. Deze probleemgerichte benadering neemt de behoefte en ervaringen uit de praktijk als uitgangspunt. Het uitgangspunt is een verbetering vanuit de organisatie of individu, een bottom-up benadering. Tevens is er continu aandacht voor het proces en er vindt een vloeiende overgang plaats tussen ontwerp en invoering. Bij de participatiebenadering is er geen duidelijk startpunt. Bij dit project is dat wel het geval is, namelijk de conclusies en aanbevelingen uit het literatuur- en het praktijkgericht onderzoek.

Op basis van bovenstaande overwegingen is ervoor gekozen om in samenspraak met de hulpverleners een optimalisering van het huidige traject te gaan ontwikkelen.

De aanbevelingen uit het praktijkgericht onderzoek en literatuuronderzoek, zijn hierbij van groot belang en worden het uitgangspunt voor de optimalisering.

Om zoveel mogelijk participatie vanuit de praktijk te verkrijgen wordt er een expertgroep samengesteld. Deze bestaat uit afgevaardigde van hulpverleners die een aandeel hebben in de behandeling van de doelgroep. Deze groep zal bestaan uit verschillende disciplines, 2 SPVen, 1 psycholoog en 1 psychiater en de leden zullen moeten komen uit de twee verschillende regioteams.

De MANPer zal als voorzitter en coördinator van dit traject fungeren. De expertgroep werkt de structuur van het project verder uit en kan voor onderdelen werkgroepen vormen.

Van het proces van de ontwikkeling van dit programma kan veel geleerd worden. Dit kan, in een later stadium bij de ontwikkeling van een specifiek programma ter bevordering van medicatietrouw, gebruikt gaan worden.

Vooraf aan deze optimalisering worden de resultaten, conclusies en aanbevelingen van dit project, aan de hulpverleners gepresenteerd. Dit is een belangrijk startpunt voor het vervolg van het project en geeft de hulpverleners inzicht in de kwaliteitsverbetering voor de doelgroep. Dit zal motivatie verhogend werken.

Doelstelling:

Het doel van dit project is het systematisch optimaliseren van de medicamenteuze behandeling van thuiswonende ouderen die een antidepressivum gebruiken.

Hiervoor zijn op basis van de aanbevelingen beschreven in de relevantie van het probleem, de volgende veranderingen aan te brengen:

- Het optimaliseren van de kennis van de hulpverleners aan de hand van een scholing aan alle betrokken hulpverleners bij de doelgroep. Deze scholing zal gericht zijn op de werking en bijwerkingen van antidepressiva en de risicofactoren van dit gebruik.
- Het optimaliseren van de identificatie van de factoren die van invloed zijn op medicatie-ontrouw. Hiervoor zal een checklist ontwikkeld moeten worden.
- Het optimaliseren van de interventie psycho-educatie door middel van het ontwikkelen van een module waarin de inhoud, de discipline die dit uitvoert en de frequentie beschreven wordt. Tevens zal geschikt foldermateriaal voor de doelgroep ontwikkeld moeten worden.
- Het optimaliseren van de interventie evaluatie van het antidepressivum door middel van het ontwikkelen van een module hieromtrent. Hierin wordt de inhoud, de discipline die dit uitvoert en de frequentie beschreven.
- Het optimaliseren van het behandelplan van de patiënt waarin de volgende zaken verwerkt zijn:
 - individuele afspraken over de frequentie van de contacten met de patiënt waarbij rekening gehouden wordt met het risico op medicatie-ontrouw. Tevens afspraken over de bereikbaarheid van de hulpverlener.
 - afspraken over de manier van omgang met de medicatie aan de hand van een checklist, welke ontwikkeld moet worden. Hierin moet aan bod komen: redenen om de medicatie niet meer te slikken, handelwijze bij het gewenst staken van de medicatie en handelwijze bij vragen over de medicatie.
- Het optimaliseren van de receptengang door het ontwikkelen van een medicatie-bewakingssysteem.
-

Plan van aanpak:

