

8B

Verantwoording Uitgangsvraag 2

Betrokkenheid werkgroep bij uitgangsvraag

Op basis van de bevindingen van de knelpuntenanalyse is een voorstel voor uitgangsvraag geformuleerd. Deze is besproken en aangepast in een bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep. Op verzoek van de beoordelingscommissie V&VN is er een nieuw voorstel voor de uitgangsvraag geformuleerd. Ook dit concept is besproken in de richtlijnwerkgroep en op basis van consensus vastgesteld.

Literatuursearch en selectie

Zoekvraag

Wat zijn effectieve medicatietrouwinterventies door verpleegkundigen/verzorgenden vergeleken met gebruikelijke of standaard zorg toegepast bij ambulante cliënten (18 jaar en ouder) die geneesmiddelen gebruiken?

PICO

Patient of population = ambulante cliënten (18 jaar en ouder) die geneesmiddelen gebruiken
Intervention = medicatietrouw interventies door verpleegkundigen en verzorgenden
Comparison = gebruikelijke of standaard zorg
Outcome = optimale medicatietrouw

Om deze uitgangsvraag te beantwoorden hebben we een review van systematische literatuurreviews uitgevoerd waarin effectieve medicatietrouwbevorderende interventies uitgevoerd door verpleegkundigen/verzorgenden centraal staan.

Databases : PubMed en CINAHL
Beperkingen : publicatieperiode 2015-2020, systematische literatuur reviews en meta-analyses
Onderwerp : interventies voor het bevorderen van medicatietrouw door verpleegkundigen / verzorgenden
Search uitgevoerd : 5 augustus 2020

Onderstaande zoekstrategieën zijn opgesteld met een informatiespecialist van de VU Amsterdam.

Search	PubMed Query	Results
#6	#5 AND Filters: from 2015-2021	484
#5	#4 AND ("Systematic Reviews as Topic"[Mesh] OR "Systematic Review" [Publication Type] OR "Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR "review"[tiab] OR "meta-analysis"[tiab] OR systematic[sb])	1,134
#4	#1 AND #2 AND #3	5,700
#3	"Controlled Clinical Trial" [Publication Type] OR "Controlled Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "intervention*" [tiab] OR ("random*" [tiab] AND ("controlled" [tiab] OR "control" [tiab] OR "group" [tiab] OR "groups" [tiab] OR "arm" [tiab] OR "arms" [tiab] OR "crossover" [tiab] OR "cross-over" [tiab]) AND ("trial" [tiab] OR "study" [tiab]))	1,805,664
#2	"Medication Adherence"[Mesh] OR "Patient Compliance"[Mesh] OR "Medication Therapy Management"[Mesh] OR "adheren*" [tiab] OR "complan*" [tiab] OR "noncomplan*" [tiab] OR "non-adheren*" [tiab] OR "nonadheren*" [tiab] OR "persistence" [tiab] OR "non-persistence" [tiab] OR "medication therapy management" [tiab]	407,069
#1	"Nursing"[Mesh] OR "nursing" [Subheading] OR "Nursing Care"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh] OR "Nursing Staff"[Mesh] OR "Nursing Care"[Mesh] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR "Home Health Aides"[Mesh] OR "Nursing Assistants"[Mesh] OR "Licensed Practical Nurses"[Mesh] OR "Home Care Services, Hospital-Based"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "nurs*" [tiab] OR "home care" [tiab] OR "home healthcare" [tiab] OR "home health care" [tiab] OR "care aide*" [tiab] OR "home health aide*" [tiab]	727,531

Resultaten search

De zoekstrategie leverde 542 unieke referenties op.

Database	Resultaat 2015-2020
PubMed	484
Cinahl	149
Totaal	633
Na ontdebellen	542

In-/exclusie criteria voor het screenen van titel en abstract

De volgende in- en exclusiecriteria, vastgesteld met de Richtlijnwerkgroep, zijn gehanteerd bij het screenen van titel en abstract van de geïdentificeerde referenties.

Inclusiecriteria

- de review beschrijft interventies om de medicatietrouw te verbeteren
- de review beschrijft interventies gericht op ambulante cliënten
- de review beschrijft één of meerdere interventies die aangeboden worden door een VenV
- de review beschrijft één of meerdere effectieve interventies (significant positief effect op medicatietrouw)

Exclusiecriteria

- andere vorm dan een systematische review
- de review is geschreven in een andere taal dan Nederlands of Engels
- de review beschrijft enkel interventies aangeboden door een andere zorgverlener dan een VenV

- de review beschrijft interventies gericht op kinderen of adolescenten (<18 jaar)

Procedure

Na onafhankelijke screening van titel en abstract door twee beoordelaars (MV en LvD) hebben we van 63 systematic reviews de full tekst opgevraagd. Dit zijn reviews waarvan op basis van het abstract (a) niet bepaald kon worden dat het een relevante review betrof, (b) onvoldoende informatie beschikbaar was om dit te bepalen. Na screening van de full tekst reviews door twee beoordelaars (MV en FT) identificeerden we 23 relevante reviews. Meest voorkomende reden dat een review alsnog afviel, was dat de interventies niet (actief) werden aangeboden door een VenV. Ook bleken er artikelen tussen te zitten die (toch) geen systematische review waren, maar bijvoorbeeld een narrative, scoping of andere niet-systematische review.

De geïdentificeerde systematic reviews richtten zich veelal op een specifieke aandoening. Dat waren: hart- en vaatziekten (Al-Ganmi et al., 2016; Georgiopoulos et al., 2018; Tan et al., 2019; Andrews et al. 2017; Poudel et al., 2020; Kraft et al., 2017; Turan Kavraddim et al., 2019;), reumatische aandoeningen (Lavielle et al., 2018, Candelas 2016), jicht (Gill et al., 2020; Ramsubeik et al., 2018), psychische aandoeningen (Lawes-Wickwar et al., 2018), kanker (Arthurs et al., 2015), hepatitis C (Williams et al., 2018), niertransplantatie (Low et al., 2015) en hiv/aids (Lima et al., 2016; Mbuagbaw et al., 2015; Wood et al., 2018). Verloo et al. (2017) richtte zich specifiek op ouderen. Wilhelmsen et al. (2019) richtte zich op alle mensen met een chronische aandoening. Twee systematische reviews richtten zich op een specifieke interventie, zoals motivational interviewing (Palacio et al., 2016), en de terugvraagmethode (Ha-Dinh et al., 2016). Tot slot, Celio et al. (2018) includeerde interventies waarin verpleegkundigen samenwerkten met apothekers.

De individuele studies uit de systematic reviews konden we niet combineren in een meta-analyse vanwege de hoge klinische en methodologische heterogeniteit. Het lijkt daarom gerechtvaardigd om de studies individueel te bespreken. In deze richtlijn zijn alle interventies opgenomen waarvan de effectiviteit in de individuele studie is aangetoond. Voor de overige interventies (n=31) verwijzen we naar de genoemde reviews.

