

Ontrouw heeft zo zijn prijs

Of het belang van therapietrouw bij (hart)patiënten

Door Dr. Georges H. Mairesse, Voorzitter van de BeHRA

*Wanneer de juiste diagnose is gesteld en een geschikte behandeling werd gevonden, is het aan de patiënt om de voorgeschreven therapie rigoreus op te volgen en te integreren in zijn dagelijkse bezigheden. Enkel zo bereikt de behandeling het beoogde effect met een betere levenskwaliteit. In de praktijk neemt maar liefst **1 patiënt op 4** het echter niet zo nauw met de therapietrouw, met alle gevolgen van dien voor patiënt én maatschappij.*

Brussel, 11 maart 2014 – Gebrekkige therapietrouw zorgt wereldwijd voor heel wat hoofdbreken, aangezien gemiddeld 1 patiënt op 4 bewust of onbewust afwijkt van het met de zorgverlener afgesproken behandeltraject.⁽¹⁾ Uiteraard kan dit een uitgesproken negatieve impact hebben op het genezingsproces en het welzijn van de betrokken patiënt. Therapieontrouw is een van de belangrijkste redenen waarom vooropgestelde klinische doelen niet gehaald worden en de gezondheid van de patiënt niet verbetert zoals gehoopt.

Door zich niet strikt aan een behandeling te houden, kunnen symptomen en lichamelijke klachten lange tijd blijven verder sluimeren of zelfs verergeren, of er kunnen complicaties optreden. Iemand die bijvoorbeeld lijdt aan de hartkwaal voorkamerfibrillatie, maar zijn bloedverdunders of andere hartmedicatie niet inneemt, loopt een groter risico op de vorming van bloedklonters en dikwijls ook op hartfalen. Bovendien moet de patiënt vaak zijn toevlucht nemen tot andere, mogelijk complexere behandelingen met opnieuw het risico van therapieontrouw. Niet alleen veroorzaakt een dergelijk proces een stijging van de morbiditeit en mortaliteit, ook kunnen de kosten voor de maatschappij sterk oplopen door de nood aan bijkomende ziekenzorg.

Therapieontrouw: opzettelijk of niet?

De oorzaken voor therapieontrouw zijn divers, hetgeen mede de complexiteit van het probleem verklaart. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen intentionele en niet-intentionele therapieontrouw. In het eerste geval kiest de patiënt er bewust voor om op eigen houtje de behandeling aan te passen. Dit bijvoorbeeld vanuit scepsis tegenover de medicatie door negatieve ervaringen (zelf meegemaakt of van horen zeggen) of hinderlijke bijwerkingen, of door te weinig geloof in het heilzame effect van het medicijn. Daarnaast verminderen sommige patiënten zelf de dosering zodat deze langer meegaat en nog anderen stoppen vroegtijdig met de behandeling omdat ze zich goed voelen en denken voortaan zonder te kunnen.

In het geval van niet-intentionele therapietrouw verzaken patiënten onbedoeld aan hun behandeling door factoren als onwetendheid, vergeetachtigheid of onachtzaamheid. Vooral bij chronische ziektes bij oudere risicogroepen – zoals voorkamerfibrillatie – komt deze niet-intentionele therapietrouw vaak voor. Het is namelijk zo dat oudere patiënten vaak al meerdere medicijnen moeten innemen,

met elk hun eigen specifieke voorschriften qua dosering, frequentie, tijdstip, enz. Ingewikkelde innameschema's kunnen de patiënten verwarren en foutief gebruik in de hand werken. Bovendien laat het menselijk geheugen met het verstrijken van de jaren al eens een steekje vallen, waardoor soms simpelweg vergeten wordt om een medicijn (correct) in te nemen. Een studie toont aan dat bij chronisch zieken 70% het voorbije halfjaar minstens 1 keer onopzettelijk therapieontrouw was, waarbij 62% vergat het medicijn in te nemen, 37% geen medicatie meer in huis had en 23% gewoon onoplettend was.⁽²⁾

