

Versie voor zorgverleners in België

AANBEVELINGEN VOOR ZORGVERLENERS TER
ONDERSTEUNING VAN MEDICATIE
ZELFMANAGEMENTPROBLEMEN BIJ
VOLWASSEN PATIENTEN MET POLYFARMACIE
TIJDENS ZIEKENHUISOPNAME

Versie november 2022



**Universiteit
Antwerpen**



Inhoud

SITUERING VAN DE LEIDRAAD	3
INLEIDING/ACHTERGROND	4
Medicatie zelfmanagement	4
Stap 1: ophalen van geneesmiddelen in de apotheek	4
Stap 2: kennis en begrip van geneesmiddelen.....	5
Stap 3: organiseren en plannen van geneesmiddeleninname	5
Stap 4: geneesmiddeleninname	5
Stap 5: toezicht op gewenste en ongewenste effecten van geneesmiddelen.....	5
Stap 6: behoud van een correcte en veilige geneesmiddeleninname	5
Waarom is het belangrijk om in te zetten op de aanpak van problemen met medicatie zelfmanagement?.....	6
Waarom werd de leidraad ontwikkeld?.....	6
DOEL	7
EINDGEBRUIKERS	7
BEOOGDE PATIENTENPOPULATIE	7
Waarom de focus op patiënten met polyfarmacie?	7
Waarom de focus op gehospitaliseerde patiënten?	8
METHODOLOGIE	9
STAP1: In kaart brengen van medicatie zelfmanagementproblemen	9
STAP2: Ontwikkeling leidraad	10
STAP3: Validatie leidraad	11
Selecteren en uitnodigen van experts.....	11
Datacollectie en -analyse	12
Patient involvement	13
PRAKTISCHE AANBEVELINGEN	14
1. Ophalen van de voorgeschreven medicatie in de apotheek	14
1.1. De patiënt ervaart mogelijk financiële moeilijkheden	14
1.2. De patiënt heeft geen, onvoldoende of te veel medicatievoorraad.....	14
2. Kennis en begrip van geneesmiddelen	15
2.1. De patiënt heeft een gebrek aan kennis van geneesmiddelen: naam, indicatie, dosis, toedieningstijdstip, toedieningswijze.....	15
2.2. De patiënt ervaart moeilijkheden bij het begrijpen van informatie en/of instructies m.b.t. geneesmiddelen	17
3. Praktisch organiseren en plannen van geneesmiddelinname	18
3.1. De patiënt ervaart moeilijkheden bij het voorbereiden van de geneesmiddelen(inname)	

3.2.	De patiënt ervaart moeilijkheden bij het lezen van etiketten, bijsluiters, informatie, instructies	19
3.3.	De patiënt ervaart moeilijkheden bij het instellen van een dagelijkse routine	20
3.4.	De patiënt ervaart moeilijkheden bij het correct bewaren van geneesmiddelen	21
4.	Geneesmiddeleninname	21
4.1.	De patiënt heeft slikproblemen	21
4.2.	Onjuist gebruik van geneesmiddelen door de patiënt.....	22
4.3.	De patiënt wil zijn/haar geneesmiddelen niet nemen	23
5.	Toezicht op gewenste en ongewenste effecten van geneesmiddelen	23
5.1.	De patiënt heeft een gebrek aan kennis over gewenste en ongewenste effecten (bijwerkingen en interacties) van geneesmiddelen	23
5.2.	De patiënt ervaart moeilijkheden bij het nemen van gepaste maatregelen in geval van optreden bijwerkingen	24
6.	Behoud van een correcte en veilige geneesmiddeleninname	24
6.1.	De patiënt zet de inname van zijn geneesmiddelen vroegtijdig stop	24
PROJECTGROEP	25
EXPERTPANEL	25
REFERENTIES	27
BIJLAGEN	33
	Bijlage A: Lijst medicatie zelfmanagementproblemen.....	33
	Bijlage B: Beliefs about medication questionnaire	35
	Bijlage C: Motiverende gesprekstechnieken	37

SITUERING VAN DE LEIDRAAD

Deze aanbevelingen werden ontwikkeld om zorgverleners te adviseren bij het ondersteunen van gehospitaliseerde volwassen patiënten met polyfarmacie in geval van problemen bij medicatie zelfmanagement. Echter, de adviezen kunnen ook een houvast bieden bij de ondersteuning van andere patiëntengroepen (zoals niet-gehospitaliseerde volwassenen of patiënten die minder dan 5 geneesmiddelen gebruiken). De adviezen werden opgesteld op basis van wetenschappelijk bewijs, praktijkervaringen en/of consensus door experts. Bij de implementatie van de adviezen dient rekening gehouden te worden met volgende aspecten:

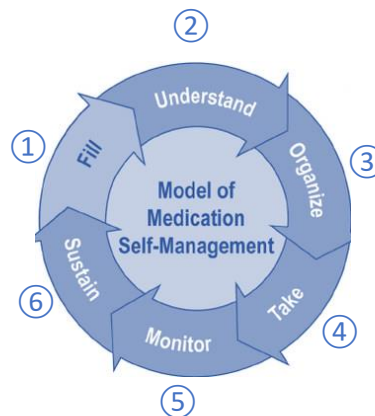
- Het ondersteunen van patiënten bij medicatie zelfmanagement vereist een **interdisciplinaire aanpak** waarin elke zorgverlener vanuit zijn eigen competentie kan bijdragen aan het verbeteren van medicatie zelfmanagement van de patiënt. De aanbevelingen kunnen met andere woorden toegepast worden door verschillende zorgverleners (bv. apothekers, artsen, verpleegkundigen), binnen hun expertisedomein en bij voorkeur na afstemming tussen de leden van elk zorgteam.
- Het ondersteunen van patiënten bij medicatie zelfmanagement vereist betrokkenheid van de patiënt (en/of mantelzorger) bij de zorg. De patiënt moet expliciet de mogelijkheid geboden worden om de zorgverlener op de hoogte te brengen van zelfmanagement problemen en van persoonlijke ervaringen en voorkeuren die een invloed hebben op het geneesmiddelengebruik. Voor het gezamenlijk nemen van beslissingen, beslissingen waar de patiënt achter staat, heeft de patiënt voldoende informatie nodig over de problemen die zich voordoen, de beslissingen die genomen moeten worden en de opties die er zijn.
- Het verstrekken van adviezen aan patiënten met betrekking tot hun medicatie (management) mag niet uitsluitend beperkt blijven tot het moment van ziekenhuisontslag. Patiënten moeten gedurende de ziekenhuisopname, maar ook na ontslag uit het ziekenhuis zoveel als nodig ondersteund worden in zelfmanagement.
- Het is niet de intentie om alle adviezen uit de leidraad voor elke patiënt systematisch te doorlopen. De leidraad is bedoeld als houvast voor zorgverleners om te interveniëren indien er indicaties zijn voor problemen met medicatie zelfmanagement. Patiënten opgenomen omwille van geneesmiddelen gerelateerde problemen (zoals medicatiefouten, therapieontrouw,...) kunnen als prioritair beschouwd worden.

INLEIDING/ACHTERGROND

Medicatie zelfmanagement

Medicatie zelfmanagement is een belangrijk onderdeel van optimaal medicatiebeheer, en wordt gezien als het vermogen van een individu om met de symptomen, behandeling, fysieke en psychosociale gevolgen van een chronische aandoening om te gaan en met de veranderingen in levensstijl die daarmee samenhangen¹. Zelfmanagement van medicatie omvat een reeks taken die personen succesvol moeten uitvoeren om hun voorgeschreven geneesmiddelen zelf te beheren. Voor adequaat zelfmanagement zijn kennis, vaardigheden, motivatie en gedragingen nodig om geneesmiddelen correct in te nemen en het correct gebruik ervan doorheen de tijd vol te houden zolang geïndiceerd.²

Het proces van zelfmanagement van medicatie is vertaald in een model van Bailey et al.². Zoals getoond in figuur 1 start het proces met het ophalen van de voorgeschreven medicatie in de apotheek. Tijdens de tweede stap moet de patiënt begrijpen en leren hoe geneesmiddelen op een veilige en correcte manier te gebruiken en dit vereist kennis van medicatie (bijvoorbeeld de naam van het geneesmiddel, de indicatie, de toedieningsweg, het toedieningstijdstip, et cetera). Het praktisch organiseren en plannen van geneesmiddeleninname is beschreven in de derde stap van het model. De vierde stap bestaat uit het daadwerkelijk innemen van de voorgeschreven geneesmiddelen. Tijdens stap vijf monitoren patiënten hun geneesmiddeleninname en evalueren zij mogelijke bijwerkingen, symptomen of gebruiksproblemen gerelateerd aan hun geneesmiddelen, om zo nodig actie te ondernemen. De zesde en laatste stap betreft het volhouden van een correcte medicatie-inname routine op een veilige en effectieve manier zo lang geïndiceerd of het weloverwogen stoppen van medicatie. Dit model impliceert dat problemen bij medicatie zelfmanagement direct gerelateerd zijn aan de therapietrouw van een patiënt.



Figuur 1: Medicatie zelfmanagement model (Bailey et al., 2013)

Onderzoek toont aan dat patiënten frequent problemen ervaren tijdens de verschillende fasen van het medicatie zelfmanagementproces.

Stap 1: ophalen van geneesmiddelen in de apotheek

Een systematisch literatuuronderzoek geeft aan dat één op zes patiënten (17%) niet al hun voorgeschreven medicatie ophalen bij de apotheek³. Ongeveer 29% van de patiënten in Nederland die van hun huisarts een geneesmiddel voorgeschreven kregen, haalde dit niet binnen zeven dagen op bij de apotheek⁴. Onderzoek bij patiënten met polyfarmacie (inname van ≥ 5 geneesmiddelen) in België toont dat bijna de helft van de patiënten (48%) na ontslag niet alle benodigde geneesmiddelen voorradig had. Verder had 31% niet de nodige voorschriften ter beschikking. Een beperkte groep patiënten wist niet met wie ze contact moesten opnemen voor een nieuw voorschrift of had niet de nodige middelen (o.a. vervoer, hulp,..) om geneesmiddelen te halen bij de apotheker⁵.

Stap 2: kennis en begrip van geneesmiddelen

Het vermogen om geneesmiddelen te benoemen en te identificeren, de indicatie te kennen en te begrijpen hoe geneesmiddelen uit het eigen geneesmiddelenschema moeten worden ingenomen, is noodzakelijk voor een veilig en effectief gebruik van medicatie en is daarom een fundamenteel onderdeel van medicatie zelfmanagement. Echter, patiënten kunnen problemen ervaren bij het begrijpen van geneesmiddeleninstructies en -informatie (etiketten, bijsluiters)⁶⁻⁹. Verder blijkt dat patiënten met complexe medicatieschema's moeite hebben met het benoemen van hun medicatie en de beoogde therapeutische doelstellingen¹⁰⁻¹². Onderzoek bij 95 thuiszorgpatiënten in Nederland toont dat ongeveer 40% zijn geneesmiddelen niet kon benoemen, zelfs niet met behulp van een medicatieoverzicht¹³. Een onderzoek in Vlaanderen toont dat 86% (n= 334) van de patiënten met polyfarmacie na ontslag uit het ziekenhuis minstens één tekortkoming in kennis ondervond (o.a. niet kennen van de geneesmiddelennaam, dosis, toedieningswijze,...)⁵. Uit een Spaans onderzoek bleek dat deelnemers het laagst scoorden op het gebied van medicatieveiligheid (voorzorgsmaatregelen, waarschuwingen, bijwerkingen, contra-indicaties, interacties)¹².

Stap 3: organiseren en plannen van geneesmiddeleninname

Patiënten blijken problemen te ervaren bij het organiseren van het juist en tijdig innemen van geneesmiddelen. Ook het integreren van geneesmiddeleninname in de dagelijkse routine loopt vaak fout en patiënten vergeten medicijnen op het juiste moment in te nemen¹⁴. Het dosisinterval blijkt hier cruciaal: hoe minder inname-momenten, hoe groter de kans op consequent en correct medicatiegebruik^{15,16}. Problemen met verpakkingen zoals het openen van kinderveilige verpakkingen en blisterverpakkingen die moeilijk kunnen worden ingedrukt of verwijderd, zijn gedocumenteerd in literatuur¹⁷⁻²². Ook ervaren patiënten problemen bij het correct bewaren van hun geneesmiddelen^{14,23,24}.