Ter illustratie van de klinische en methodologische heterogeniteit beschrijven we hier kort vijf reviews (Al-Ganmi et al., 2016; Georgiopoulos et al., 2018; Candelas et al., 2016; Verloo et al., 2010; Wood et al., 2018). Deze reviews richtten zich op verpleegkundige interventies, maar omvatten ook niet-actief aangeboden interventies, dan wel interventies gericht op een specifieke doelgroep. In het kort zijn dit de conclusies in deze vijf reviews:

- Al-Ganmi et al. (2016) keek naar 14 verpleegkundige interventies voor cliënten die cardiovasculaire medicatie voorgeschreven kregen. Deze review bevatte ook het sturen van geautomatiseerde SMS/email reminders. Zij concludeerden dat motivational interviewing, educatie en reminders het meest veelbelovend waren in het verbeteren van de medicatietrouw.
- Georgiopoulos et al. (2018) includeerde 10 verpleegkundige interventies voor het verbeteren van de medicatietrouw van cliënten met hypertensie. Dit waren interventies die zich richtten op huisbezoek of telefonisch contact, educatiesessies en bloeddrukmeting thuis. Zeven van de 10 interventies werden effectief bevonden, en degene die gebruikmaakten van huisbezoek of telefonisch contact waren effectiever dan de educatieve interventies.
- Candelas et al. (2016) beoordeelde acht interventies waarin een verpleegkundige educatie gaf aan cliënten met artritis psoriatica. De interventies waren echter niet altijd gericht op het verbeteren van de medicatietrouw, maar ook op het beter volgen van andere leefstijladviezen of het vergroten van het gebruiksgemak van de behandeling. Zij trokken geen conclusie over medicatietrouwverbetering, maar concludeerden dat de verpleegkundige nog maar een bescheiden rol heeft in het geven van educatie aan deze cliëntengroep.
- Verloo et al. (2010) evalueerde 14 studies ter verbetering van de medicatietrouw van ouderen die uit het ziekenhuis werden ontslagen. Hiervan bleken negen effectief. Deze interventies betroffen interventies geleid door de verpleegkundige of een samenwerking van

verpleegkundige met een andere zorgverlener. Het betrof allerlei interventies, variërend van het meegeven van medicatieschema's, educatie en counseling tot uitgebreid doornemen van alle medicatie tijdens een huisbezoek.

- Wood et al. (2018) includeerde zes studies gericht op volwassenen met hiv/aids, waarvan er vier specifiek naar home-based ondersteuning voor medicatietrouw keken. Zij concludeerden dat alle vier interventies effectief waren in het verbeteren van de medicatietrouw aan antivirale middelen.

Deze uiteenzetting laat zien dat er een grote diversiteit bestaat aan type interventies (educatie, counseling, etc.), cliëntgroepen, de manier waarop interventies worden aangeboden en duur en frequentie van de interventies.

Een synthese van de systematic reviews was dus niet mogelijk. Vanuit de richtlijnwerkgroep was het echter wel wenselijk om concrete, effectieve interventies te identificeren waarmee VenV de medicatietrouw kunnen bevorderen. Daarom zijn de oorspronkelijke studies uit elke review bekeken. Diverse studies kwamen in meerdere reviews voor. In totaal 74 artikelen zijn in full tekst doorgenomen. Elk artikel is nogmaals gescreend op de bovenstaande in-/exclusiecriteria (samengevat: het betrof een interventie effectief in het verbeteren van de medicatietrouw van ambulante cliënten ouder dan 18 jaar, actief aangeboden door de VenV). Het was niet mogelijk om absolute aantallen per exclusie criterium aan te geven. Exclusie van een studie was namelijk regelmatig gebaseerd op meerdere redenen. Voor de robuustheid van de effecten van de gevonden interventies – zijn daarna de onderstaande aanvullende criteria toegepast. Deze criteria zijn in consensus met de richtlijnwerkgroep vastgesteld.

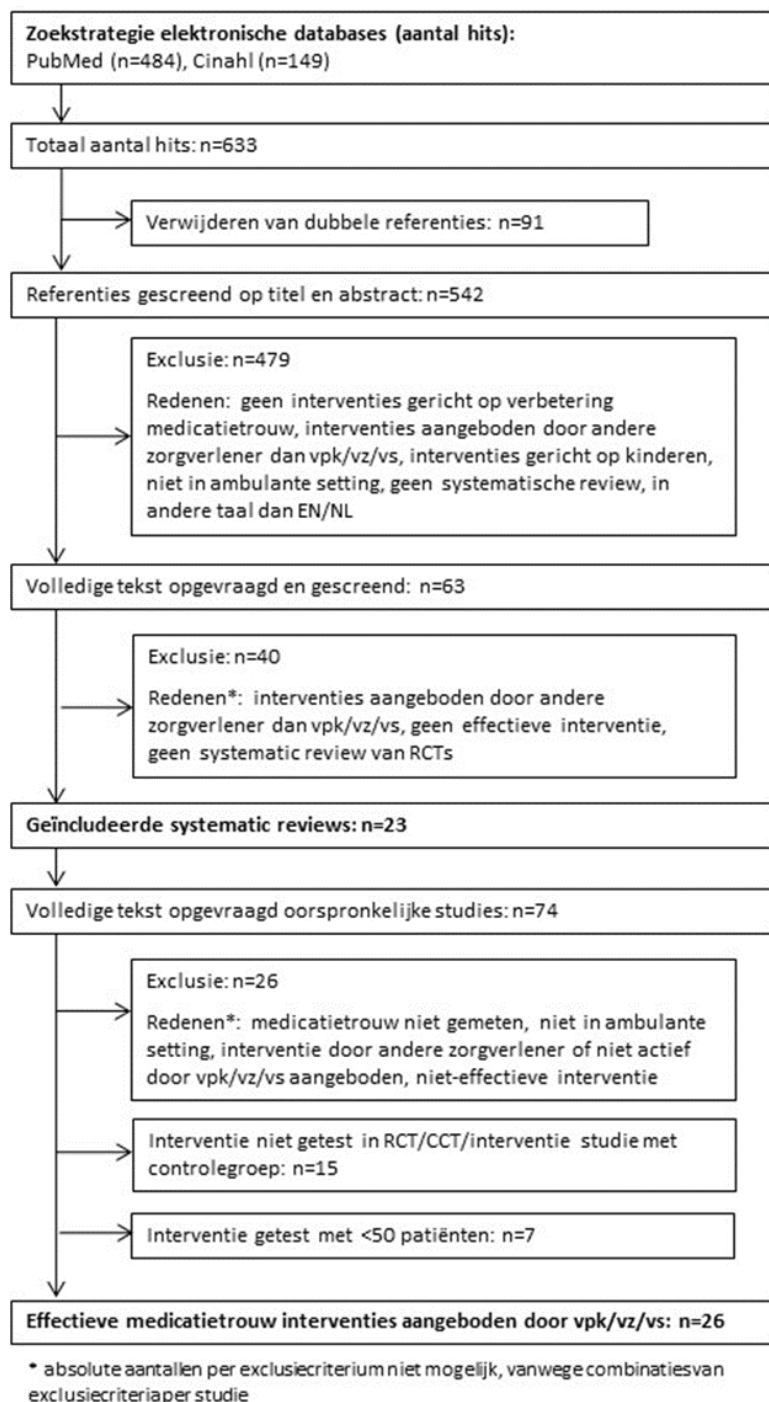
Aanvullende criteria

De interventie is :

- getest in een RCT/CCT/interventiestudie met controlegroep
- getest met minimaal 50 deelnemers (25 per arm)

Na deze laatste screening blijven 26 effectieve medicatietrouwinterventies, actief aangeboden door de VenV, aan ambulante cliënten van 18 jaar en ouder over. Zie figuur 3 voor de flowchart van inclusie van studies.

Figuur 3. Flowchart van inclusie van reviews en interventies



Van alle effectieve 26 interventies is gedetailleerde informatie geëxtraheerd (zie de evidence tabellen 14 t/m 18). Deze tabellen bevatten de cliëntpopulatie, de inhoud van de interventie, hoe de interventie wordt aangeboden, de frequentie en de duur van de interventie, en de methode waarmee de medicatietrouw is gemeten. De interventies zijn vervolgens ingedeeld naar fase in het medicatiegebruik (starten, gebruiken en stoppen) en beroepsgroep (verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen/verzorgenden). Alle niet-effectieve interventies uit de systematic reviews zijn niet opgenomen (zie de geïnccludeerde systematic reviews voor meer informatie over deze interventies).

Om een handzamer overzicht te bieden aan VenV zijn van deze zeer gedetailleerde tabellen beknoptere versies gemaakt, gebruikmakend van het TIDieR rapportagesysteem (Hoffman et al., 2014). De beknopte tabellen 4 t/m 8 beschrijven het hoe, hoe vaak, wat en bij wie, aangevuld met eventuele randvoorwaarden en hulpmiddelen die nodig zijn bij de interventie. Ook deze tabellen zijn ingedeeld naar fase en beroepsgroep. De interventies zijn tot slot gegroepeerd naar de manier van aanbieden (telefonisch, fysiek consult, huisbezoek, of een combinatie van voorgaande). Deze indeling en tabellen zijn besproken met de richtlijnwerkgroep.