Innovatie	Activiteiten	Taken	Tijdspad
Ontwikkeling checklist identificatie factoren van invloed op medicatietrouw.	• Samenstelling werkgroep. • Uitgangspunten studie worden basis voor deze checklist. • Werkgroep ontwikkelt de checklist en presenteert deze in de expertgroep.	Vanuit expertgroep gaan 2 personen deze checklist ontwikkelen. MANP is een van de leden van deze werkgroep. Terugkoppeling naar de andere hulpverleners vindt plaats in iedere, maandelijkse, beleidsvergadering.	Oktober 2007 t/m januari 2008. Pilot gebruik checklist februari t/m juni 2008
Ontwikkeling module psycho-educatie bij het gebruik van een antidepressivum.	• Ontwikkelen van een module waarin de inhoud, de discipline die dit uitvoert en de frequentie beschreven wordt. • Ontwikkelen en verzamelen van ondersteunend foldermateriaal voor de doelgroep.	Expertgroep zal dit gaan ontwikkelen. Binnen de expertgroep zal een taakverdeling plaatsvinden. Terugkoppeling naar de andere hulpverleners vindt plaats in iedere, maandelijkse, beleidsvergadering.	November 2007 t/m maart 2008. Pilot gebruik module april t/m september 2008
Ontwikkeling module evaluatie van het antidepressivum.	• Ontwikkelen van een module waarin de inhoud, de discipline die dit uitvoert en de frequentie beschreven wordt.	Expertgroep zal dit gaan ontwikkelen. Binnen de expertgroep zal een taakverdeling plaatsvinden. Terugkoppeling naar de andere hulpverleners vindt plaats in iedere, maandelijkse, beleidsvergadering.	Maart 2008 t/m mei 2008. Pilot gebruik module: juni t/m september 2008.

Innovatie	Activiteiten	Taken	Tijdspad
Ontwikkeling van een specifiek behandelplan van patiënten die een antide-	• Aanpassing huidige behandelplan met speci-	Expertgroep in samenspraak met de, reeds aanwe-	Mei 2008 t/m juni 2008.

Innovatie	Activiteiten	Taken	Tijdspad
pressivum gebruiken.	fieke afspraken over de frequentie van de contacten met de patiënt. • Tevens afspraken over de bereikbaarheid van de hulpverlener. • Afspraken over de manier van omgang met de medicatie aan de hand van vast ontwikkelde punten. Hierin moet aan bod komen: redenen om de medicatie niet meer te slikken, handelswijze bij het gewenst staken van de medicatie en handelswijze bij vragen over de medicatie.	zige, werkgroep behandelplan-ontwikkeling. Terugkoppeling naar de andere hulpverleners vindt plaats in iedere, maandelijkse, beleidsvergadering.	Pilot gebruik behandelplan: augustus t/m oktober 2008.
Het ontwikkelen van een medicatiebewakings-systeem.	• Analyseren van huidige. receptenstroom. • Formuleren van verbeterpunten hieromtrent. • Voorstel tot medicatiebewakings-systeem formuleren.	Afgevaardigde uit expertgroep in samenspraak met afdeling ICT en een apotheker.	Januari 2008 t/m juni 2008. Afhankelijk van mogelijkheden pilot na de definitieve ontwikkeling van het systeem.

De expertgroep houdt continu contact met de achterban, de hulpverleners van sector ouderen, door het presenteren van de bevindingen en ontwikkelingen, in het beleids-overleg van de sector. Dit overleg vindt maandelijks plaats. Door het team continu op de hoogte te houden, zal de draagkracht en motivatie voor de verandering toenemen. In dit overleg is tevens de mogelijkheid om direct feedback te geven waardoor het een verandering van het team wordt (bottom-up benadering) in plaats van een verandering opgelegd door het management (topdown benadering).

Expertise, voorgaande activiteiten en producten:

De projectleider is Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige en Master Advanced Nurse Practitioner in opleiding. In het kader van deze opleiding is er een Best Practice project gedaan. De basis van dit project is een praktijkgericht onderzoek en een literatuuronderzoek. Het praktijkgericht onderzoek heeft plaats gevonden binnen de sector ouderen. Dit onderzoek bestaat uit een kwalitatief onderzoek onder experts, betrokken bij de hulpverlening van ouderen die een antidepressivum gebruiken. Ook heeft er een kwalitatief interview plaats gevonden onder patiënten die een antidepressivum gebruiken. Bij deze patiënten is ook de DAI-10 afgenomen. Ook is er onderzoek gedaan naar het aantal patiënten dat binnen de sector met een antidepressivum behandeld worden.

Dit onderzoek heeft plaats gevonden onder supervisie van de sector manager Dhr. J. Aberson en Dhr. J.J. Georges, docent en doctor aan de Academie voor Gezondheidszorg te Utrecht.