Stap 4: geneesmiddeleninname

De Wereldgezondheidsorganisatie stelt dat 50% van de patiënten met chronische aandoeningen hun geneesmiddelen niet innemen zoals voorgeschreven. Hoe meer geneesmiddelen patiënten moeten innemen, hoe complexer het medicatieschema dat ze moeten beheren en hoe complexer de toediening kan zijn waardoor de kans op medicatiefouten toeneemt²⁵. Een systematische literatuurstudie van Mira et al. (2015) toont aan dat de prevalentie van patiënten, die hun geneesmiddelen zelf beheren in de thuissituatie en minstens één medicatiefout maken, varieert van 12% tot 59%, oplopend tot 75% bij ouderen met een complex therapeutisch regime²⁶. Het nemen van een verkeerde dosis, verkeerd geneesmiddel, vergeetachtigheid of het bewust overslaan van geneesmiddeleninname zijn veelvoorkomende problemen^{5,26}.

Stap 5: toezicht op gewenste en ongewenste effecten van geneesmiddelen

Wanneer patiënten hun medicatie op de juiste wijze innemen, is monitoring van therapeutische en ongewenste effecten noodzakelijk. Dit vereist dat de patiënt kennis heeft van mogelijke bijwerkingen, risico's en waarschuwingen, en juist handelt bij symptomen of tekenen die verband houden met de inname van geneesmiddelen. Uit onderzoek blijkt echter dat patiënten beperkte kennis hebben van veelvoorkomende bijwerkingen, voorzorgsmaatregelen, contra-indicaties en interacties^{7,12}. Indien patiënten bijwerkingen ervaren, nemen ze niet altijd gepaste acties, stoppen (tijdelijk) hun medicatie inname of passen zelf hun geneesmiddelenregime aan⁵.

Stap 6: behoud van een correcte en veilige geneesmiddeleninname

De laatste stap voor effectief medicatie zelfmanagement is het volhouden van veilig en passend medicatiegebruik gedurende de hele duur van het voorschrift. Onderzoek toont aan dat patiënten na verloop van tijd het gebruik van hun geneesmiddelen verminderen of inname vroegtijdig stopzetten^{27,28}.

Waarom is het belangrijk om in te zetten op de aanpak van problemen met medicatie zelfmanagement?

Problemen bij medicatie zelfmanagement hebben een impact op **therapietrouw**. Therapietrouw wordt hierbij gedefinieerd als de mate waarin patiënten hun geneesmiddelen nemen zoals voorgeschreven²⁹. Therapieontrouw kan intentioneel of niet-intentioneel van aard zijn. Intentioneel impliceert dat de patiënt er bewust voor kiest de geneesmiddelentherapie niet te volgen^{30,31}. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld bewust kiezen hun geneesmiddelen niet te nemen omwille van het niet noodzakelijk achten van het geneesmiddel of het ervaren van bijwerkingen. Niet-intentionele terapietrouw duidt erop dat de patiënt de geneesmiddelentherapie wel wil volgen maar met praktische moeilijkheden geconfronteerd wordt^{30,31}. Zo kan een gebrek aan terapietrouw bijvoorbeeld het gevolg zijn van het vergeten innemen van geneesmiddelen, het niet kunnen openen van verpakkingen of het niet in staat zijn om de instructies voor geneesmiddeleninname te volgen³². Ongeveer 24% tot 40% van de patiënten neemt hun geneesmiddelen niet zoals voorgeschreven na ontslag uit het ziekenhuis^{5,33,34}. Therapieontrouw kan leiden tot slechtere gezondheidsresultaten (bv. toegenomen mortaliteit, verminderde levenskwaliteit, productiviteitsverlies), een hogere gezondheidszorgconsumptie en hogere uitgaven voor gezondheidszorg³⁵⁻⁴⁰.

Problemen met medicatiemanagement hebben naast een effect op terapietrouw ook een effect op het **veilig gebruik van geneesmiddelen** en kunnen leiden tot medicatiefouten schadelijk voor de patiënt. De prevalentie van medicatiefouten door patiënten thuis wordt geschat tussen de 12 en 59%. Bij ouderen met een complex therapeutisch regime loopt deze prevalentie op tot 75%. Onjuiste dosering, het door elkaar halen van geneesmiddelen, het niet kennen van indicaties, het innemen van geneesmiddelen waarvan de uiterste houdbaarheidsdatum is verstreken en het innemen van onjuist bewaarde geneesmiddelen blijken veelvoorkomende oorzaken van medicatiefouten²⁶. Medicatiefouten gaan gepaard met verminderde werking van geneesmiddelen en extra kosten²⁶.

Bovenstaande problemen die het gevolg zijn van het niet correct beheren van geneesmiddelen laten zien dat patiënten baat kunnen hebben bij de ondersteuning van medicatie zelfmanagement door zorgverleners.

Waarom werd de leidraad ontwikkeld?

Voorgaande paragrafen benadrukken dat patiënten frequent problemen kunnen ervaren tijdens de verschillende fasen van het medicatie zelfmanagement proces. Daarom is het van cruciaal belang medicatie zelfmanagementproblemen op te sporen en aan te pakken vóór ontslag uit het ziekenhuis, om medicatie gerelateerde problemen na ontslag te voorkomen en zo terapietrouw en veilig medicatiegebruik thuis te bevorderen⁴¹. Zorgverleners en patiënten wijzen op het belang van ondersteunende maatregelen om het zelfmanagement van medicatie te ondersteunen⁴². Het trainen en ondersteunen van patiënten in het zelfmanagement van hun geneesmiddelen, als een partner in de zorg, is aangewezen opdat patiënten zich klaar voelen om het beheer van de eigen geneesmiddelen op te nemen na ontslag met maximale therapeutische effecten en minimale nevenwerkingen.

Echter, de voorbereiding in het ziekenhuis en de ondersteuning bij medicatie zelfmanagement en aanverwante problemen blijkt ontoereikend te zijn⁵. In de meeste studies met betrekking tot medicatie zelfmanagement wordt educatie over medicatiegebruik op een niet-gestructureerde manier gegeven⁴³⁻⁴⁸. Ondersteunende tools voor zorgverleners om patiënten te begeleiden bij problemen met medicatie zelfmanagement zijn niet voor handen.

DOEL

Deze leidraad met aanbevelingen heeft als doel zorgverleners een kader te bieden om volwassen patiënten met polyfarmacie te ondersteunen bij medicatie zelfmanagementproblemen. Hierbij kan het gaan om:

- medicatie zelfmanagementproblemen die patiënten ondervinden in de thuissituatie vóór opname in het ziekenhuis,
- medicatie zelfmanagementproblemen die gedetecteerd worden tijdens ziekenhuisopname door patiënt en/of zorgverlener,
- medicatie zelfmanagementproblemen die patiënten verwachten te ervaren na ontslag.

EINDGEBRUIKERS

De aanbevelingen zijn bedoeld voor gebruik door alle zorgverleners die betrokken zijn bij het medicatie management van gehospitaliseerde volwassenen (18+) met polyfarmacie.

BEOOGDE PATIENTENPOPULATIE

De aanbevelingen zijn van toepassing op gehospitaliseerde volwassenen (18+) met polyfarmacie (5 of meer geneesmiddelen⁴⁹) die hun geneesmiddelen geheel of gedeeltelijk zelf beheren na ontslag.

- Geheel zelfstandig beheren van geneesmiddelen betekent dat patiënten hun geneesmiddelen zelf ophalen, bewaren, voorbereiden, klaarzetten en innemen.
- Gedeeltelijk zelfstandig beheren van geneesmiddelen betekent dat bepaalde taken in het medicatie zelfmanagementproces (bijvoorbeeld ophalen van geneesmiddelen, klaarzetten van geneesmiddelen,...) door een (in)formele zorgverlener gebeuren, maar dat een patiënt andere taken zelfstandig uitvoert (bijvoorbeeld innemen van geneesmiddelen,...). Indien patiënten hun medicatie samen met een informele zorgverlener of mantelzorger beheren, moet de mantelzorger betrokken worden.

Waarom de focus op patiënten met polyfarmacie?

In Europa wordt de prevalentie van polyfarmacie bij 65-plussers geschat op 32.1%⁵⁰. In 2015 bedroeg de algehele prevalentie van polyfarmacie 20% in België. Bij vrouwen varieerde deze prevalentie van 11.2% in de leeftijdscategorie 0-24 jaar tot 49.5% bij vrouwen van 75 jaar en ouder; bij mannen liepen de percentages uiteen van 8.3% in de leeftijdscategorie 0-24 jaar tot 50.9% bij 75-plussers⁵¹. De prevalentie van patiënten die tien of meer geneesmiddelen innemen (excessieve polyfarmacie) bedroeg 16.1%⁵².

Polyfarmacie is vaak klinisch geïndiceerd bij specifieke aandoeningen (bijv. diabetes mellitus, hypertensie,...) en specifieke patiëntenpopulaties (bijv. patiënten met multimorbiditeit). ‘Passende polyfarmacie’ erkent dat patiënten baat kunnen hebben bij inname van meerdere geneesmiddelen, op voorwaarde dat het voorschrijven ervan op bewijs gebaseerd is en de klinische toestand van de patiënt, comorbiditeiten en mogelijke geneesmiddelinteracties overwogen worden⁵⁵. Desondanks lopen patiënten met polyfarmacie een verhoogd risico op problemen met medicatie zelfmanagement omwille van het groter aantal voorgeschreven geneesmiddelen en de complexere medicatieregimes die moeilijker te begrijpen en te beheren zijn⁵⁶.

Waarom de focus op gehospitaliseerde patiënten?