Methode beoordeling kwaliteit van bewijs van de effectiviteit van de interventie

Van elke interventie is de kwaliteit van het bewijs van de effectiviteit in kaart gebracht, de zogeheten risk of bias (zie tabel 15). Deze is volgens de richtlijnen van de Cochrane Review Group bepaald op zeven domeinen:

- Selectie bias (twee subdomeinen), betreft de manier van toewijzen van proefpersonen aan een studie-arm.
- Performance bias, betreft de blinding van proefpersonen en zorgverleners.
- Detection bias, betreft de blinding van de personen die de uitkomsten analyseren.
- Attrition bias, betreft het onvolledig zijn van de uitkomsten (bijvoorbeeld door proefpersonen die de studie niet afronden).
- Reporting bias, betreft het selectief rapporteren van uitkomsten.
- Other bias, betreft alle andere vormen van bias die niet vallen onder de eerdere genoemde domeinen maar wel een risico kunnen vormen voor de kwaliteit van het bewijs.

De domeinen zijn gescoord als hoog risico op bias, laag risico op bias of een onduidelijk risico/enige zorgen rond bias.

Alle studies op drie na hebben een hoog risico op performance bias. Dit is vaak inherent aan interventies die de medicatietrouw bevorderen, aangezien cliënten in de interventie-arm vaak extra zorg (zoals educatie of counseling) of hulpmiddelen (zoals herinneringen voor het innamemoment) ontvangen.

Negen van de 24 interventies (Homer et al., 2009; Doherty et al., 2018; Montes et al., 2010; Rinfret et al., 2013; Hill et al., 2001; Levy et al., 2005; Williams et al., 2006; Garcia Aymerich et al., 2007 en Jiang et al., 2007) hadden een laag risico op bias op tenminste vijf domeinen, waardoor zij aangemerkt kunnen worden als een studie van hoge kwaliteit. Deze kwaliteitsbeoordeling is toegevoegd aan de tabellen 4 t/m 8 met behulp van kleurcodes.

Tabel 15: Kwaliteit van de studies (risk of bias) zoals genoteerd in de systematic reviews of zoals bepaald door de auteurs van deze richtlijn aan de hand van de Cochrane Risk of Bias tool 2.0 (Sterne et al., 2019).

	Selection bias: allocation onecement	Selection bias: random sequence generation	Performance bias	Detection bias	Attrition bias	Reporting bias	Other bias
Reynolds et al., 2008	●	●	●	●	●	●	●
Homer et al., 2009	●	●	●	●	●	●	●
Dilorio et al., 2008	●	●	●	●	●	●	●
Nieuwkerk et al., 2012	●	●	●	●	●	●	●
Sarna et al., 2008	●	●	●	●	●	●	●
Wang et al., 2010	●	●	●	●	●	●	●
Williams et al., 2014	●	●	●	●	●	●	●
Doherty et al., 2018	●	●	●	●	●	●	●
Bosworth et al., 2008	●	●	●	●	●	●	●
Montes et al., 2010	●	●	●	●	●	●	●
Rinfret et al., 2013	●	●	●	●	●	●	●
Palacio et al., 2015	●	●	●	●	●	●	●
Hill et al., 2001	●	●	●	●	●	●	●
Pradier et al., 2003	●	●	●	●	●	●	●
Levy et al., 2005	●	●	●	●	●	●	●
Sabin et al., 2010	●	●	●	●	●	●	●
Negarandeh et al., 2013	●	●	●	●	●	●	●
Dash et al., 2015	●	●	●	●	●	●	●
Williams et al., 2006	●	●	●	●	●	●	●
Garcia Aymerich et al., 2007	●	●	●	●	●	●	●

Jiang et al., 2007							
Hacihasanoğlu et al., 2011							
Ma et al., 2014							
Carrion et al., 2013							
 Low risk of bias	 Some concerns			 High risk of bias			

Methodebeschrijving

Samenvatting, conclusies, overwegingen en aanbevelingen

Voorafgaand aan het beoordelen van de interventies heeft de richtlijnwerkgroep de in- en exclusiecriteria van de individuele interventies vastgesteld. Het projectteam heeft vervolgens en selectie van de interventies gemaakt en de effectiviteit en de kwaliteit van het bewijs beoordeeld. De richtlijnwerkgroep heeft vervolgens deze interventies beoordeeld naar toepasbaarheid in de Nederlandse setting. Ook heeft de richtlijnwerkgroep besloten dat titratie van medicatie (aanpassen van de medicatie tot de gewenste klinische waarde, bijvoorbeeld bloeddruk of lipidenpiegel, is bereikt) niet beschouwd wordt als een interventie primair gericht op het bevorderen van medicatietrouw.

Op basis van deze discussies en de bevindingen uit de literatuur heeft de kerngroep een voorstel voor de conclusie, samenvatting, overwegingen en aanbevelingen geformuleerd. Dit voorstel is besproken in de richtlijnwerkgroep en aangepast op basis van de aanvullingen en gewenste wijzigingen van de leden van de richtlijnwerkgroep. Bij het vaststellen van de definitieve teksten is het consensusmodel gehanteerd. Hiermee zijn de aanbevelingen breed gedragen.

Kennislacunes

Op basis van de bevindingen uit de literatuur en de praktijk en de discussies in de richtlijnwerkgroep heeft het kernteam een voorstel geformuleerd voor kennislacunes. Deze zijn in een schriftelijke commentaarronde voorgelegd aan de richtlijnwerkgroep. De opmerkingen en aanvullingen vanuit de richtlijnwerkgroep zijn verwerkt.

Commentaarfase

Na goedkeuring van de conceptrichtlijn door de beoordelingscommissie V&VN heeft een externe commentaarronde plaatsgevonden. Alle V&VN-afdelingen en relevante andere organisaties zijn gevraagd de richtlijn te becommentariëren.

Commentaren zijn ontvangen van:

- Actiz
- De Nederlandse ggz
- Frion - gehandicaptenzorg
- Gemiva - gehandicaptenzorg
- Ipse de Bruggen - gehandicaptenzorg
- KNMP - Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacy
- LHV - Landelijke Huisartsen Vereniging
- LOC Waardevolle zorg
- MantelzorgNL
- Middin - gehandicaptenzorg
- NHG - Nederlands Huisartsen Genootschap
- NVvPO - Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen

- NVZ – Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- V&VN-afdeling Diabeteszorg
- V&VN-afdeling Longverpleegkundigen
- V&VN-afdeling Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners
- V&VN-afdeling Wijkverpleegkundigen
- Zorgverzekeraars Nederland

Op basis van de commentaren is uitgangsvraag 2 in samenspraak met de richtlijnwerkgroep verder aangescherpt.

BEOORDELING KRACHT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS

Evidence tabellen interventies fase 1. Starten



Fase 1. Starten met medicatiegebruik

Verpleegkundig specialisten

Tabel 16 Gedetailleerde informatie effectieve interventies aangeboden door verpleegkundig specialisten in de startfase van gebruik, gerangschikt op mate van objectiviteit van de gebruikte meetmethode om medicatietrouw te meten.