Oplossingen

De patiënt een gebrek aan zelfdiscipline verwijten en de verantwoordelijkheid louter op diens schouders plaatsen, is een al te eenzijdige benadering van de problematiek. Er is daarentegen nood aan collectieve acties: artsen, zorgverleners, apothekers, de overheid, enz. dragen allen eenzelfde verantwoordelijkheid om deze kwalijke trend om te buigen. Een eerste belangrijke stap bestaat in een algemene bewustmaking en het wijzen op de reële gevaren bij therapieontrouw aan de hand van bijvoorbeeld publieke informatiecampagnes. De problematiek wordt namelijk nog te zeer onderschat. Daarnaast zijn begeleiding met inspraak voor de patiënt en duidelijke wederzijdse communicatie cruciaal. De arts moet een individuele, haalbare therapie voorschrijven, de patiënt motiveren om deze behandeling consequent vol te houden en hem systematisch opvolgen om eventuele, nodige aanpassingen te doen. Ook e-health kan patiënten bijstaan via sms-meldingen over wanneer bepaalde medicatie moet ingenomen worden.

Van **24 tot 28 maart 2014** organiseert de BeHRA met de steun van Boehringer Ingelheim, St. Jude Medical en Sanofi, de vijfde editie van de [Week van het Hartritme](#), een nationale bewustmakingscampagne voor de chronische hartaandoening voorkamerfibrillatie (VKF). 1 op 4 personen ouder dan 40 jaar zal ooit geconfronteerd worden met VKF. 'Informereren' en 'sensibiliseren' vormen daarom de kernwoorden van de Week van het Hartritme. Help dan ook mee en moedig uw vrienden en kennissen aan om [de online risicotest](#) af te leggen, [zelf de polsslag te meten](#), deel te nemen aan de [Week van het Hartritme](#) of erover te praten met hun huisarts. Zeker wanneer de persoon in kwestie 65 jaar of ouder is en dus meer risico loopt.

(1) Patient Preference and Adherence 2013:7, 675-682. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711878/>.

(2) Gadkari & McHorney, BMC Health Services Research 2012, **12:98**. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/98>.

Over voorkamerfibrillatie (VKF):

VKF is een hartritmestoornis waarbij het hart op hol slaat en zeer onregelmatig begint te kloppen. Dit verhoogt het risico op hartfalen en op de vorming van bloedklonters die een trombose of een beroerte (cerebrovasculair accident, CVA) kunnen veroorzaken.

VKF is de meest voorkomende hartritmestoornis en wordt frequenter met het ouder worden: vanaf 40 jaar heeft men 1 kans op 4 om ooit voorkamerfibrillatie te krijgen. Ongeveer 1 op 15 volwassenen ouder dan 65 jaar en 1 op 10 volwassenen ouder dan 80 jaar hebben te maken met deze stoornis.

Het aantal patiënten met voorkamerfibrillatie in België wordt geschat op 150.000 en dat cijfer zal tegen 2050 waarschijnlijk verdubbelen. De laatste 20 jaar is wereldwijd het aantal ziekenhuisopnames te wijten aan VKF toegenomen met 60%.

VKF kan de volgende symptomen veroorzaken: hartkloppingen, kortademigheid in rust of bij inspanning, duizeligheid, een ongewone vermoeidheid, flauwvallen of pijn in de borst. Bij 1 op 3 mensen geeft VKF helaas geen klachten en wordt de aandoening soms te laat ontdekt. Het opmeten van de elektrische hartactiviteit met een hartfilmpje of elektrocardiogram (ECG) is het beste onderzoek, maar het betreft slechts een momentopname. Gezien VKF bij sommigen slechts af en toe opkomt, is het nuttig om het hartritme zelf te leren controleren door het nemen van de polsslag.

Voor meer informatie, surf naar: www.mijnhartritme.be.

Over BeHRA:

De BeHRA werd in 1980 als werkgroep van de Belgische Vereniging voor Cardiologie opgericht en is vandaag uitgegroeid tot een vereniging van cardiologen gespecialiseerd in de aanpak van hartritmestoornissen.

De belangrijkste taak van de BeHRA is aandacht opwekken voor de studie en de ontwikkeling van hartstimulatie, elektrofysiologie en hartritmologie in brede zin. Hiervoor organiseert zij wetenschappelijke vergaderingen, informeert zij en moedigt zij fundamenteel en klinisch onderzoek aan www.behra.eu.

Voor meer informatie, gelieve contact op te nemen met:

VADEMECOM

Florence Burhin

T : +32 2 269 50 21

fb@vademecom.be