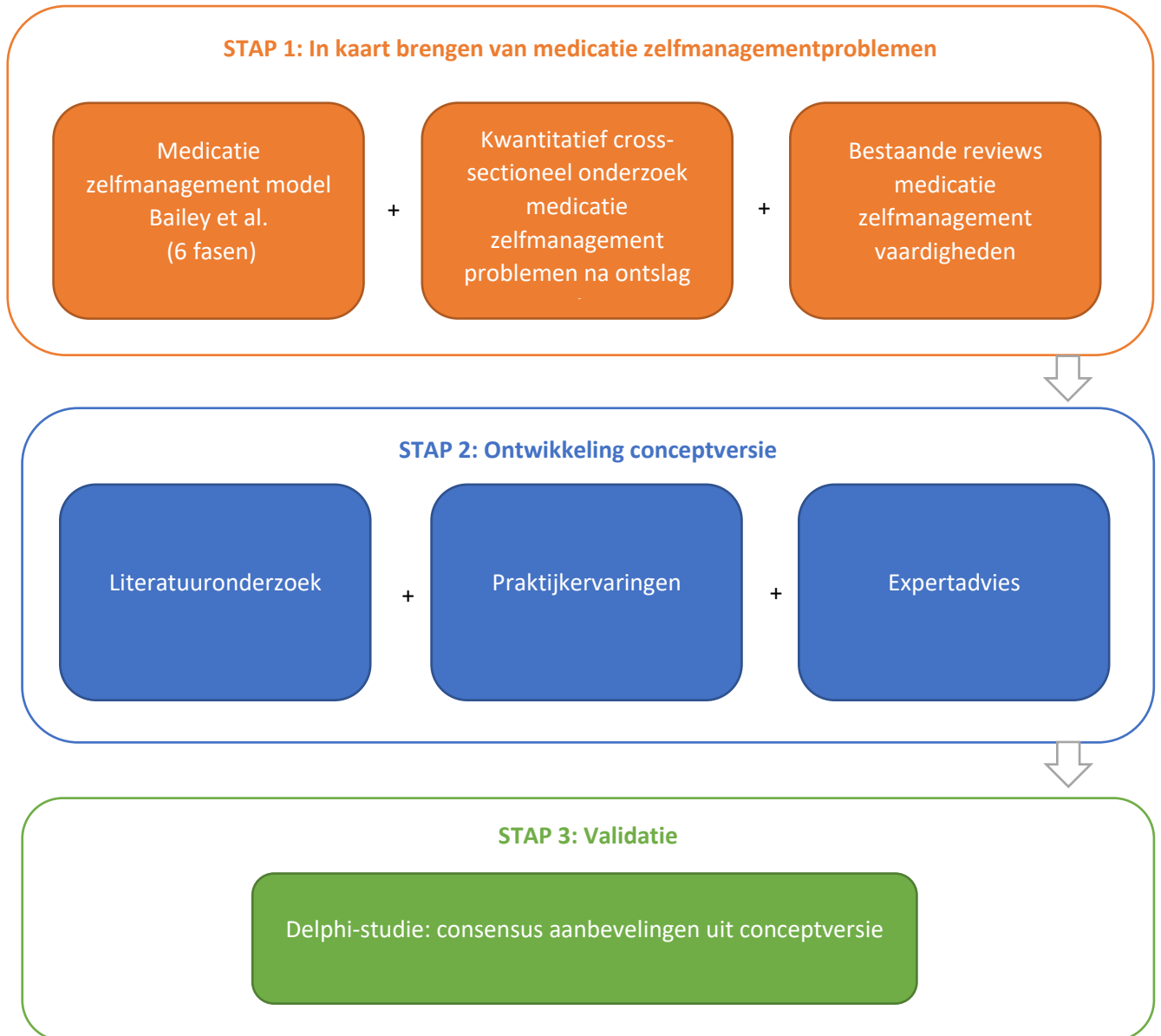
Onderzoek heeft aangetoond dat de overgang van het ziekenhuis naar de thuissituatie een kritieke periode is voor de patiëntveiligheid welke vaak resulteert in geneesmiddel-gerelateerde problemen na ontslag^{35,57}. De prevalentie van dergelijke geneesmiddel-gerelateerde problemen na ontslag varieert hierbij van 14-49%^{58,59} en een aantal factoren dragen hiertoe bij. Zo zijn zorgverleners tijdens ziekenhuisopname verantwoordelijk voor het dagelijkse beheer en toediening van geneesmiddelen, terwijl patiënten hun geneesmiddelen na ontslag zelf moeten beheren, vaak zonder adequate voorbereiding^{35,60,61}. Kwetsbare patiënten, zoals patiënten die een veelheid aan medicatie voorgeschreven krijgen, lopen een verhoogd risico op onjuist medicatiegebruik na ontslag, vooral als zij geen ondersteuning en begeleiding krijgen⁶². Tijdens ziekenhuisopname kunnen verschillende wijzigingen in het medicatieschema van de patiënt zijn aangebracht^{63,64}. Instructies die veranderingen in het medicatieschema beschrijven, worden niet altijd expliciet en adequaat gecommuniceerd aan patiënten^{60,62,65}. Na ontslag kan 54 tot 82% van de patiënten niet benoemen welke medicatie gewijzigd is gedurende de opname en 55% gebruikt de medicatie thuis niet zoals initieel bedoeld bij ontslag⁶⁶⁻⁶⁸.

Nota: De leidraad werd ontwikkeld met focus op gehospitaliseerde volwassenen met polyfarmacie. Echter, de aanbevelingen kunnen ook een houvast bieden voor andere patiëntengroepen (zoals niet-gehospitaliseerde volwassenen of patiënten die minder dan 5 geneesmiddelen gebruiken).

METHODOLOGIE

Zoals getoond in figuur 2, verliep de ontwikkeling en evaluatie van de aanbevelingen voor zorgverleners ter ondersteuning van medicatie zelfmanagementproblemen in verschillende fasen.

Figuur 2: Stappenplan methodologie



STAP1: In kaart brengen van medicatie zelfmanagementproblemen

Op basis van literatuur werd een lijst met medicatie zelfmanagementproblemen opgesteld (bijlage A). Hiervoor werd vertrokken vanuit het medicatie zelfmanagement model van Bailey et al. dat het medicatie zelfmanagement proces en gerelateerde problemen opdeelt in zes fasen². Vervolgens werd de inhoud van dit model vergeleken en aangevuld met de resultaten uit een recent uitgevoerd kwantitatief cross-sectioneel onderzoek naar medicatie management problemen bij patiënten met polyfarmacie na ontslag uit het ziekenhuis⁵. Als laatste werden gevalideerde instrumenten voor het beoordelen van medicatie managementvaardigheden geconsulteerd⁶⁹⁻⁷². Problemen in de benodigde vaardigheden kunnen hierbij opgevat worden als medicatie zelfmanagementproblemen.

STAP2: Ontwikkeling leidraad

Op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaringen werd een conceptversie met aanbevelingen uitgewerkt. In een eerste fase werd gezocht naar richtlijnen rond medicatie management in de volgende databanken: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines, Guideline International Network, SIGN guidelines, NHG-richtlijnen, Richtlijnen-database (NL), Clinical Practice guidelines (CPG), Ebpracticenet en Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE). Combinaties van volgende zoektermen werden gehanteerd: 'medicines', 'medication', 'medicatie', 'geneesmiddelen', 'geneesmiddelentherapie', 'medication management', 'medicines management', 'medicatie management', 'self-management', 'zelfmanagement', 'polypharmacy', 'polymedication', 'polyfarmacie', 'compliance', 'adherence', 'therapietrouw'.

In een tweede fase werd PubMed doorzocht naar bestaande literatuuroverzichten en richtlijnen met focus op medicatie zelfmanagement en gerelateerde problemen. Hiervoor werden verschillende combinaties van volgende zoektermen gebruikt:

Concept	Zoektermen
Polyfarmacie/medicatie	'polypharmacy[MeSH]', 'polypharmacy', 'polymedication', 'multiple drug therapy', 'multidrug therapy', 'multidrug regimen', 'multiple medication', 'multiple drug*', 'medication', 'medicine*', 'drug*'
Zelfmanagement	'self manag*', 'self-management', 'self-management[Mesh]', 'self-management support'
Ophalen van voorgeschreven medicatie in de apotheek	'obtain', 'purchase', 'access*', 'prescription'
Kennis en begrip van geneesmiddelen	'medication knowledge', 'drug knowledge', Patient Medication Knowledge[Mesh], 'Patient drug knowledge', 'knowledge', 'comprehension', comprehension[Mesh], 'dosage', 'dose', 'administration route', 'indication', 'readability', 'comprehension', 'labels', 'information', 'instruction',
Geneesmiddeleninname	'dysphagia', 'presbyphagia', 'swallowing problems', 'swallowing difficulties', 'swallowing disorder', deglutition disorders[MeSH]
Toezicht op gewenste en ongewenste effecten	'adverse effect*', Drug-related side effects and adverse effects[MeSH], 'therapeutic effect', 'precaution', 'side effect', 'contraindication*', 'contra-indication*', contraindications[MeSH], 'interaction', Drug Interactions[MeSH], 'warning*', 'monitoring'
Behoud van correcte geneesmiddeleninname	'persistence', 'medication persistence', 'medication adherence[MeSH]', 'medication adherence', 'drug adherence', 'medication compliance', 'Medication Nonadherence', 'Medication Non-Adherence', 'Medication Non Adherence', 'Medication Noncompliance', 'Medication Non-Compliance', 'Medication Non Compliance'
Populatie	'patient*', 'client*', 'consumer*', 'adult', adult[MeSH]
Filters	Artikel type: Systematic review, Review, Guideline Taal: Engels, Frans, Nederlands

De gevonden zoekresultaten werden gescreend op basis van titel en abstract. Richtlijnen en literatuuroverzichten gepubliceerd in het Engels, Frans of Nederlands kwamen in aanmerking. Om geïnccludeerd te worden, moest het abstract duidelijk rapporteren over aanbevelingen en/of interventies ter verbetering van medicatie management van volwassen patiënten in het ziekenhuis of de eerstelijnszorg. Nadien werd de volledige tekst van de artikels doorgenomen. De effectiviteit van interventies ter ondersteuning van zelfmanagement werd zelden geëvalueerd. De enkele onderzoeken die bestaan zijn meestal geen goed ontworpen klinische onderzoeken. Deze leidraad geeft daarom

geen beoordeling van de effectiviteit of van de betrouwbaarheid van het advies weer. De leidraad geeft een overzicht van de beschreven interventies, inclusief de referenties naar de bronnen.

In een derde fase werd de gevonden informatie aangevuld met informatie uit grijze literatuur. Hiervoor werd gezocht naar informatie op websites van ziekenhuizen, zorginstellingen en websites bedoeld voor zorgverleners (o.a. FAGG, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Zorg voor Beter).

STAP3: Validatie leidraad

Een Delphi-studie werd uitgevoerd om consensus te bereiken over de geformuleerde aanbevelingen voor zorgverleners om patiënten te ondersteunen bij medicatie zelfmanagementproblemen. Experts werden gevraagd om de relevantie en helderheid van de aanbevelingen te beoordelen op een schaal van 1 tot 4, waarbij 1= helemaal niet relevant/duidelijk en 4= zeer relevant/duidelijk. De mogelijkheid werd voorzien om wijzigingen in de oorspronkelijke aanbevelingen voor te stellen of nieuwe aanbevelingen toe te voegen op basis van praktijkervaringen en expertise. Voor de beoordeling van de leidraad met aanbevelingen werd een beoordelingsformulier uitgewerkt. Dit formulier werd door de projectgroep geëvalueerd en bijgestuurd.

Selecteren en uitnodigen van experts

Experts werden geselecteerd door middel van een doelgerichte steekproef. De deelnemers moesten aan de volgende selectiecriteria voldoen:

1. Behoren tot één van de volgende beroepsgroepen: verpleegkundigen, artsen of apothekers
EN
2. Werkzaam zijn in België of Nederland
EN
3. Een gevestigd (inter)nationaal profiel hebben op gebied van medicatie management/patiënten met polyfarmacie, erkend door wetenschappelijke publicaties, beleidsrapporten en/of uitgebreide deelname aan gespecialiseerde themaconferenties, bijeenkomsten of belangengroepen;
OF
Betrokken zijn bij medicatie management van patiënten met polyfarmacie in de dagelijkse praktijk, als stakeholders die de leidraad zouden gebruiken in de dagelijkse praktijk
EN
4. Een goede Nederlandse taalvaardigheid hebben om de enquêtes in te vullen.

De grootte van de groep deskundigen nodig voor deelname aan het Delphi-onderzoek was niet afhankelijk van statistische power, aangezien de representativiteit in dergelijke onderzoeken wordt beoordeeld op basis van de kwaliteit van de steekproef in plaats van de grootte ervan⁷³. Elk lid van de projectgroep deed suggesties voor experts die werden opgenomen in het expertpanel. Feedback en overeenstemming over de lijst van experts werd bekomen tussen de projectleden. Bij de keuze van de experts werd gestreefd naar een evenwichtige vertegenwoordiging van alle beroepsgroepen, settings (academisch vs. klinische praktijk) en landen (België-Nederland). De leden van de projectgroep kregen eveneens de mogelijkheid om deel te nemen als expert in het Delphi-onderzoek.

Experts werden uitgenodigd via mail voor deelname aan het onderzoek. Ze ontvingen hierbij de nodige informatie over opzet, doelstelling en uitvoering van het onderzoek. Indien er na twee weken geen reactie werd verkregen, werd een herinneringsmail uitgestuurd. Nadien ontving elke expert, die instemde met deelname, een uitnodiging voor een feedbackronde met een reactietermijn van vier weken na de uitnodigingsdag. Elke ronde werd gevolgd door een periode voor het samenvatten en analyseren van de antwoorden en het integreren van de resultaten in de volgende Delphi-ronde. Nadien werd opnieuw een uitnodiging verstuurd naar alle experts uit de voorgaande ronde voor een volgende feedbackronde.

Datacollectie en -analyse

Experts werden in eerste instantie gevraagd informatie te verstrekken over hun demografische gegevens, professionele achtergrond en specifieke expertisegebieden voor beschrijvende doeleinden en om hun geschiktheid in de eerste enquêteronde te bevestigen.