Cliënt populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
Cliënten met reumatoïde artritis of psoriatica	REGULIERE ZORG: Individuele counseling om kennis van het ziekteproces in kaart te brengen, belangrijke psychosociale problemen vast te stellen, doornemen van geschreven materiaal over individuele DMARD's om zo een systematische bespreking van risico's en voordelen van de therapie te bewerkstelligen, vast te stellen of individuen voorbereid waren om te beginnen met de therapie en in staat waren dit te monitoren, een medicijndagboek aan te bieden, contactgegevens voor verpleegkundig specialisten uit te wisselen in geval van problemen, een eerste recept te geven voor de relevante DMARD, en vervolgspraken maken. Familieleden, verzorgers en vrienden waren welkom. INTERVENTIE: Groepsconsult (3-6 personen) over dezelfde onderwerpen gebruikmakend van een diavoorstelling. Dia's met veelvoorkomende vragen zijn in de loop der tijd verzameld en toegevoegd aan latere presentaties. Toestemming werd verkregen van elke groep om discussie over voorbehoedsmiddelen en vruchtbaarheid mogelijk te maken; cliënten werd verteld dat ze zulke onderwerpen privé konden bespreken na de sessie of contact konden opnemen met hun verpleegkundige. Advies tijdens	REGULIERE ZORG: individuele counseling sessies INTERVENTIE: groepsconsult in een leslokaal	REGULIERE ZORG: een counseling sessie van 30 minuten INTERVENTIE: een counseling sessie van 45 minuten	Pill count en zelfrapportage (dagboek)	Homer, 2009, UK

Cliënt populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
	groepsconsult werd zo veel mogelijk geïndividualiseerd. Alle deelnemers mochten een familielid, verzorger of vriend meenemen.				
Cliënten met hiv	REGULIERE ZORG: standaard cliënten voorlichting door een verpleegkundige of apotheker. Face-to-face persoonlijke educatie over medicatie bevatte: (1) dosering en tijdstip van medicatie, (2) het belang van medicatietrouw, (3) contact in geval van problemen, (4) strategieën voor het bevorderen van medicatietrouw, (5) potentiële significante bijwerkingen, en (6) aanbevolen acties bij problemen. INTERVENTIE: Aanvullende telefonische afspraken, waarbij de verpleegkundig specialist de cliënt vraagt of er problemen waren met medicatietrouw. Als de cliënt aangeeft geen problemen hiermee te ervaren, complimenteert de verpleegkundig specialist de cliënt, informeert of de cliënt verdere vragen heeft, en beëindigt het gesprek. Als de cliënt moeilijkheden ervaart, informeert de verpleegkundig specialist naar de aard van het probleem, noteert deze op een gestandaardiseerd formulier, en doet aanbevelingen op basis van de persoonlijke omstandigheden waarin deze problemen zich voordoen op basis van een gestandaardiseerd draaiboek. 1) Als het probleem gerelateerd was aan <i>de moeilijkheid rondom het aanleren van het medicatieregime, het herinneren om medicatie te nemen of het integreren van het regime in het leven van de cliënt</i>, werden passende suggesties gedaan zoals uiteengezet in het script 'Strategieën voor Medicatietrouw' (bv. "Veel mensen vinden het handig om het medicijn te combineren met een activiteit die elke dag plaatsvindt, als een herinnering om het medicijn te nemen.") 2) Als het probleem gerelateerd was aan <i>moeilijkheden met stress of depressie</i>, werden passende suggesties gedaan zoals uiteengezet in het script 'Strategieën voor Herkenning en Behandeling Depressie' (bv. "Mensen met hiv kunnen verschillende soorten stress ervaren die hen verdrietig, pessimistisch en soms overweldigd kunnen laten voelen. Hoewel deze gevoelens normale reacties zijn kunnen deze, mits niet herkend en behandeld, invloed hebben op eet- en slaappatroon, concentratie, en medicatietrouw. Mensen met hiv doen vaak een aantal dingen om hun mentale gezondheid op peil te houden, zoals praten over hun gevoelens met andere mensen met hiv, regelmatig sporten, persoonlijke begeleiding krijgen, etc. Doet u een van deze dingen?") 3) Als het probleem gerelateerd is aan <i>moeilijkheden met symptomen</i> wordt de ernst van symptomen bepaald (graad 1, 2, 3 of 4). Als symptomen in graad 3 of 4	Telefonische afspraken en 24/7 gratis telefonische hulplijn	Gesprekken elke week van week 1 tot en met week 12, en in week 14 en 16 (14 gesprekken in 16 weken)	Zelfrapportage (ACTG Adherence Questionnaire)	Reynolds, 2008, USA

Cliënt populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
	vallen, werd cliënten aangeraden contact op te nemen met hun zorgverleners. Bij symptomen van graad 1 of 2 werd de cliënt gerustgesteld over de vaak korte termijn aanwezigheid van bepaalde symptomen, aangemoedigd om door te gaan met het nemen van de medicijnen zoals aanbevolen, en kreeg de cliënt passende strategieën voorgelegd voor het omgaan met de symptomen, zoals uiteengezet in het script 'Strategieën voor Symptoom Management'. De gespecialiseerd verpleegkundigen werden begeleid in een poging om (1) vast te stellen welke kennis de cliënt nodig heeft betreffende zijn/haar medicijnen en symptomen, en het verstrekken en benadrukken van relevante informatie; (2) voorstellen van mogelijk gedrag dat de cliënt kan proberen om hulp te krijgen en medicatietrouw te verbeteren; en (3) geruststelling en coaching te bieden voor de cliënt bij het omgaan met emotionele situaties.				

(Praktijk)verpleegkundigen en verzorgenden

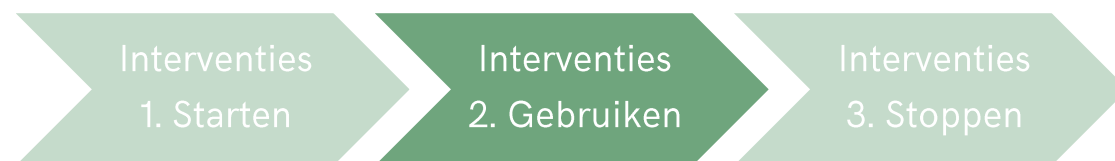
Tabel 17 Gedetailleerde informatie effectieve interventies aangeboden door (praktijk)verpleegkundigen en verzorgenden in de startfase van gebruik, gerangschikt op mate van objectiviteit van de gebruikte meetmethode om medicatietrouw te meten.

Cliënt populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
Cliënten met hiv	Alle cliënten kregen een MEMS-cap (Medication Event Monitoring System) voor hun medicatie. REGULIERE ZORG: Uitgebreide educatie over medicatietrouw, gebruikmakend van een variatie aan onderwijsmethoden, die worden aangepast aan het individuele factoren zoals onderwijsniveau, cultuur, soort regime en tijdschema. INTERVENTIE: Verpleegkundigen ontvingen training in motiverende gespreksvoering (MI), welke bestond uit 24 uur aan klassikale presentaties over theorieën en methodes en oefensessies. Periodieke boostersessies werden gehouden om MI-technieken te versterken. De verpleegkundige gebruikte een semigestructureerd MI-script om de interactie te sturen. De verpleegkundige startte met vragen naar medicatietrouw over de afgelopen twee weken. Voor elk medicijn werd door deelnemers gesproken over	Individuele consulten, persoonlijk of via telefoon (voor cliënten voor wie het niet mogelijk is naar de kliniek te komen)	5 counseling sessies over een periode van 3 maanden, gemiddeld durend tussen de 20-90 minuten met een mediaan van 45, 35, 30 minuten voor sessies 1, 2 en 3-5	Electronic monitoring (MEMS)	Dilorio, 2008, USA