De andere leden van de projectgroep bestaan uit dhr. H. Markus, psychiater sector ouderen, Mw. A. Wijngaard, GZ psycholoog sector ouderen en Mw. E Schuijt, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige en Master Advanced Nurse Practitioner in opleiding.

Referenties

Brink, A.M., Dulmen, van, A.M., (2004). Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken. Utrecht: Nivel.

DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. (2006). Therapietrouw. Werken met cijfers in het FTO.

Grol, R., Wensing, M., (2003). Implementatie. Effectieve verandering in de patientenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Guchelaar, H.J., (2005). Response en non-response op geneesmiddelen: oorzaken en aanbevelingen.

Keller, M.B., Kocsis, J.H., Thase, M.E., (1998). Maintenance phase efficacy of sertralinen for chronic depression. A randomized controlled trial. *Jama*, 280, 1665-72.

Kotler, P., Roberto, E., (1991). *Sociale marketing*. Utrecht: Het Spectrum. In: Grol, R., Wensing, M., (2003). *Implementatie. Effectieve verandering in de patientenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, J.M., (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. A randomized trial in patients older than 59 years. *Jama*, 281, 39-45.

Sabate, E. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva. World Health Organization.

Velden, van der, V, (2005). *Multidisciplinaire richtlijn depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Samenvatting*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vergouwen, A.C.M., Van Hout, H. P.J., Bakker, A., (2002). Methoden om de therapietrouw bij het gebruik van antidepressiva te verbeteren. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 146(5).

Velden, van der, V., (2005). *Multidisciplinaire richtlijn depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Samenvatting.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Vergouwen, A.C.M., Van Hout, H. P.J., Bakker, A., (2002). Methoden om de therapietrouw bij het gebruik van antidepressiva te verbeteren. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 146(5).

CBS (2007). *Metatopos*. Geraadpleegd op Internet op 15 januari 2007, ca. 10.00 uur via URL <http://home.wxs.nl/~pagklein/gemprov.html>.

Financiële gegevens

Geplande duur: 12 maanden

Bedragen worden later toegevoegd door de financiële administratie

Budget

Gevraagd budget	Bedrag :	
Eigen bijdrage	Bedrag :	
Co-financiering		
1. <naam cofinancier>	Bedrag :	status: toegekend /aangevraagd
2. <naam cofinancier>	Bedrag :	status: toegekend /aangevraagd
3. <naam cofinancier>	Bedrag :	status: toegekend /aangevraagd
Totale budget	Bedrag :	

Toelichting budget

Projectleider
MANP 3 uur per week, gedurende 1 jaar.

Beleidsmiddag

12 uur door MANP

Vorbereiding en uitvoering beleidsmiddag Hier worden de resultaten, conclusies en aanbevelingen gepresenteerd. Tevens wordt het implementatieplan gepresenteerd aan de teamleden.

Uitvoering beleidsmiddag

4 uur per discipline

2 psychiaters, de sectormanager, 1 teamleider, 2 psychologen, 9 sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, 2 PIT verpleegkundigen, 2 TOP verpleegkundigen.

Scholing gebruik antidepressiva en de DAI-10

4 uur door psychiater

Vorbereiding en uitvoering.

3 uur door MANP.

4 uur per discipline

2 psychiaters, de sectormanager, 1 teamleider, 2 psychologen, 9 sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, 2 PIT verpleegkundigen, 2 TOP verpleegkundigen.

Ontwikkeling checklist identificatie factoren van invloed op medicatietrouw

8 uur MANP 2 maal.

Ontwikkeling module psycho-educatie bij gebruik van antidepressivum

10 uur door MANP, psychiater en psycholoog.

Ontwikkeling module evaluatie van het antidepressivum

10 uur door MANP en psychiater.

Ontwikkeling optimalisatie van het behandelplan van patiënten die een antidepressivum gebruiken

10 uur door psychiater en MANP.

Ontwikkelen van een medicatiebewakingssysteem

12 uur door psychiater en medewerker ICT

Ondertekening *

Naar waarheid ingevuld op

Naam :

Bestuurlijk verantwoordelijke

Naar waarheid ingevuld op

Naam :

Inhoudelijk verantwoordelijke

** Aanvragen dienen te zijn ondertekend door:*

De inhoudelijk eindverantwoordelijke en de persoon of personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de organisatie te vertegenwoordigen. Indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen dient een afschrift te worden meegezonden van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.