De eerste vragenronde bestond uit:

- Het geven van een score voor relevantie en duidelijkheid voor elk item uit de leidraad
- Het geven van een score voor gebruiksvriendelijkheid en haalbaarheid van de huidige vormgeving van de leidraad
- Het formuleren van opmerkingen of suggesties (optioneel)
- Het formuleren van nieuwe aanbevelingen (optioneel)

De resultaten uit deze ronde werden beschrijvend gerapporteerd aan de deelnemers in de volgende ronde door middel van percentages en frequentieverdelingen. Het behouden of verwijderen van items in de volgende vragenronde werd geleid door enkele beslissingsregels. Consensus voor relevantie werd gedefinieerd als $\geq 80\%$ van de experts in de steekproef een aanbeveling een score van 3 of meer geven. Het item bleef dan behouden. Indien $\geq 80\%$ van de respondenten een aanbeveling een score van 2 of minder gaf, dan werd de aanbeveling verwijderd uit de itemlijst.

Indien $\geq 80\%$ van de respondenten een score van 2 of minder gaven voor duidelijkheid van bewoording, leidde dit vervolgens tot fine-tuning van de bewoording van de respectievelijke aanbevelingen die in de lijst werden opgenomen. De opmerkingen van de experts werden dan gebruikt om de formulering van elke corresponderende aanbeveling te wijzigen. De geherformuleerde items werden opnieuw voorgelegd aan de experts in de volgende vragenronde.

Indien $\geq 80\%$ van de respondenten een score van 3 of meer gaf voor duidelijkheid van bewoording, leidde dit tot acceptatie van het item. Op basis van de opmerkingen/suggesties van experts konden in geaccepteerde items alsnog wijzigingen doorgevoerd worden om de duidelijkheid van de formulering te vergroten.

- Indien de opmerkingen/suggesties leiden tot niet-fundamentele wijzigingen (bijvoorbeeld aanpassing in zinsbouw, toevoeging leesteken,...), dan werd het item geaccepteerd mét wijzigingen en niet opnieuw voorgelegd in de volgende vragenronde. Experts kregen wel de mogelijkheid om desgewenst bijkomende opmerkingen te formuleren in verband met deze wijzigingen.
- Indien opmerkingen/suggesties leiden tot fundamentele wijzigingen van het item ondanks acceptatie van het item, dan werd het item opnieuw voorgelegd aan experts in de volgende vragenronde.

De tweede vragenronde bestond uit een aangepaste itemlijst inclusief de scores van de initiële items en nieuwe items uit de eerste ronde. Experts werden uitgenodigd om:

- Hun mening te herzien door het geven van nieuwe scores voor relevantie en duidelijkheid en het geven van opmerkingen voor items die in de eerste ronde geen consensus over relevantie hebben bereikt
- Een score te geven voor relevantie en duidelijkheid voor elk *nieuw* item
- Opmerkingen of suggesties te formuleren (optioneel)

De derde ronde bestond uit het presenteren van geconsolideerde feedback voor alle items waarvoor in eerdere rondes geen consensus over relevantie werd bereikt, waarbij experts de kans krijgen om hun mening dienovereenkomstig te herzien met:

- Nieuwe relevantie- en duidelijkheidsscores voor de overgebleven items

- Het formuleren van opmerkingen en suggesties (optioneel)

De Delphi-rondes werden gestopt zodra er over 80% van de aanbevelingen op de lijst consensus werd bereikt over relevantie. Deze regel werd toegepast vanaf de eerste ronde indien er geen nieuwe aanbevelingen werden voorgesteld of vanaf de tweede ronde nadat de experts scores hadden gegeven voor voorgestelde nieuwe aanbevelingen. Er werden maximaal drie vragenrondes georganiseerd. Indien er na drie rondes geen consensus werd bereikt over bepaalde aanbevelingen, werden deze aanbevelingen niet verder opgenomen in de leidraad.

Patient involvement

Gelijktijdig met de tweede Delphi-ronde werd de leidraad met aanbevelingen voorgelegd aan een divers panel van patiënten met polyfarmacie (o.a. verschillende leeftijden, verschillende opleidingsniveaus, verschillende types chronische aandoeningen). Het patiëntenpanel werd gevraagd om éénmalig feedback te formuleren op de leidraad. Via een vragenlijst werden in eerste instantie een aantal socio-demografische gegevens bevraagd (geslacht, leeftijd, diploma, aantal te nemen geneesmiddelen, medicatiebeheer in de thuissituatie). Deze gegevens werden gebruikt om de steekproefkarakteristieken te beschrijven en de geschiktheid van patiënten voor deelname in deze studie te bevestigen. Daarnaast werd er aan de hand van stellingen gepeild naar wat patiënten algemeen van (de adviezen uit) de leidraad vinden. Patiënten werden gevraagd om in de leidraad te markeren welke adviezen ze zinvol (groene markering) en welke adviezen ze niet zinvol vinden (rode markering). Indien patiënten geen mening hadden over een bepaald advies, moesten ze het advies blanco (ongemarkeerd) laten. Via open vragen werd bevraagd welke adviezen uit de leidraad patiënten mogelijks niet zinvol vinden en de redenen hiervoor. Nadien werd gepeild naar adviezen met betrekking tot het beheren van medicatie in de thuissituatie die volgens patiënten momenteel ontbreken in de leidraad. Bovendien werd er ruimte voorzien voor aanvullende opmerkingen van patiënten over de leidraad. Als laatste werd gepeild naar de mate waarin patiënten het moeilijk vonden om de adviezen te begrijpen.


De opmerkingen (o.a. redenen voor het niet zinvol vinden van bepaalde adviezen) en suggesties (o.a. nieuwe adviezen) van patiënten werden samengevat verwerkt in een narratief rapport en teruggekoppeld naar het expertpanel van zorgverleners gedurende de derde Delphi-ronde. Indien $\leq 70\%$ van de patiënten een advies (niet) zinvol vond, werd aan het expertpanel van zorgverleners gevraagd om de relevantie van het advies te herevalueren gedurende de derde Delphi-ronde.

PRAKTISCHE AANBEVELINGEN

Nota: aanbevelingen geformuleerd op basis van klinische praktijkervaring worden aangeduid met de letters **ExpB** (experience-based).

1. Ophalen van de voorgeschreven medicatie in de apotheek

1.1. De patiënt ervaart mogelijk financiële moeilijkheden

- 1.1.1. Indien er een vermoeden is van, of aanwijzingen zijn voor financiële moeilijkheden, of indien er mogelijkheden zijn om de kostprijs van de geneesmiddelen te reduceren, vraag dan na in hoeverre de patiënt geïnteresseerd is in adviezen over het financiële aspect van zijn/haar geneesmiddelen en de aanpak bij eventuele financiële moeilijkheden om geneesmiddelen aan te kopen.
- Indien geen interesse in adviezen over het financiële aspect van medicatie, moet geen verdere actie ondernomen worden.
 - Bij interesse: zie onderstaande adviezen.
- 1.1.2. Informeer de patiënt dat geneesmiddelen op voorschrift onderworpen zijn aan remgeld (d.w.z. dat een patiënt een persoonlijk aandeel betaalt). Verwijs de patiënt door naar de sociale dienst van het ziekenhuis, de huisapotheker of de mutualiteit voor begeleiding bij en advies over terugbetalingsregelingen, verhoogde tegemoetkomingen of aanvullende verzekeringen waarbij de patiënt minder remgeld moet betalen (**ExpB**). Informatie over de terugbetaling van geneesmiddelen is terug te vinden op de website van het [Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering](#), of op de website van het [Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie \(BCFI\)](#).
- 1.1.3. Bekijk of de patiënt de goedkoopste variant van geneesmiddelen neemt vanuit het oogpunt van de persoonlijke bijdrage van de patiënt ⁷⁴.
- Via de online zoekmotor ‘[Goedkoopste geneesmiddelen](#)’ van het RIZIV kan voor elke stofnaam nagegaan worden welke specialiteiten tot de groep van de ‘goedkoopste’ geneesmiddelen behoren ^{75,76}.
 - In de applicatie of op de website van het [Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie](#) (BCFI) zijn in het repertorium de ‘goedkope geneesmiddelen’ aangeduid met het symbool  ⁷⁶.

1.2. De patiënt heeft geen, onvoldoende of te veel medicatievoorraad

Het is mogelijk dat patiënten de benodigde medicatie niet in huis hebben omwille van gebrek aan vervolgvoorschriften of moeilijkheden ervaren met het ophalen van geneesmiddelen bij de apotheker⁵. Ook is het mogelijk dat patiënten na ziekenhuisopname dubbelmedicatie in huis hebben (medicatie van voor de ziekenhuisopname en medicatie meegegeven door het ziekenhuis). Patiënten gebruiken onnodig beide geneesmiddelen op hetzelfde moment omdat ze niet weten dat het gelijke geneesmiddelen zijn door verschil in naam of uiterlijk van geneesmiddelen.

- 1.2.1. Voorzie bij ontslag voor maximaal 3 dagen medicatievoorraad om de periode tussen ziekenhuisontslag en bezoek aan de openbare apotheek te overbruggen ^{78,79}.
- Informeer de patiënt over voor hoeveel dagen medicatie werd meegegeven ^{78,79}

- Adviseer de patiënt om medicatie die nog thuis ligt gedurende deze periode niet te nemen om dubbele inname te voorkomen (**ExpB**).
- Soms wordt in het ziekenhuis een geneesmiddel van een ander merk gebruikt dan thuis. Indien van toepassing, geef aan met welke thuismedicatie het eventuele formulariumproduct uit het ziekenhuis overeenstemt⁷⁸.
- Informeer de patiënt over welke geneesmiddelen reeds werden toegediend op de dag van ontslag om dubbele inname te voorkomen⁷⁸.
- Zorg dat de nodige voorschriften elektronisch verstuurd werden bij ontslag, zeker in geval van nieuw gestarte geneesmiddelen (**ExpB**).

Nota:

- *Indien een poliklinische apotheek in het ziekenhuis aanwezig, kan de patiënt daar onmiddellijk zijn ontslagmedicatie ophalen en hoeft in principe geen medicatievoorraad meegegeven te worden.*
- *Bij doorgebruik van thuismedicatie tijdens ziekenhuisopname en in geval van levering van thuismedicatie tijdens opname bij de start van nieuwe geneesmiddelen is deze aanbeveling niet van toepassing.*

- 1.2.2. Adviseer de patiënt op een kalender, in een agenda of via een applicatie met reminders bij te houden wanneer herhaalmedicatie of herhaalvoorschriften nodig zijn⁸⁰. Adviseer de patiënt om bij het ontbreken van de nodige voorschriften tijdig telefonisch contact te nemen met de arts of een consult in te plannen. De arts kan dan een elektronisch voorschrift versturen op naam van de patiënt dat de patiënt kan ophalen in de apotheek (**ExpB**).
- 1.2.3. Schat het vermogen van de patiënt om geneesmiddelen te verkrijgen in door na te vragen hoe en waar de patiënt nieuwe voorschriften en/of geneesmiddelen haalt⁸¹. Als de patiënt moeilijkheden ervaart met het verkrijgen of afhalen van geneesmiddelen, moeten mogelijkheden zoals thuislevering van geneesmiddelen door de apotheek of het organiseren van hulp bij het ophalen van geneesmiddelen door mantelzorgers of familieleden in samenspraak met de patiënt overwogen worden en indien wenselijk geregeld worden⁸¹.

2. Kennis en begrip van geneesmiddelen

2.1. De patiënt heeft een gebrek aan kennis van geneesmiddelen: naam, indicatie, dosis, toedieningstijdstip, toedieningswijze

- 2.1.1. Evalueer gedurende de ziekenhuisopname wat de patiënt al weet met betrekking tot zijn medicatie^{74,78}.
- Vraag de patiënt om voor elk geneesmiddel de volgende elementen te benoemen: naam van het geneesmiddel, waarom het geneesmiddel genomen moet worden (indicatie), de toedieningswijze, de hoeveelheid, de dosis en het dosisinterval.
 - Het belangrijkste is dat de patiënt de indicatie van het geneesmiddel kent. De andere elementen moeten vermeld staan op het medicatieschema (zie 2.1.2), dat de patiënt moet begrijpen.
 - Wanneer blijkt dat een patiënt onvoldoende kennis heeft over een bepaald geneesmiddel, kan specifieke geneesmiddeleninformatie gegeven worden. Voor ouderen met cognitieve problemen is het raadzaam een mantelzorger te betrekken bij het verstrekken van geneesmiddeleninformatie.