	het gedrag, voordelen en barrières van het nemen van medicijnen en manieren om medicatietrouw te verbeteren. Na elke discussie van een medicijn werd een actieplan opgesteld en sloot de verpleegkundige de sessie af met een samenvatting van de discussie en het actieplan. Deelnemers ontvingen een 'Get Busy Living' video, een logboek en een kalender. Deelnemers kregen \$10 voor de eerste sessie en \$5 voor elk van de resterende vier.		respectievelijk .		
Cliënten met hiv	REGULIERE ZORG: alle deelnemers bezochten drie een-op-een medicatietrouw counseling sessies voor de aanvang van de behandeling (ART). Getrainde verpleegkundigen benadrukten in deze sessies het belang van medicatietrouw, belang van kennis over de behandeling, doseringsinstructies, bijwerkingen, voedingsoverwegingen, het aanpassen van het regime op de dagelijkse activiteiten en geïdentificeerde sociale moeilijkheden, zoals leefomstandigheden en familie-ondersteuning. Na de start van ART kwamen cliënten elke 4 weken terug naar het behandelcentrum voor een vervolgspraak. Tijdens de eerste 2 vervolgspraken werd algemene medicatietrouw counseling verzorgd (herhaling van de onderwerpen besproken tijdens de voorbereidende counseling), evenals bespreking van specifieke opkomende problemen met bijwerkingen of medicatie-inname; daarna werd counseling afgestemd op het individu. Alle cliënten werden aangemoedigd een familielid of vriend mee te nemen voor bezoek aan de kliniek en counselingssessies. INTERVENTIE: Modified directly observed therapy (m-DOT), ofwel direct geobserveerde medicatie-inname. Bij ieder kliniek bezoek werden cliënten ontvangen door verpleegkundigen die inname van de ART dosis van de cliënt observeerden, navraag deden naar moeilijkheden en geïndividualiseerde hulp bij medicatietrouw boden. Gebruikte medicatiedoosjes werden verzameld, het aantal pillen geregistreerd en medicatie uitgedeeld voor de komende 3 of 4 dagen.	Een deel van medicatie-inname observeren, terwijl de rest door cliënten zelf wordt ingenomen.	m-DOT tijdens tweewekelijks e kliniek bezoeken gedurende de eerste 24 weken van ART behandeling	Pill count en zelfrapportage (4-daagse recall aantal gemiste doseringen)	Sarna, 2008, Kenia
Aan heroïne verslaafde hiv-clianten	REGULIERE ZORG: in de eerste maand werden cliënten tweemaal gezien en werd medicatie voor een halve maand uitgedeeld bij elk bezoek. In geval van afwezigheid van bijwerkingen en bij aanwezigheid van normale lever- en nierfunctie worden bezoeken gereduceerd naar 1 per maand. Cliënten bezoeken de kliniek wanneer zij bijwerkingen of andere gezondheidsproblemen krijgen en een laboratoriumtest nodig hebben. INTERVENTIE: elk huisbezoek werd uitgevoerd volgens semigestructureerde activiteiten. Strategieën voor het verbeteren van medicatietrouw werden geïntroduceerd aan de deelnemer tijdens het huisbezoek. Een flyer ontworpen voor deze studie waarop de medicatie (ART) en medicatietrouw wordt besproken	Geplande huisbezoeken en telefonische afspraken	Huisbezoek elke 2 maanden voor 8 maanden, telefoon gesprekken elke 2 weken	Zelfrapportage (CPCRA Antiretroviral Medication Self-Report)	Wang, 2010, China

	en een elektronische medicijndoos met alarm werden aan de deelnemers gegeven. De activiteiten van elk huisbezoek werden aangepast op individuele barrières of moeilijkheden vastgesteld tijdens het vorige bezoek. Hoewel huisbezoeken draaiden om de cliënt werden familieleden of goede vrienden, vooral de mantelzorgers, gevraagd deel te nemen. Er werd tijd besteed aan de bezorgdheden van familieleden, zoals de mogelijkheid of hiv-overdracht binnen het huishouden, angst voor openbaarmaking van de conditie aan burens, en achteruitgaande gezondheid van cliënten. Het belang van ondersteuning van familie en de impact van discriminatie binnen de familie werden volledig besproken en benadrukt met familieleden.				
Cliënten met indicatie voor statine (primaire of secundaire preventie van cardio-vasculaire events)	INTERVENTIE: Multifactoriële counseling over risicofactoren, waarbij de aanwezigheid van niet-modificeerbare en modificeerbare risicofactoren werd uitgelegd. De counseling focuste op het veranderen van de modificeerbare risicofactoren zoals het verbeteren van de medicatietrouw, het verminderen van overgewicht, stoppen met roken, en vergroten van fysieke activiteit.	Individuele, persoonlijke bezoeken in aanvulling op de reguliere bezoeken met de behandelend specialist.	4 bezoeken, met het start bezoek binnen 3 maanden na het aangeven van de statine behandeling. Vervolg afspraken werden gepland na 3, 9 en 18 maanden.	Zelfrapportage (2 gevalideerde vragen)	Nieuwkerk2012, Nederland
Cliënten met hiv	REGULIERE ZORG: ARV-educatie voorafgaand aan de start van de behandeling verzorgd door een getrainde lotgenoot in de kliniek, drie gescripte educatieve sessies verzorgd door de voorschrijver, een 21-daagse inleidende cursus van TMP-SMX als "medicatie oefening", en maandelijkse vragen over medicatietrouw en advies verzorgd door de klinische verpleegkundige die de ARV meegeeft. De gescripte educatieve sessies behandelen basis ARV-informatie, inclusief het doel van de medicatie, het belang van medicatietrouw, en veel voorkomende bijwerkingen. INTERVENTIE: een zelfgestuurde discussie werd gefaciliteerd waarin cliënten individuele en sociale factoren identificeerden die hun medicatietrouw beïnvloeden. Een interventiehandboek leidde de uitrol van de interventie. Het interventieteam was getraind in didactische informatie en educatieve technieken.	Huisbezoeken, waartussen de verpleegkundige en peer educator (het interventieteam) bereikbaar zijn via telefoon.	Huisbezoek tweemaandelijks gedurende 3 maanden, gevolgd door maandelijks bezoek gedurende 3 maanden (6 maanden totaal)	Zelfrapportage (VAS)	Williams, 2014, China

Evidence tabellen interventies fase 2. Gebruiken

**Fase 2. Gebruiken**Verpleegkundig specialisten

Tabel 18 Gedetailleerde informatie effectieve interventies aangeboden door verpleegkundig specialisten in de gebruiksfase, gerangschikt op mate van objectiviteit van de gebruikte meetmethode om medicatietrouw te meten.

Cliënt populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
Cliënten met jicht met minder dan een jichtaanval in het afgelopen jaar	REGULIERE ZORG: zorg door de huisarts. Cliënten ontvingen de informatiebrochure over jicht van Arthritis Research UK. INTERVENTIE: zorg door de verpleegkundige. Verpleegkundigen ontvingen training over jicht en de zorg rond jicht vanuit nationale en internationale richtlijnen. Deze training was ontwikkeld vanuit eerder uitgevoerd kwalitatief onderzoek naar ziektepercepties en vastgestelde belangrijke elementen in hoe informatie over jicht te geven. Als deel van een geïndividualiseerd zorgplan benaderden verpleegkundigen cliënten met een holistische beoordeling, bespraken zij ziektepercepties, en gaven zij volledige informatie over jicht (aard, oorzaken, associaties, gevolgen, en behandelingsmogelijkheden), en moedigden hen aan deel te nemen aan de besluitvorming. Cliënten ontvingen de informatiebrochure over jicht van Arthritis Research UK. Vervolgbeoordelingen en metingen van concentraties urinezuur in het serum werden uitgevoerd door de verpleegkundige indien nodig.	Individuele persoonlijke afspraken die die daarna voortgezet konden worden als telefonisch contact (bv. voor het beoordelen van labuitslagen) of huisbezoek (bv. voor oudere cliënten)	Lijkt in dezelfde frequentie als reguliere zorgafspraken plaats te vinden (geen extra afspraken)	Geneesmiddel -spiegel: concentratie urinezuur in serum	Doherty, 2018, UK

(Praktijk)verpleegkundigen en verzorgenden

Tabel 19 Gedetailleerde informatie effectieve interventies aangeboden door (praktijk)verpleegkundigen en verzorgenden in de gebruiksfase, gerangschikt op mate van objectiviteit van de gebruikte meetmethode om medicatietrouw te meten.

Clïënt populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
Clïënten met astma, na bezoek spoedeisende hulp	INTERVENTIE: Clïënten werden gebeld door de verpleegkundige voor elke afspraak om aanwezigheidspercentages te verhogen. Verpleegkundigen: (i) stelden de kennis van de clïënt over astma vast, hun huidige behandeling, hun uitlokkende factoren en symptomen evenals begeleid zelfmanagement gebruikmakend van piekflow (PEF) metingen (ii) beoordeelden de piekflow, omkeerbaarheid en inhalatietechniek. (iii) breidden de kennis van clïënten uit t.a.v. het begrip van astma en diens medicatie (zowel preventieve als aanvalsmedicatie) (iv) zorgden voor een gevalideerd, begeleid zelfmanagement 'credit card plan' aangepast met lijnen getekend op het piekflowschema bij 80%, 60% en 40% van de beste of verwachte PEF Clïënten werd geleerd om hun medicatie-inname te verhogen als ze ongecontroleerde astma herkenden via hun PEF of symptomen.	Eerste consult persoonlijk, tweede en derde mogelijk vervangen door telefonische afspraak	1-uur lang consult 2 weken na start, gevolgd door 2 consulten van 30 minuten in intervallen van 6 weken.	Klinische maat: zelfrapportage astma exacerbaties	Levy, 2005, UK
COPD-clïënten die werden opgenomen door een verergering die opname van meer dan 48 uur vereiste	INTERVENTIE: De interventie bevat vier belangrijke kenmerken. (1) Een uitgebreide beoordeling van de clïënt bij ontslag rond ernst van de ziekte aan de luchtwegen, evaluatie van comorbiditeit, medicatietrouw en de benodigde sociale steun. (2) Een consult over zelfmanagement bij ontslag rond kennis van de ziekte, stoppen met roken, bevorderen van fysieke activiteit, voedingsaanbevelingen en andere instructies over niet-farmacologische behandelingen, beoordeling van correctheid inhalatietechniek voor farmacologische therapie en leren van zelfmanagement strategieën voor het omgaan met toekomstige verergeringen. Geschreven informatie werd verstrekt aan alle clïënten. Onderwijs over vaardigheden om klinische achteruitgang te herkennen. Clïënten werd geleerd te bellen naar het behandelcentrum wanneer symptomen of tekenen die klinische achteruitgang aangeven optreden. De telefonische oproep werd doorverbonden naar een gespecialiseerd verpleegkundige (de casemanager) die het probleem telefonisch oplost of voor een huisbezoek zorgt. (3) Een individueel aangepast zorgplan werd uitgewerkt door middel van de interactie tussen de gespecialiseerd verpleegkundig casemanager en het	Assessment, consult, gezamenlijk huisbezoek, telefonische afspraken	1 consult bij ontslag, 1 huisbezoek binnen 72 uur na ontslag, wekelijks telefonisch contact gedurende 1 maand en telefonisch contact op 3 en 9 maanden	Zelfrapportage (Medication Adherence Scale (MAS) en Inhaler Adherence Scale (IAS))	Garcia Aymerich, 2007, Spanje

Clïënt populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
	primaire-zorg team. Een gezamenlijk huisbezoek van de gespecialiseerde verpleegkundige en het primaire-zorg team (arts, verpleegkundige en maatschappelijk werker) aan de cliënt vond plaats. Telefoongesprekken werden gevoerd om zelfmanagement strategieën te versterken. (4) Toegang tot de gespecialiseerde verpleegkundige in het ziekenhuis werd verzekerd aan cliënten, mantelzorgers en primaire-zorg professionals gedurende de vervolperiode via een ICT-platform met call centre.				
Clïënten gediagnosticeerd met coronaire hartziekte	Hartrevalidatie programma geleid door verpleegkundige Fase 1: Educatiesessie voor cliënten en familie in het ziekenhuis. Zeven educatieve onderwerpen werden geselecteerd: (1) coronaire hartziekte en zelfmanagement principes, (2) medicatie management, (3) angina-preventie en management, (4) fysieke activiteit, (5) dieetmanagement, (6) stoppen met roken en (7) familieondersteuning. De educatie werd uitgevoerd door middel van individuele voorlichting, elk onderwerp in een aparte sessie. Familieleden werden uitgenodigd deze bij te wonen. Elke sessie bevatte strategieën die zich richtten op de principes van volwasseneneducatie: vraag en antwoord, instructies, en delen en bespreken. De instructie werd zo kort mogelijk gehouden om alleen essentiële informatie te verstrekken, om meer tijd over te houden voor bespreking en vragen en om te voldoen aan individuele behoeften. Tijdens delen en bespreken werd aan cliënten familieleden gevraagd eigen herinneringen op te halen over het onderwerp, zich te bedenken over wat ze voorheen deden, gedrag of houding die aangepast moet worden en hoe dit aangepast kan worden. Een gezond hart-handleiding over de voorgaande onderwerpen werd verstrekt als praktisch zelfhulp werkboek voor de cliënt. Fase 2: revalidatiezorg thuis Clïënten werden gecontroleerd, gecoacht en gesteund door een hartverpleegkundige voor een periode van 12 weken. Belangrijke punten: (1) stellen van dagelijkse gedragsdoelen voor wandelprestatie, stoppen met roken, stap II trouw aan het dieet en medicatietrouw; (2) stellen van doelen voor de beheersbaarheid van de cardiofysiologische risico's; (3) cliënten voerden dagelijks een doelgerichte zelfmanagement revalidatiezorg uit voor medicatie management, angina management, fysieke activiteit, dieetmanagement en stoppen met roken volgens de aanbevolen richtlijnen; (4) het bijhouden van voortgang, zelfevaluatie en zelfvertrouwen in een logboek; (5) familieleden	Huisbezoeken en telefonische afspraken	Fase II: 12 weken	Zelfrapportage (7 daagse recall)	Jiang, 2007, China

Clïent populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
	werden aangemoedigd en geïnstrueerd om deel te nemen in veranderingen in levensstijl en om ondersteuning te bieden voor de rehabilitatie van de cliënt (6) professionele vervolgzorg door middel van huisbezoek en telefonische afspraken om toezicht te houden, het zelfmanagementproces te faciliteren en het zelfmanagementproces van cliënten en ondersteunend gedrag van familieleden te versterken.				
Clïënten met schizofrenie	Specifieke training voor de studie bevatte ongeveer 40 minuten van didactische instructie door onderzoekers, vóór het eerste contact door de verpleegkundige met de cliënt. Clïënten werden gebeld door een verpleegkundige. Het gesprek bestond uit een kort semigestructureerde beoordeling van medicatietrouw en het Drug Attitude Inventory (DAI-10). De psychiater ontving een gestructureerd rapport van elk contact en, in het geval dat de verpleegkundige slechte medicatietrouw constateerde, werd de cliënt ingepland voor een aanvullend bezoek aan de psychiater binnen 7 dagen.	Gestandaardiseerde telefonische afspraken om naleving te beoordelen	Telefoongesprekken gevoerd door een verpleegkundige in weken 4, 8 en 12.	Rapportage door behandelend psychiater of verpleegkundige (Register of Adherence to Treatment (RAT))	Montes, 2010, Spanje
Clïënten met epilepsie SPECIFIEK : laaggeletterden en laag opgeleiden	Epilepsie gezondheidseducatie programma, inclusief een gestructureerd gesprek en visuele tools over verschillende aspecten van epilepsie. De besproken domeinen waren basiskennis over epilepsie, mythes en feiten over epilepsie, diagnose, behandelingsmogelijkheden (nadruk op medicatietrouw), leven met epilepsie, en werkgerelateerde problemen.	Persoonlijke educatie in een gestructureerde vorm	4 sessies van minstens 30 minuten verspreid over 6 maanden	Zelfrapportage (Morisky Medication Adherence Scale (MMAS))	Dash, 2015, India
Clïënten met reumatoïde artritis	Een uitgebreid educatieprogramma gebaseerd op de theorie van zelfeffectiviteit: het zelfvertrouwen van een persoon in hun vaardigheden om specifieke opdrachten uit te voeren of doelen te bereiken. Clïënten met een hoog niveau van zelfeffectiviteit geloven dat ze een positieve verandering in hun gezondheid kunnen maken. Het programma bevatte informatie over de soorten medicijnen gebruikt voor behandeling van RA, het ziekteproces, fysieke activiteit, bescherming van gewrichten, pijnbestrijding en omgangsstrategieën. Geschreven informatie, inclusief een flyer met medicijninformatie ontwikkeld specifiek voor de studie, werd gegeven als een back-up (ook aan de controlegroep)	Individueel consult in de kliniek	Maandelijks afspraken van 30 minuten voor 6 maanden	Geneesmiddel -spiegel: concentratie fenobarbital in plasma	Hill et al, 2001