- 2.1.2. Voorzie de patiënt van een up-to-date medicatieschema bij ontslag en vermeld de volgende informatie voor alle huidige geneesmiddelen^{78,79,82,83}:
- Naam inclusief dosis, dosiseenheid en formulering
 - Indicatie
 - Doseerfrequentie (per dag, per week, per maand)
 - Toedieningstijdstip (+inname met voedsel of nuchter vermelden)
 - Hoeveelheid + eenheid per toediening
 - Toedieningsweg
 - Vermeld stopdatum voor geneesmiddelen met een vaste duurtijd (vb. pijnmedicatie)

Gebruik het medicatieschema als leidraad bij het informeren van de patiënt over zijn/haar geneesmiddelen. Dit schema moet duidelijk zijn en enkel termen vermelden die de patiënt begrijpt. Leg de patiënt uit hoe het schema toe te passen.^{78,83}

Leg alle medicatiewijzigingen uit die tijdens het ziekenhuisverblijf hebben plaatsgevonden (wat is gestopt, gestart of gewijzigd) en de onderliggende reden(en)^{78,79,82}.

- Stel in samenspraak met de arts een farmaceutische ontslagbrief op en/of duid, indien mogelijk, met kleuren visueel aan wat er nieuw is en wat er gewijzigd is op het medicatieschema⁷⁸. Een 'nieuw' geneesmiddel wordt hierbij gedefinieerd als elk geneesmiddel dat de patiënt niet gebruikte op moment van opname of elk geneesmiddel dat de patiënt gebruikte op het moment van opname maar waarvan de formulering, dosis, frequentie of toedieningsweg gewijzigd is⁷⁹.
- Noteer alle gestopte geneesmiddelen^{78,79,82}: som deze niet op in het medicatieschema zelf, maar apart om verwarring te vermijden.

Bespreek onderstaande items voor alle nieuw gestarte geneesmiddelen en voor alle geneesmiddelen waarvoor bijkomende informatie aangewezen is (bv. Hoog Risico Medicatie, geneesmiddelen die betrokken waren bij de reden van opname)⁷⁸:

- Geef informatie over de indicatie (waarom een geneesmiddel genomen moet worden)⁷⁸.
- Geef informatie over de dosis en het dosisinterval (per dag, per week), samen met de hoeveelheid + eenheid per toediening, toedieningstijdstip en toedieningsweg⁷⁸.

- 2.1.3. Controleer of de patiënt het medicatieschema en/of de geneesmiddelen-gerelateerde informatie heeft begrepen, duidelijk en volledig vindt^{86,90}.

- Maak gebruik van de 'teach back' methode^{74,78,85-87}: vraag de patiënt om in eigen woorden te herhalen wat er uitgelegd werd met betrekking tot zijn/haar medicatie(schema).
- Vraag de patiënt eventueel een specifieke vraag te beantwoorden met behulp van het medicatieschema (bijvoorbeeld 'Wanneer moet je geneesmiddel X innemen?'). Op die manier kunnen eventuele problemen worden opgespoord bij het lezen en interpreteren van het schema.
- Ga na of er informatie ontbreekt volgens de patiënt.
- Ga na of de patiënt bijkomende vragen heeft en/of er iets is dat nog eens herhaald of uitgelegd moet worden.

- 2.1.4. Er moet ingezet worden op de implementatie van een operationeel elektronisch gezondheidsplatform waarop minstens een actueel medicatieschema toegankelijk is voor alle zorgverleners, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. In afwachting hiervan wordt geadviseerd een medicatieschema bij ontslag mee te geven met de patiënt/mantelzorger. Leg uit dat dit medicatieschema getoond moet worden aan alle zorgverleners die hierover geïnformeerd moeten worden (huisarts, huisapotheker, thuisverpleegkundige ...) en moedig de patiënt/mantelzorger aan om altijd een up-to-date medicatieschema bij zich te hebben bij contact met een zorgverlener. Als een zorgverlener iets wijzigt aan het medicatieschema, moet de zorgverlener de patiënt voorzien van een aangepast actueel schema.
- 2.1.5. Informeer de patiënt dat hij/zij het recht heeft om een 'huisapotheker' te kiezen. Dit wil zeggen dat de patiënt een openbaar apotheker als referentieapothek aanduidt. De voornaamste taak van een huisapotheker bestaat uit het begeleiden en continu opvolgen van de medicamenteuze behandeling van de patiënt. De huisapotheker kan o.a. het medicatieschema up-to-date houden en het toegankelijk maken voor andere zorgverleners met wie de patiënt een therapeutische relatie heeft. Adviseer de patiënt om hier met zijn openbaar apotheker in gesprek over te gaan.⁸⁸

2.2. De patiënt ervaart moeilijkheden bij het begrijpen van informatie en/of instructies m.b.t. geneesmiddelen

- 2.2.1. Bepaal de meest effectieve manier om met elke patiënt te communiceren en overweeg, indien nodig, manieren om informatie meer toegankelijk en begrijpelijk te maken^{74,85}.
- Stem de manier van communiceren af op de behoefte van de patiënt: vraag wat de patiënt nodig heeft.
 - Ga na of de patiënt kan lezen alvorens schriftelijke geneesmiddeleninstructies te verstrekken.
 - Combineer indien mogelijk schriftelijke en mondelinge geneesmiddeleninstructies met visuele elementen zoals pictogrammen of afbeeldingen⁸⁹⁻⁹², audio- of videomateriaal^{74,85,92}. Pictogrammen kunnen geprint worden via '[bijksluiterinbeeld.nl](https://www.kijksluiter.nl/)'. Stichting kijksluiter biedt informatie aan via animatievideo's en iconen (<https://www.kijksluiter.nl/>).
 - Geef indien mogelijk instructies of instructievideo's in de moedertaal van de patiënt en schakel indien mogelijk een tolk in^{74,85}. Apotheek.nl biedt instructievideo's rond het juist gebruik van geneesmiddelen aan in het Nederlands, Engels, Turks en Arabisch (<https://www.apotheek.nl/videos>).
 - Voor ouderen met cognitieve problemen moet een mantelzorger worden betrokken bij het verstrekken van geneesmiddeleninformatie.
- 2.2.2. Geneesmiddeleninstructies moeten kort, duidelijk en concreet zijn. Vermijd medisch jargon (bijv. 'subcutaan', 'inhalatie', ...) en complexe woorden (bijv. 'langdurige blootstelling aan de zon', 'tabletten', ...), maar vervang deze door eenvoudigere woorden (bijv. 'onder de huid', 'inademen', 'korte tijd in de zon', 'pillen',...).^{93,94}
- 2.2.3. Gebruik voor schriftelijke geneesmiddeleninstructies grote letters, opsommingstekens of een lijstformaat⁸¹.

- 2.2.4. Koppel medicatiegebruik aan specifieke tijdsperioden van de dag om het dosisinterval te verduidelijken^{89,91,93,94}. De aanduiding van tijdsperioden (ochtend, middag, avond, bedtijd) zit doorgaans vervat in het medicatieschema. Indien nodig kunnen de tijdsperioden voor de patiënt meer gespecificeerd worden: bij wakker worden, voor ontbijt, voor lunch, met lunch, voor avondeten, voor slapengaan,...
- 2.2.5. Doe geen aannames over het vermogen van een patiënt om verstrekte informatie te begrijpen maar vraag feedback. Controleer of de patiënt de geneesmiddelen-gerelateerde informatie en instructies heeft begrepen, duidelijk en volledig vindt^{86,90}
- Maak gebruik van de ‘teach back’ methode^{74,78,85-87}.
 - Vraag de patiënt om in eigen woorden te herhalen wat er uitgelegd werd met betrekking tot zijn/haar geneesmiddelen.
 - Vraag om nieuwe zelfzorgtaken, die de patiënt thuis zal moeten uitvoeren, eens te tonen zoals het gebruik van een inhalator, het toedienen van een subcutane injectie, het klaarzetten van geneesmiddelen aan de hand van het geneesmiddelenchema, ...
 - Ga na of er informatie ontbreekt volgens de patiënt.
 - Ga na of de patiënt bijkomende vragen heeft en/of er iets is dat nog eens moet herhaald of uitgelegd worden.
 - Moedig patiënten aan om vragen te stellen met de vraag: ‘Welke vragen heeft u?’
 - Vraag of de patiënt bijkomende schriftelijke informatie wenst te krijgen (bv. brochures indien beschikbaar).
- 2.2.6. Geef aan waar patiënten betrouwbare informatie en ondersteuning kunnen vinden na ziekenhuisopname, bijvoorbeeld door geschreven informatie mee te geven of hen naar andere bronnen van informatie door te verwijzen (bv. de huisarts, apotheker, bijsluiters van geneesmiddelen, websites als ‘apotheek.nl’)^{74,78}.

3. Praktisch organiseren en plannen van geneesmiddelinname

3.1. De patiënt ervaart moeilijkheden bij het voorbereiden van de geneesmiddelen(inname)

Onder voorbereiden worden taken verstaan als openen van geneesmiddelenverpakkingen, het breken of halveren van geneesmiddelen, het vullen van een medicatiedoos en het gebruik van hulpmiddelen voor het toedienen van oogdruppels.

- 3.1.1. Bespreek in overleg met de patiënt of hulp van een mantelzorger of thuiszorgverpleegkundige nodig is om geneesmiddelen voor te bereiden en klaar te zetten voor een bepaalde periode. Regel zo nodig deze hulp voor de patiënt. **(ExpB)**

Aanbevelingen 3.1.2 t.e.m. 3.1.6 zijn alleen van toepassing indien het voorbereiden, klaarzetten en innemen van geneesmiddelen door de patiënt zelf gebeurt.

- 3.1.2. Vraag de patiënt of hij/zij problemen ervaart met het openen van medicatieverpakkingen. Vraag, in geval van problemen met het openen van de verpakking, aan de apotheker of de medicatie ook te verkrijgen is in een andere verpakkingsvorm die makkelijker te openen is⁸⁰.
- 3.1.3. Raad de patiënt het gebruik van hulpmiddelen aan om verschillende soorten verpakkingen te openen zoals een tabletdoordrukker, een ampulopener of een pilpen. Deze hulpmiddelen zijn doorgaans te verkrijgen bij de (huis)apotheker.^{80,95,96}

Nota: tabletdoordrukkers mogen niet voor alle medicatie gebruikt worden. De (huis)apotheker kan bijkomende informatie geven over de toepassing van dergelijke hulpmiddelen.