Clïent populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
Clïënten met hiv	De interventie combineerde een educatieve en een counseling benadering. Een handleiding voor verpleegkundigen en interventiescript werden geschreven. Verpleegkundigen woonden een intensieve 5-daagse training bij, gevolgd door maandelijks diepgaande monitoringssessies. De inhoud van de interventie werd gebaseerd op cognitieve, emotionele, sociale en gedragsdeterminanten gebaseerd die invloed hadden op naleving. (1) om cognitieve componenten aan te pakken, werden van elke individu motivatie, verwachtingen, mate van kennis, persoonlijke overtuigingen, en veronderstellingen over ziekte en medicatie beoordeeld en onderzocht. Obstakels voor de medicatie inname werden onderzocht. Veel aandacht werd besteed aan de manier waarop cliënten strategieën inzetten om te voorkomen dat het medicatieschema vergeten werd. (2) om emotionele componenten aan te pakken werden persoonlijke zorgen en ervaringen van cliënten, gerelateerd aan het hiv-positief zijn, erkent. De verpleegkundigen hielpen cliënten hun angsten, ongerustheid, depressieve periodes, onzekerheid, gevoelens van eenzaamheid en isolatie, verlangen om op te geven, en verlies van hoop te identificeren. De verpleegkundigen onderzochten samen met hen hoe zij hun zelfbewustzijn konden verbeteren en adaptieve of actieve manieren van omgang met een negatieve emotionele staat konden ontwikkelen. Persoonlijke groei werd aangekaart, zoals de wens voor liefde en bereidheid voor het opbouwen van nieuwe relaties en het hebben van kinderen. (3) om gedragscomponenten aan te pakken verzamelden verpleegkundigen van cliënten hun plannen voor het bereiken van medicatietrouw en de omstandigheden van het laatste voorval van het niet bereiken van medicatietrouw dat ze meemaakten. Verpleegkundigen onderzochten ook ieders vermogen om met terugval om te gaan om elke cliënt te helpen zelfbewustzijnsvaardigheden te ontwikkelen om het verschil tussen een gelegenheidsterugval en complete terugval te herkennen. (4) om sociale componenten aan te pakken beoordeelden verpleegkundigen het gehalte waarmee het sociaal stigma geassocieerd met hiv/aids cliënten verhinderde om medicatie in aanwezigheid van anderen te nemen. Verpleegkundigen beoordeelde de aanwezigheid van ondersteunende wederhelften die het behandelingsproces begrepen en accepteerden, en cliënten werden geïnformeerd over andere beschikbare bronnen zoals lokale ondersteuningsgroepen en nationale hiv-hulplijnen. Taken van verpleegkundigen bestonden ook uit het identificeren van de financiële zorgen en andere potentiële sociale barrières die invloed hadden op de bereidheid en vermogen	Drie individuele counseling en educatieve sessies	Een baseline sessie, een bij 2 maanden en een bij 4 maanden. Elke sessie duurde 45-60 minuten	Zelfrapportage (ACTG methodologie)	Pradier, 2003, Frankrijk

Clïënt populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
	om behandelingen te ontvangen. In het geval van urgente nood voor dringende actie verwezen verpleegkundigen cliënten routinematig door naar lokale bronnen, hielp hen in follow-up indien nodig, en hielp hen de tegengekomen praktische barrières te overkomen.				
Clïënten met hiv	Alle cliënten ontvingen een elektronische medicijndoos voor hun medicatie. Tijdens huisbezoek werd een dialoog gefaciliteerd die cliënten aanmoedigde individuele en sociale factoren te identificeren die hun medicatietrouw beïnvloedden. Hoewel de inhoud van de gesprekken tijdens de huisbezoeken varieerden door de individuele zorgen van iedere cliënt, was het format van interactie zeer gestructureerd. Het interventieprogramma is elders in detail beschreven.	Huisbezoek	Wekelijks bezoek voor 3 maanden, daarna tweewekelijks voor 3 maanden, daarna maandelijks voor 6 maanden (12 maanden totaal)	Electronic monitoring (MEMS)	Williams, 2006, USA
Clïënten met hypertensie	De verpleegkundige kreeg training in aspecten van motivational interviewing. De training was interactief, met oefensessies die gebruikmaakten van motivatie en de ontwikkelde computergebaseerde modules. De interventie bevatte gedrags- en educatieve aspecten van medicatietrouw. De interventie legt de nadruk op het initiëren en onderhouden van specifiek gezondheidsgedrag gerelateerd aan hypertensie. Bij elk telefoongesprek kan een kerngroep van modules ingezet worden. Deze kunnen zijn: - Medicatiemanagement - Ongunstige effecten van bloeddruk medicatie - Geheugen - Kennis / risicoperceptie - Deelname aan besluitvorming - Dieet - Gewicht - Beweging - Sociale en medische omgeving - Stress - Roken - Alcohol	Telefonische counseling	Telefonische afspraken elke 8 weken	Zelfrapportage (4-item Morisky Self-reported Medication-Taking Scale)	Bosworth, 2008, USA

Clïent populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
	- Geletterdheid - Afsluitende ontmoetingen - Door de cliënt geïnitieerde ontmoetingen				
Clïënten met hiv	Alle cliënten ontvingen een EDM-does voor hun medicatie. Als de cliënt minder dan 95% medicatietrouw bleek volgens EDM-data, werd hij/zij aangemeld voor counseling met een arts of verpleegkundige waarbij gebruik werd gemaakt van EDM-informatie. In elke counseling sessie werd de EDM-informatie beoordeeld met de cliënt, redenen voor het missen of te laat nemen van doseringen besproken, eventuele problemen of uitdagingen van de cliënt besproken. Counseling sessies hadden geen script. Wanneer cliënten geen onmiddellijk antwoord hadden voor het missen of te laat innemen van doses, werd arts of verpleegkundige geadviseerd te zeggen: "laten we verder praten over de problemen die u vorige maand heeft gehad".	Persoonlijke counseling na reguliere activiteiten tijdens bezoek kliniek	Maandelijks bezoek voor 6 maanden. Counseling sessies van 10-15 minuten	Electronic monitoring (Med-ic)	Sabin, 2010, China
Clïënten met hypertensie	Educatie werd gegeven volgens een semigestructureerd en geïndividualiseerd plan. Educatieve methodes waren onder andere vertellen, vraag en antwoord, en discussie. <i>INTERVENTIE GROEP 1: Educatie over medicatietrouw</i> Domeinen voor discussie gedurende educatie waren onder andere het belang van regelmatige medicatietrouw, werkzaamheid van de medicijnen, mogelijke bijwerkingen en wat te doen in geval van bijwerkingen, belang van vervolgspraken. Algemene informatie over gezond leefstijl gedrag (voeding, gewichtsverlies, beweging etc.) en hypertensie (definitie van hypertensie, risicofactoren, complicaties) werd verstrekt. Ook waren er follow-up telefoongesprekken waarbij extra informatie over hypertensie werd gegeven. <i>INTERVENTIEGROEP 2: educatie over medicatietrouw aangevuld met educatie over een gezond leefstijl</i> Identieke educatie betreffende medicatietrouw plus educatie over gezonde leefstijl (voeding, relevant dieet, belang van verlaagde zoutinname, hoe om te gaan met stress, gewichtscontrole, beweging, risico's van alcohol en roken, etc.) evenals algemene informatie over hypertensie.	Beide groepen persoonlijke interviews (4 keer tijdens bezoek aan de kliniek en 2 keer tijdens huisbezoek) en vervolgspraken via telefoon	Beide groepen: maandelijkse interviews en maandelijks vervolgspraken via telefoon voor 6 maanden Interviews duurden 30 minuten (IG1) of 45 minuten (IG2)	Zelfrapportage (Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES))	Hacihasa noğlu, 2011, Turkije
Clïënten die dual platelet	Na counseling van de arts en ziekenhuisapotheker over het belang van DAT na DES, kregen cliënten telefonische vervolgsprekken om de medicatietrouw te ondersteunen. Tijdens deze gesprekken werd de medicatietrouw in kaart	Telefonische afspraken	Vier afspraken (elk 5-10 minuten), de	Apotheek afhaalgegevens	Rinfret, 2013, Canada