- 3.1.4. Overleg met de apotheker over tabletten die gemakkelijker te breken zijn (indien breken van tabletten toegestaan is) of tabletten met de juiste dosering zodat breken niet noodzakelijk is⁸¹.
- 3.1.5. Raad de patiënt het gebruik van een tablet-of pillensplijter aan om de geneesmiddelen te halveren of verder op te delen in de juiste en afgestemde grootte (enkel indien delen van geneesmiddelen toegestaan is). Dit hulpmiddel is doorgaans te verkrijgen bij de apotheker.^{80,95,96}
- 3.1.6. Raad de patiënt het gebruik van oogdruppel hulpmiddelen aan indien de patiënt moeite ervaart met:
- het richten/positioneren van het flesje
 - het vasthouden van het flesje (weinig grip)
 - het stilhouden van de druppelhand
 - het knijpen in het flesje (weinig kracht)
 - het openhouden van het oog en niet knippen
 - het dichtdrukken van de traanbuis na het druppelen
- Hulpmiddelen zijn doorgaans te verkrijgen bij de apotheker.⁸⁰

3.2. De patiënt ervaart moeilijkheden bij het lezen van etiketten, bijsluiters, informatie, instructies

- 3.2.1. Controleer of de patiënt een bril gebruikt/nodig heeft (ExpB).
- 3.2.2. Verwijs de patiënt door naar instructievideo's over geneesmiddelen indien lezen van geneesmiddeleninformatie moeilijk is. Apotheek.nl biedt voor veel geneesmiddelen korte video's met uitleg door apothekers (<https://www.apotheek.nl/videos/medicijnen?>). (ExpB). KIJKsluiter biedt animatievideo's waarin de belangrijkste informatie uit de bijsluiter van een geneesmiddel in begrijpelijke spreektaal wordt uitgelegd (<https://www.kijksluiter.nl>).
- 3.2.3. In geval van op te stellen documenten of documenttypes die gewijzigd kunnen worden, kunnen onderstaande principes gehanteerd worden om de leesbaarheid te verbeteren:
- Gebruik schreefloze lettertypes zoals Century Schoolbook- of Helvetica⁹¹.
 - Gebruik minimum lettergrootte 12^{91,92,97}.
 - Structureer instructies of informatie^{91,92,98}:
 - Gebruik vetgedrukte woorden om belangrijke informatie te benadrukken
 - Gebruik opsommingslijsten in plaats van volledige paragrafen tekst
 - Gebruik koppen
 - Voorzie voldoende witruimte
 - Gebruik visuele elementen zoals pictogrammen en symbolen. Via bijsluiterinbeeld.nl kan een bijsluiter met pictogrammen per geneesmiddel aangemaakt worden.

- 3.2.4. In geval van niet-leesbare informatie op verpakkingen: kleef, indien mogelijk, op elke geneesmiddelenverpakking een sticker met de belangrijkste gebruiksinformatie (naam, dosering, gebruiksinstructies) in een beter leesbaar lettertype- en grootte (**ExpB**).

3.3. De patiënt ervaart moeilijkheden bij het instellen van een dagelijkse routine

- 3.3.1. Bespreek met voorschrijver(s)/apotheker of het medicatieregime kan worden vereenvoudigd^{86,99} en probeer hierbij het aantal inname momenten per dag te beperken⁸⁶.
- 3.3.2. Raad de patiënt aan om het innemen van geneesmiddelen, indien mogelijk, aan vaste, terugkerende momenten in de dag te koppelen, bijvoorbeeld voor een maaltijd, voor het tandenpoetsen of voor het slapen gaan¹⁰⁰.
- 3.3.3. Informeer patiënten over de mogelijkheid om medicatie klaar te leggen op plaatsen die hen herinneren aan inname en op deze manier de inname te koppelen aan een gewoonte of vaste routine van de patiënt. Medicatie op het nachtkastje is medicatie voor het slapen gaan, medicatie op de ontbijttafel is medicatie die 's ochtends ingenomen moet worden, et cetera.
- 3.3.4. Bekijk in overleg met de patiënt het gebruik van hulpmiddelen die kunnen helpen bij het tijdig innemen van geneesmiddelen/het instellen van een dagelijkse routine. Evalueer echter wel de geschiktheid van de hulpmiddelen per patiënt.
- Pillendoos om geneesmiddelen klaar te zetten per dag en per inname moment (ochtend, middag, avond). Verschillende vormen en formaten zijn mogelijk, met en zonder alarmfunctie.^{95,96}
 - Pillenwekkers, horloges of alarmploegjes: een signaal herinnert de patiënt eraan dat het tijd is om de geneesmiddelen te nemen.^{95,96}
 - Digitale applicaties voor geneesmiddelengebruik: patiënten kunnen een overzicht houden op wanneer welke geneesmiddelen genomen moeten worden. De meeste applicaties geven een herinnering op het tijdstip waarop de geneesmiddelen genomen moeten worden.⁹⁶
 - Medicatierol: bij 'geneesmiddelen op de rol' zijn tabletten per cliënt per toedieningstijdstip in een doorzichtig zakje verpakt. Op de zakjes staat beschreven welke medicatie erin zit. De aan elkaar gesealde zakjes worden in de vorm van een medicatierol per cliënt afgeleverd.⁸⁰

3.4. De patiënt ervaart moeilijkheden bij het correct bewaren van geneesmiddelen

- 3.4.1. Informeer de patiënt over de *omstandigheden* waarin de geneesmiddelen bewaard moeten worden om de doeltreffendheid van de geneesmiddelen te handhaven (vb. bewaren in de koelkast, in een donkere omgeving, een vochtvrije omgeving,...). Bewaarvoorschriften worden vermeld op de verpakking en/of bijsluiter van elk geneesmiddel. Informeer de patiënt bijkomend dat de geneesmiddelen in de *oorspronkelijke verpakking* (de verpakking afgeleverd door de apotheek) bewaard moeten worden en met de bijsluiter erbij.¹⁰¹

Nota:

- *Bij gebruik van een medicatiedoos waarin voor één week geneesmiddelen worden klaargezet, kunnen de geneesmiddelen voor die week uit de oorspronkelijke verpakking worden genomen en in de medicatiedoos worden bewaard. De overige geneesmiddelen dienen in de oorspronkelijke verpakking bewaard te worden tot het opnieuw vullen van de medicatiedoos.*
- *Bij 'geneesmiddelen op rol' moeten de geneesmiddelen in de door de apotheek afgeleverde zakjes bewaard worden.*

- 3.4.2. Informeer de patiënt over geneesmiddelen met beperkte bewaartermijn, bijvoorbeeld oogdruppels of magistrale bereidingen¹⁰¹. Raad de patiënt aan om bij het openen de uiterste gebruiksdatum op de verpakking te schrijven⁸⁰.
- 3.4.3. Raad de patiënt aan om op regelmatige tijdstippen de vervaldatum van de geneesmiddelen die de patiënt thuis heeft liggen te (laten) bekijken en vervallen geneesmiddelen of ongebruikte geneesmiddelen zonder de verpakking en bijsluiter in te leveren bij de apotheker.¹⁰¹

4. Geneesmiddeleninname

4.1. De patiënt heeft slikproblemen

- 4.1.1. Adviseer de patiënt te slikken met de kin op de borst (Chin Tuck techniek)^{80,102-104}. Een instructievideo is terug te vinden via: <https://www.apotheek.nl/instructies/slikken-van-medicijnen/alternatieve-methode>
- 4.1.2. Ga na of er andere meer aangepaste orale toedieningsvormen beschikbaar zijn (bv. vloeibare vorm, bruistabletten, poeder, etc.)^{105,106}. Raadpleeg de apotheker, Oralia VTGM van KNMP (NL) of de [medicatie-pletfiches](#) (BE)¹⁰⁶.
- 4.1.3. Pas indien nodig de toedieningsroute van medicatie aan in overleg met voorschrijver, apotheker en patiënt¹⁰⁵.
- 4.1.4. Delen, verpulveren of oplossen van geneesmiddelen in water kan nuttig zijn om de inname te vergemakkelijken. Ga echter steeds zorgvuldig na of het geneesmiddel in aanmerking komt voor delen, verpulveren of oplossen in water.¹⁰⁶ Raadpleeg de apotheker, Oralia VTGM van KNMP (NL) of de [medicatie-pletfiches](#) (BE) alvorens dit advies te verstrekken aan de patiënt.

- 4.1.5. Indien slikken van geneesmiddelen met behulp van water niet lukt, kan het gebruik van een slikvloeistof (bijv. MediSpend) overwogen worden of kan in overleg met de apotheker bekeken worden of het geneesmiddel met voeding (zoals yoghurt of appelmoes) ingenomen kan worden¹⁰⁴.
- 4.1.6. Verwijs indien nodig patiënten door naar een logopedist met gekende ervaring in de behandeling van slikstoornissen¹⁰⁵.

4.2. Onjuist gebruik van geneesmiddelen door de patiënt

De patiënt neemt geneesmiddelen op een verkeerd tijdstip

Zie '3.3. De patiënt ervaart moeilijkheden bij het instellen van een dagelijkse routine'

De patiënt neemt een verkeerde dosis (onder- of overdosering, extra dosis, vergeten dosis)

- 4.2.1. Adviseer de patiënt om de bijsluiter van het geneesmiddel en/of een arts of apotheker te raadplegen indien een dosis werd vergeten (**ExpB**).
- 4.2.2. Adviseer de patiënt om nooit een dubbele dosis van het geneesmiddel in te nemen om een vergeten dosis in te halen, tenzij uitdrukkelijk anders vermeld in de bijsluiter of indien anders geadviseerd door de arts/apotheker (**ExpB**).
- 4.2.3. Adviseer de patiënt om in eerste instantie de voorschrijver van het geneesmiddel trachten te contacteren indien hij/zij een reactie vertoont op geneesmiddelen of indien te veel van een geneesmiddel werd ingenomen. De patiënt kan zich eveneens wenden tot de huisarts, de huisartsenpost, de openbaar apotheker of de spoedgevallendienst (112). In België kunnen patiënten ook contact opnemen met het Belgisch Antigifcentrum voor advies bij een overdosis geneesmiddelen (070/245.245).

De patiënt gebruikt een verkeerde toedieningsweg of -techniek

- 4.2.4. Vermeld de toedieningsweg op het medicatieschema^{78,79,82,83}.
- 4.2.5. Vermijd vakjargon (zoals oraal, nasaal, cutaan,...) en maak gebruik van eenvoudige taal (bijvoorbeeld via de mond, via de neus, op de huid,...)^{93,94}.
- 4.2.6. Maak indien nodig gebruik van pictogrammen om de toedieningsweg te visualiseren. Pictogrammen zijn beschikbaar via bijsluiterinbeeld.nl (**ExpB**).
- 4.2.7. Geef instructies en advies over een correcte inhalatietechniek, neusspraytechniek, toediening van oogdruppels, injectietechniek,...⁷⁸.
- 4.2.8. Maak gebruik van de 'teach-back' methode: vraag aan de patiënt om de toedieningswijze en/of -techniek te tonen^{74,78,85-87}.

4.3. De patiënt wil zijn/haar geneesmiddelen niet nemen

- 4.3.1. Vraag patiënten wat ze weten en begrijpen over hun geneesmiddelen. Vraag de patiënt naar zijn overtuigingen over medicatie, naar specifieke bezorgdheden of twijfels m.b.t. geneesmiddelen⁷⁴. Ga met de patiënt in gesprek over de aanpak van bezorgdheden en redenen voor het niet willen nemen van geneesmiddelen^{74,81}. Valide en betrouwbare instrumenten zijn beschikbaar om medicatieovertuigingen van patiënten te bevragen (zie bijlage B)¹⁰⁷.
- 4.3.2. Als een patiënt geneesmiddelen niet neemt omwille van overtuigingen over medicatie:
- Gebruik motiverende gesprekstechnieken om (negatieve) opvattingen en overtuigingen van patiënten over geneesmiddelen te veranderen¹⁰⁸⁻¹¹⁰. Aanbevelingen voor motiverende gespreksvoering zijn terug te vinden in bijlage C.
 - Bespreek de voordelen van het nemen van medicatie⁸¹.
- 4.3.3. Als een patiënt geneesmiddelen niet neemt omwille van vieze smaak kan in overleg met de apotheker/voorschrijver gekeken worden of een alternatieve toedieningsvorm of toedieningswijze mogelijk is (**ExpB**).
- 4.3.4. Als de patiënt geneesmiddelen niet neemt omwille van bijwerkingen:
- Bekijk in overleg met de arts/apotheker en patiënt of het medicatieregime aangepast kan worden om bijwerkingen te verminderen⁸¹.
 - Bekijk in overleg met de arts/apotheker en patiënt manieren om de bijwerkingen te beheersen⁸¹.

5. Toezicht op gewenste en ongewenste effecten van geneesmiddelen

5.1. De patiënt heeft een gebrek aan kennis over gewenste en ongewenste effecten (bijwerkingen en interacties) van geneesmiddelen

- 5.1.1. Bespreek de voordelen en langetermijneffecten van geneesmiddelen met de patiënt⁷⁴.
- 5.1.2. Ga met de patiënt in gesprek over bezorgdheden omtrent het optreden van ongewenste effecten en toets bij de patiënt af in welke mate hij/zij behoefte heeft aan informatie over bijwerkingen en interacties van medicatie. Geef, indien gewenst, informatie over de meest frequent voorkomende interacties en bijwerkingen^{78,99}
- Hoe kunnen bijwerkingen en interacties worden vermeden
 - Hoe bijwerkingen te herkennen
 - Wat te doen indien bijwerkingen optreden (zie 5.2)
 - Wanneer is het nodig een zorgverlener te contacteren (zie 5.2)

Nota: Tracht de hoeveelheid informatie af te stemmen op de behoefte van de patiënt. Overlaad een patiënt niet met informatie over ongewenste effecten, indien de patiënt geen nood heeft aan deze informatie. Het risico bestaat dat een patiënt zich gaat focussen op mogelijke ongewenste effecten of geneesmiddelen niet gaat innemen bij een teveel aan informatie. Beperk de informatie daarom tot de meest voorkomende en relevante ongewenste effecten en alarmsymptomen.

- 5.1.3. Geef aan waar patiënten betrouwbare informatie kunnen vinden over bijwerkingen, interacties met eten en drinken, (voorzorgs)maatregelen, bijvoorbeeld in de bijsluiter van het geneesmiddel, bij de apotheker, de huisarts,... **(ExpB)**.

5.2. De patiënt ervaart moeilijkheden bij het nemen van gepaste maatregelen in geval van optreden bijwerkingen

- 5.2.1. Ga met de patiënt in gesprek over mogelijkheden om met bijwerkingen om te gaan. Vraag op welke manier de patiënt zelf met bijwerkingen zou willen omgaan indien meerdere alternatieven beschikbaar zijn⁷⁴.
- 5.2.2. Sommige bijwerkingen zijn het gevolg van het verkeerd gebruik van geneesmiddelen. Bekijk met de patiënt of de geneesmiddelen worden ingenomen zoals voorgeschreven (bijvoorbeeld met voedsel) en overloop met de patiënt nogmaals specifieke instructies voor geneesmiddeleninname **(ExpB)**.
- 5.2.3. Adviseer de patiënt in geval van maagklachten om het geneesmiddel tijdens of vlak na de maaltijd in te nemen. Echter, sommige geneesmiddelen moeten op een nuchtere maag ingenomen worden (bv. schildklierhormoon, bisfosfonaten,...). Raadpleeg bij twijfel steeds de bijsluiter, de arts of apotheker alvorens dit advies te verstrekken **(ExpB)**.
- 5.2.4. Adviseer een patiënt om contact te nemen met de huisarts of apotheker in geval van overgevoeligheid of allergische reacties zoals het optreden van jeuk en huiduitslag **(ExpB)**.
- 5.2.5. Adviseer de patiënt om bij ernstige of aanhoudende klachten die optreden na het innemen van een geneesmiddel contact op te nemen met de huisarts of apotheker **(ExpB)**.
- 5.2.6. Informeer de patiënt dat aanpassen van het geneesmiddelenregime of stoppen van geneesmiddeleninname steeds in overleg met de huisarts of apotheker moet gebeuren **(ExpB)**.

6. Behoud van een correcte en veilige geneesmiddeleninname

6.1. De patiënt zet de inname van zijn geneesmiddelen vroegtijdig stop

- 6.1.1. Ga op regelmatige basis met de patiënt in gesprek over therapietrouw, de knelpunten ten aanzien van geneesmiddelengebruik en redenen van eventuele vroegtijdige stopzetting van inname van geneesmiddelen.
- Bekijk in samenspraak met de patiënt of het niet (correct) innemen van geneesmiddelen het gevolg is van praktische problemen met geneesmiddelen of omwille van perceptuele belemmeringen (zoals bepaalde overtuigingen en bezorgdheden over medicatie).^{74,111} Afhankelijk van de geïdentificeerde knelpunten, kunnen verschillende adviezen uit de leidraad toegepast worden.
 - Maak gebruik van motiverende gesprekstechnieken^{108,109,111}. Aanbevelingen omtrent motiverende gespreksvoering zijn terug te vinden in bijlage C.
- 6.1.2. Moedig de patiënt aan om problemen ten aanzien van geneesmiddelengebruik te melden bij de voorschrijver, de huisarts, de apotheker en/of de thuisverpleegkundige.

PROJECTGROEP

drs. Laura Mortelmans

Doctoraal onderzoeker, Departement Verpleegkunde en Vroedkunde, Centre for Research and Innovation, Nurse and Pharmaceutical Care, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen/ Fonds Wetenschappelijk onderzoek

Prof. dr. Tinne Dilles

Professor in de verpleegkunde, Departement Verpleegkunde en Vroedkunde, Centre for Research and Innovation, Nurse and Pharmaceutical Care, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen

Prof. dr. Eva Goossens

Professor in de verpleegkunde, Departement Verpleegkunde en Vroedkunde, Centre for Research and Innovation, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen/ Professor in Nursing, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven/ Scientific consultant, Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Prof. dr. Mirko Petrovic

Kliniekhoofd geriatrie, Universitair Ziekenhuis Gent/ Gewoon hoogleraar in de geriatrie en klinische farmacologie, Vakgroep Inwendige Ziekten en Pediatrie, Universiteit Gent

Prof dr. Patricia van den Bemt

Ziekenhuisapotheker-Klinisch Farmacoloog-epidemioloog en Hoogleraar Klinische Farmacie, Afdeling Klinische Farmacie en Farmacologie UMCG Groningen, Nederland

Prof. dr. Anne-Marie De Cock

Diensthoofd geriatrie, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen/ Professor in de geriatrie, Departement Huisartsgeneeskunde en Volksgezondheid, Universiteit Antwerpen

EXPERTPANEL

Prof. dr. Hein Heidbuchel

*Diensthoofd Cardiologie UZA
Gewoon Hoogleraar Universiteit Antwerpen*

A.J. (Arend) Arends

Klinisch geriater, Maasstadziekenhuis Rotterdam

Dr. H.J. (Jeroen) Derijks

Ziekenhuisapotheker, klinisch farmacoloog, Afdelingshoofd Apotheek Jeroen Bosch Ziekenhuis

drs. Nikki Noorda

Klinisch geriater, klinisch farmacoloog, Dijklander Ziekenhuis Hoorn/Purmerend, Nederland

drs. Stéphanie Wuyts

Clinical pharmacist, Pharmacy Department, Universitair Ziekenhuis Brussel

drs. David Jansen

Klinisch geriater, klinisch farmacoloog. Afdeling klinische geriatrie Radboudumc, Nijmegen

Prof. dr. Veronique Verhoeven

Family Medicine and Population Health (FAMPOP), Universiteit Antwerpen

drs. Edgard Weening

Docent Farmacotherapie en Apotheekorganisatie Rijksuniversiteit Groningen

Chiara Aerts

Adjunct hoofverpleegkundige hart- en vaatcentrum, Imeldaziekenhuis Bonheiden

Prof. dr. Koen Boussery

Eenheid Farmaceutische Zorg, Universiteit Gent

drs. Marjan De Graef

*Verpleegkundige, Klinisch Verpleegkundig & Paramedisch onderzoek en ontwikkeling (O&O),
Verpleegkundig en Paramedisch departement, VITAZ*

dr. N.E. Dijkstra

*Verpleegkundige. Hogeschoolhoofddocent Farmakunde en senior onderzoeker lectoraat
Innovatie van Zorgprocessen in de Farmacie, Hogeschool Utrecht, Nederland.
Internationaal board member NuPhaC.*

Carola Schol (MSc)

*Verpleegkundig onderzoeker, intensive care verpleegkundige, Erasmus MC Rotterdam,
Nederland*

dr. H.A.W. van Onzenoort

Ziekenhuisapotheker en afdelingshoofd Apotheek Radboudumc, Nijmegen, Nederland

Dr. Peter Dieleman

Praktijkassistent, Vakgroep FAMPOP, Centrum Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen

Nanet De Haas

Ziekenhuisapotheker, Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA)

Dr. Femke Ariën

Geriatr, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA)

Prof. dr. Nathalie van der Velde

Klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC, Nederland

REFERENTIES

1. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*. 2002;48(2):177-187.
2. Bailey SC, Oramasionwu CU, Wolf MS. Rethinking adherence: a health literacy-informed model of medication self-management. *J Health Commun*. 2013;18 Suppl 1(Suppl 1):20-30.
3. Cheen MHH, Tan YZ, Oh LF, Wee HL, Thumboo J. Prevalence of and factors associated with primary medication non-adherence in chronic disease: A systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract*. 2019;73(6):e13350.
4. van Esch Tamar E.M., Brabers Anne E.M., van Dijk Christel, Groenewegen Peter P., de Jong Judith D. *Inzicht in zorgmijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Nederland: NIVEL;2015.
5. Mortelmans L, De Baetselier E, Goossens E, Dilles T. What Happens after Hospital Discharge? Deficiencies in Medication Management Encountered by Geriatric Patients with Polypharmacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(13):7031.
6. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, 3rd, et al. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. *Annals of internal medicine*. 2006;145(12):887-894.
7. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, 3rd, et al. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(8):847-851.
8. Gustafsson J, Källemark S, Nilsson G, Nilsson JL. Patient information leaflets--patients' comprehension of information about interactions and contraindications. *Pharmacy world & science : PWS*. 2005;27(1):35-40.
9. Wolf MS, Curtis LM, Waite K, et al. Helping patients simplify and safely use complex prescription regimens. *Archives of internal medicine*. 2011;171(4):300-305.
10. Spiers MV, Kutzik DM, Lamar M. Variation in medication understanding among the elderly. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*. 2004;61(4):373-380.
11. Gallagher R, Warwick M, Chenoweth L, Stein-Parbury J, Milton-Willey K. Medication knowledge, adherence and predictors among people with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 2011;3(1):30-40.
12. Romero-Sanchez J, Garcia-Cardenas V, Abaurre R, Martínez-Martínez F, Garcia-Delgado P. Prevalence and predictors of inadequate patient medication knowledge. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2016;22(5):808-815.
13. Sino CG, Sietzema M, Egberts TC, Schuurmans MJ. Medication management capacity in relation to cognition and self-management skills in older people on polypharmacy. *The journal of nutrition, health & aging*. 2014;18(1):44-49.
14. Dijkstra NE, Sino CGM, Schuurmans MJ, Schoonhoven L, Heerdink ER. Medication self-management: Considerations and decisions by older people living at home. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2020.
15. Caldeira D, Vaz-Carneiro A, Costa J. The impact of dosing frequency on medication adherence in chronic cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *Revista portuguesa de cardiologia : orgao oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia = Portuguese journal of cardiology : an official journal of the Portuguese Society of Cardiology*. 2014;33(7-8):431-437.
16. Coleman CI, Limone B, Sobieraj DM, et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *Journal of managed care pharmacy : JMCP*. 2012;18(7):527-539.
17. Carli Lorenzini G. Managing Multiple Medications and Their Packaging for Older People in Home Care Nursing: An Interview Study. *Healthcare*. 2021;9(10):1265.
18. Carli Lorenzini G, Hellström D. Medication Packaging and Older Patients: A Systematic Review. *Packaging Technology and Science*. 2017;30(8):525-558.
19. Notenboom K, Beers E, van Riet-Nales DA, et al. Practical Problems with Medication Use that Older People Experience: A Qualitative Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(12):2339-2344.