Clïent populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
therapy (DAT) gebruiken na stent plaatsing	gebracht en het belang van een optimale medicatietrouw benadrukt; cliënten werd verteld dat zich een stolsel in hun stent kon vormen als de medicatie te laat werd ingenomen, werd overgeslagen of gestaakt, en dit zou ernstige hartproblemen kunnen veroorzaken, waaronder myocardiaal infarct (MI) en mogelijk overlijden. Factoren die samenhangen met het vroegtijdig stoppen van DAT werden besproken, waaronder bloeding, niet-cardiale procedures en financiële problemen. Verpleegkundigen werden getraind om efficiënt counseling te geven over het belang van DAT en het risico van elke onderbreking en in het geven van ondersteuning om een optimale medicatietrouw te bereiken.		eerste binnen 7 dagen na de stent plaatsing en dan na 1, 6 en 9 maanden		
Clïënten met hypertensie	Een driedaagse training sessie werd georganiseerd om verpleegkundigen te trainen in motiverende gespreksvoering (MI). Een MI-gebaseerd counseling protocol werd opgesteld, met de volgende stappen: (1) Een band opbouwen met cliënten; (2) evalueren van het vertrouwen van de cliënten en hun motivatie voor gedragsveranderingen en zelfeffectiviteit; (3) cliënten helpen zich bewust te worden en het aanpakken van ambivalentie die gedragsveranderingen tegen houden; (4) cliënten helpen verschillen tussen hun normen en waarden en huidig gedrag te ontdekken; (5) strategieën uitleggen voor naleving gedragsverandering; (6) samenvatten van voor- en nadelen van de voorgestelde gedragsverandering; (7) realistische en specifieke doelen voor gedragsveranderingen stellen; (8) cliënten ertoe aanzetten het plan voor gedragsaanpassing te volgen; (9) een algemene samenvatting van de MI sessie en de prestatie van de cliënt. Clïënten hielden een dagelijks dagboek bij, waarin informatie over medicatietrouw, diëetgewoonten, fysieke activiteit, drinken en roken, ziekteperceptie, fysieke gezondheid, en mentale gezondheid werden bijgehouden. De verpleegkundigen beoordeelden de prestaties van cliënten uit het dagboek gedurende de interviews met de cliënten en waren zich bewust van de status quo van de medicatietrouw en levensstijl veranderingen van cliënten. Het volgende doel werd bepaald op basis van het dagboek.	Bij cliënten thuis of gezondheidscentrum in de buurt (via afspraak met verpleegkundige)	MI sessies 8 keer in 6 maanden. Elke sessie duurde 30-40 minuten.	Zelfrapportage (Treatment Adherence Questionnaire of Patients with Hypertension (TAQPH))	Ma, 2014, China
Clïënten met type 2 diabetes	<i>INTERVENTIEGROEP 1: terugvraag methode</i> In deze strategie werd de basis kennis van cliënten beoordeeld voordat uitgebreide informatie werd verstrekt. Daarna werd informatie duidelijk in	Beide groepen: individuele	Beide groepen: 1 sessie per	Zelfrapportage (Morisky Medication	Negarandeh, 2013, Iran

Clïent populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
SPECIFIEK : beperkte gezondheidswaardigheden	simpele taal uitgelegd door middel van het vermijden van medisch jargon, vage termen, en termen met verschillende interpretaties. Een tot drie belangrijke punten werden benadrukt en herhaald gedurende de afspraak, en cliënten werden aangemoedigd vragen te stellen. De terugvraagmethode werd gebruikt om de kennis van de cliënten te bevestigen. Als antwoorden fout of incompleet waren, legde de onderzoeker het onderwerp opnieuw uit om te verzekeren dat de cliënt het begreep. Op het einde schreef de onderzoeker belangrijke instructies op voor cliënten. <i>INTERVENTIEGROEP 2: illustratieve methode</i> We overwogen de principes voor passende visualisaties, onder meer: (a) simpele, realistische foto's met beperkte inhoud en gebruikmakend van bekende objecten en symbolen; (b) samenwerken met de doelgroep om illustraties te ontwikkelen; en (c) pre-testen van illustraties met de doelgroep. De illustraties werden gecombineerd met bestaande educatieve materialen en nieuwe illustraties werden verstrekt volgens de educatieve doelstellingen.	persoonlijke sessies in een privéruimte	week voor drie weken, sessies van 20 minuten	Adherence Scale (MMAS-8))	
Cliënten die een coronaire stent ontvingen in de afgelopen 90 dagen	Verpleegkundigen werden getraind in het voeren van motiverende gespreksvoering (MINT) gedurende een 3-daagse workshop en ontvingen een 1-weekse training over hart en vaatziekten, antistollingsmedicatie, en bekende determinanten van medicatietrouw. In MINT gesprekken vroegen verpleegkundigen naar individuele waarden, voorkeuren, argumenten voor verandering, redenen voor mislukkingen in het verleden, en stelden cliënten in staat ambivalentie op te lossen en een gedragsveranderend plan op te stellen. Het eerste gesprek werd gebruikt om een band op te bouwen met de cliënten, de gesprekstijldijn te communiceren met de cliënten en gelijke machtsverdeling te bevorderen. Het gesprek bevatte ook open vragen over een typische dag in het leven van cliënten sinds het plaatsen van de stent, beoordeling van gezondheidsdoelen en motivatie/vertrouwen in het vermogen gedrag aan te passen, beoordeling van huidige stressfactoren, en toepassing van de MMAS-4. Telefonische vervolggereprekken waren minder gestructureerd, maar MMAS-4 werd uitgevraagd in alle gesprekken om een dialoog over de zorgen van de cliënt betreffende medicatietrouw te initiëren.	MINT telefoongesprekken	Elke 3 maanden voor 12 maanden (4 gesprekken)	Apotheek afhaalgegevens (MPR) en zelfrapportage (MMAS-4)	Palacio, 2015, USA

Multidisciplinaire samenwerking

Tabel 20 Gedetailleerde informatie effectieve interventies aangeboden door een multidisciplinair team (waar de verpleegkundige deel van uit maakt) in de gebruiksfase.

Clïënt populatie	Wat	Hoe	Wanneer & hoe lang	Meetmethode medicatie trouw	Eerste auteur, jaar, land
Clïënten met chronische hepatitis C	Multidisciplinair ondersteuningsprogramma. De verpleegkundigen en hepatologen verzorgden complete en gestandaardiseerde informatie met betrekking tot chronische hepatitis C (epidemiologie, natuurlijke geschiedenis, diagnose en vervolg) en de antivirale behandeling (type medicijn, doses, toediening, nadelige effecten) in elke cliënt. De apotheker zorgde voor medicatietrouwbevordering. Verder werd een open en flexibel programma gevolgd met de afspraakkalender van de behandeling.	Tijdens kliniekbezoek	Clïënten werden gevolgd door MSP leden tijdens baseline en weken 2, 4, 12, 24 en 48 gedurende de behandeling en 24 weken na het einde van de behandeling	Apotheek afhaalgegeven s	Carrion, 2014, Spanje

Evidence tabellen interventies fase 3. Stoppen

**Fase 3. Stoppen**

Voor deze fase zijn geen specifieke interventies geïdentificeerd.