20. Rowson J, Sangrar A, Rodriguez-Falcon E, et al. Rating Accessibility of Packaging: A Medical Packaging Example. *Packaging Technology and Science*. 2014;27(7):577-589.
21. Ward J, Buckle P, John Clarkson P. Designing packaging to support the safe use of medicines at home. *Applied Ergonomics*. 2010;41(5):682-694.
22. Beckman A, Bernsten C, Parker MG, Thorslund M, Fastbom J. The Difficulty of Opening Medicine Containers in Old Age: A Population-Based Study. *Pharmacy World and Science*. 2005;27(5):393-398.
23. Vlieland ND, van den Bemt BJB, Bekker CL, Bouvy ML, Egberts TCG, Gardarsdottir H. Older Patients' Compliance with Drug Storage Recommendations. *Drugs & aging*. 2018;35(3):233-241.
24. Wiczorkiewicz SM, Kassamali Z, Danziger LH. Behind closed doors: medication storage and disposal in the home. *The Annals of pharmacotherapy*. 2013;47(4):482-489.
25. Mager DR. Medication errors and the home care patient. *Home healthcare nurse*. 2007;25(3):151-155; quiz 156-157.
26. Mira JJ, Lorenzo S, Guilabert M, Navarro I, Pérez-Jover V. A systematic review of patient medication error on self-administering medication at home. *Expert opinion on drug safety*. 2015;14(6):815-838.
27. Yeaw J, Benner JS, Walt JG, Sian S, Smith DB. Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. *Journal of managed care pharmacy : JMCP*. 2009;15(9):728-740.
28. McHorney CA, Spain CV. Frequency of and reasons for medication non-fulfillment and non-persistence among American adults with chronic disease in 2008. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*. 2011;14(3):307-320.
29. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British journal of clinical pharmacology*. 2012;73(5):691-705.
30. Lehane E, McCarthy G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(8):1468-1477.
31. Wroe AL. Intentional and Unintentional Nonadherence: A Study of Decision Making. *Journal of Behavioral Medicine*. 2002;25(4):355-372.
32. Cross AJ, Elliott RA, Petrie K, Kuruvilla L, George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2020;5(5):Cd012419.
33. Marcum ZA, Gellad WF. Medication adherence to multidrug regimens. *Clin Geriatr Med*. 2012;28(2):287-300.
34. Mitchell B, Chong C, Lim WK. Medication adherence 1 month after hospital discharge in medical inpatients. *Internal medicine journal*. 2016;46(2):185-192.
35. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Archives of internal medicine*. 2005;165(16):1842-1847.
36. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ (Clinical research ed)*. 2006;333(7557):15-15.
37. Iuga AO, McGuire MJ. Adherence and health care costs. *Risk Manag Healthc Policy*. 2014;7:35-44.
38. Scales DC, Fischer HD, Li P, et al. Unintentional Continuation of Medications Intended for Acute Illness After Hospital Discharge: A Population-Based Cohort Study. *Journal of general internal medicine*. 2016;31(2):196-202.
39. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ open*. 2018;8(1):e016982.
40. van Boven JF, Chavannes NH, van der Molen T, Rutten-van Molken MP, Postma MJ, Vegter S. Clinical and economic impact of non-adherence in COPD: a systematic review. *Respiratory medicine*. 2014;108(1):103-113.
41. LeBlanc RG, Choi J. Optimizing medication safety in the home. *Home healthcare now*. 2015;33(6):313-319.

42. Vanwesemael T, Dilles T, Van Rompaey B, Boussey K. An Evidence-Based Procedure for Self-Management of Medication in Hospital: Development and Validation of the SelfMED Procedure. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*. 2018;6(3).
43. Wright J, Emerson A, Stephens M, Lennan E. Hospital inpatient self-administration of medicine programmes: a critical literature review. *Pharmacy world & science : PWS*. 2006;28(3):140-151.
44. Richardson SJ, Brooks HL, Bramley G, Coleman JJ. Evaluating the effectiveness of self-administration of medication (SAM) schemes in the hospital setting: a systematic review of the literature. *PLoS one*. 2014;9(12):e113912.
45. Tran T, Elliott RA, Taylor SE, Woodward MC. A Self-Administration of Medications Program to Identify and Address Potential Barriers to Adherence in Elderly Patients. *The Annals of pharmacotherapy*. 2011;45(2):201-206.
46. Lam P, Elliott RA, George J. Impact of a self-administration of medications programme on elderly inpatients' competence to manage medications: a pilot study. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2011;36(1):80-86.
47. Grantham G, McMillan V, Dunn SV, Gassner LA, Woodcock P. Patient self-medication--a change in hospital practice. *Journal of clinical nursing*. 2006;15(8):962-970.
48. NHS. *Guidelines for Patient Self-Administration of Medication (SAM)*. 2014.
49. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*. 2017;17(1):230.
50. Midão L, Giardini A, Menditto E, Kardas P, Costa E. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2018;78:213-220.
51. van den Akker M, Vaes B, Goderis G, Van Pottelbergh G, De Burghgraeve T, Henrard S. Trends in multimorbidity and polypharmacy in the Flemish-Belgian population between 2000 and 2015. *PLoS one*. 2019;14(2):e0212046.
52. Hellemans L, Nuyts S, Hias J, et al. Polypharmacy and excessive polypharmacy in community-dwelling middle aged and aged adults between 2011 and 2015. *International Journal of Clinical Practice*. 2021;75(4):e13942.
53. De Staat van Volksgezondheid en Zorg. Polyfarmacie: aantal patiënten. <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/polyfarmacie-aantal-pati%C3%ABnten>. Published 2021. Updated 16 Mei 2022. Accessed 25/07/2022.
54. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). *Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen: inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën* Nederland 2013.
55. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate Polypharmacy and Medicine Safety: When Many is not Too Many. *Drug safety*. 2016;39(2):109-116.
56. Aggarwal P, Woolford SJ, Patel HP. Multi-Morbidity and Polypharmacy in Older People: Challenges and Opportunities for Clinical Practice. *Geriatrics (Basel)*. 2020;5(4):85.
57. Viktil KK, Blix HS, Eek AK, Davies MN, Moger TA, Reikvam A. How are drug regimen changes during hospitalisation handled after discharge: a cohort study. *BMJ open*. 2012;2(6).
58. Garcia-Caballeros M, Ramos-Diaz F, Jimenez-Moleon JJ, Bueno-Cavanillas A. Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them. *Age and ageing*. 2010;39(4):430-438.
59. Garin N, Sole N, Lucas B, et al. Drug related problems in clinical practice: a cross-sectional study on their prevalence, risk factors and associated pharmaceutical interventions. *Scientific Reports*. 2021;11(1):883.
60. Cua YM, Kripalani S. Medication use in the transition from hospital to home. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 2008;37(2):136-136.
61. Karapinar-Carkit F, Borgsteede SD, Zoer J, Smit HJ, Egberts AC, van den Bemt PM. Effect of medication reconciliation with and without patient counseling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. *The Annals of pharmacotherapy*. 2009;43(6):1001-1010.

62. Daliri S, Bekker CL, Buurman BM, Scholte Op Reimer WJM, van den Bemt BJB, Karapinar-Carkit F. Barriers and facilitators with medication use during the transition from hospital to home: a qualitative study among patients. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):204.
63. Bagge M, Norris P, Heydon S, Tordoff J. Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2014;10(5):791-800.
64. Harris CM, Sridharan A, Landis R, Howell E, Wright S. What happens to the medication regimens of older adults during and after an acute hospitalization? *Journal of patient safety*. 2013;9(3):150-153.
65. Knight DA, Thompson D, Mathie E, Dickinson A. 'Seamless care? Just a list would have helped!' Older people and their carer's experiences of support with medication on discharge home from hospital. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*. 2013;16(3):277-291.
66. Ziaeeian B, Araujo KL, Van Ness PH, Horwitz LI. Medication reconciliation accuracy and patient understanding of intended medication changes on hospital discharge. *Journal of general internal medicine*. 2012;27(11):1513-1520.
67. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs & aging*. 2014;31(4):283-289.
68. Schoonover H, Corbett CF, Weeks DL, Willson MN, Setter SM. Predicting potential postdischarge adverse drug events and 30-day unplanned hospital readmissions from medication regimen complexity. *Journal of patient safety*. 2014;10(4):186-191.
69. Elliott RA, Marriott JL. Standardised assessment of patients' capacity to manage medications: a systematic review of published instruments. *BMC geriatrics*. 2009;9:27.
70. Farris KB, Phillips BB. Instruments assessing capacity to manage medications. *The Annals of pharmacotherapy*. 2008;42(7):1026-1036.
71. Advinha AM, Lopes MJ, de Oliveira-Martins S. Assessment of the elderly's functional ability to manage their medication: a systematic literature review. *International journal of clinical pharmacy*. 2017;39(1):1-15.
72. Badawoud AM, Salgado TM, Lu J, Parsons P, Peron EP, Slattum PW. Measuring Medication Self-Management Capacity: A Scoping Review of Available Instruments. *Drugs & aging*. 2020;37(7):483-501.
73. Hsu C-C, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical assessment, research, and evaluation*. 2007;12(1):10.
74. Nunes V NJ, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, et al. *Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.;2009.
75. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). 'Goedkoopste' geneesmiddelen. RIZIV. <https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/Paginas/goedkoopste-geneesmiddelen.aspx>. Updated 31/01/2022. Accessed 15/02/2022.
76. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). 'Goedkoop voorschrijven'. <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/goedkoop-voorschrijven-20150101.aspx>. Updated 13/10/2021. Accessed 14/03/2022.
77. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Voorschrijven op stofnaam: regels voor de apotheker voor het uitvoeren van het voorschrift. <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/afleveren/Paginas/voorschrijven-stofnaam-regels-apotheker-uitvoeren-voorschrift.aspx>. Updated 30/06/2020. Accessed 14/07/2022, 2022.
78. Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie. *RICHTLIJN: HOE MEDICATIEBEGELEIDING ("MEDICATIE COUNSELLING") BIJ OUDERE VOLWASSEN UIT TE VOEREN BIJ ZIEKENHUISONTSLAG*. 2020.
79. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). The SIGN discharge document. In. Edinburgh: SIGN; 2012.

80. Instituut Verantwoord Medicijngebruik. Tips voor hulpmiddelen en hulp beheer eigen medicatie. <https://www.medicijngebruik.nl/zorginstellingen/werkmateriaal-overig/2118>. Updated 6/02/2020. Accessed 15/02/2022.
81. Marek KD, Antle L. Advances in Patient Safety. Medication Management of the Community-Dwelling Older Adult. In: Hughes RG, ed. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
82. National Institute for Health and Care Excellence. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>. Published 2015. Accessed 13/07/2021.
83. Dietrich FM, Hersberger KE, Arnet I. Benefits of medication charts provided at transitions of care: a narrative systematic review. *BMJ open*. 2020;10(10):e037668.
84. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Overdracht van Medicatiegegevens in de keten. <https://www.knmp.nl/index.php/richtlijnen/overdracht-van-medicatiegegevens-de-keten>. Updated 10/01/2022. Accessed 16/07/2022.
85. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, et al. *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition*. . Agency for Healthcare Research and Quality;2015.
86. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). Polyfarmacie bij ouderen. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/polyfarmacie_bij_ouderen/polyfarmacie_bij_ouderen_-_korte_beschrijving.html. Updated 03/12/2020. Accessed 7/03/2022.
87. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*. 2016;14(1):210-247.
88. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Begeleiden van chronische patiënten als huisapotheker. <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele Zorgverleners/apothekers/Paginas/huisapotheker-begeleiden-chronische-patienten.aspx>. Updated 24/01/2022. Accessed.
89. Sharko M, Sharma MM, Benda NC, et al. Strategies to optimize comprehension of numerical medication instructions: A systematic review and concept map. *Patient education and counseling*. 2022.
90. Sletvold H, Sagmo LAB, Torheim EA. Impact of pictograms on medication adherence: A systematic literature review. *Patient education and counseling*. 2020;103(6):1095-1103.
91. Mullen RJ, Duhig J, Russell A, Scarazzini L, Lievano F, Wolf MS. Best-practices for the design and development of prescription medication information: A systematic review. *Patient education and counseling*. 2018;101(8):1351-1367.
92. Wali H, Hudani Z, Wali S, Mercer K, Grindrod K. A systematic review of interventions to improve medication information for low health literate populations. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2016;12(6):830-864.
93. Maghroudi E, van Hooijdonk CMJ, van de Bruinhorst H, van Dijk L, Rademakers J, Borgsteede SD. The impact of textual elements on the comprehensibility of drug label instructions (DLIs): A systematic review. *PLoS One*. 2021;16(5):e0250238.
94. Bailey SC, Navaratnam P, Black H, Russell AL, Wolf MS. Advancing Best Practices for Prescription Drug Labeling. *Ann Pharmacother*. 2015;49(11):1222-1236.
95. Zorg voor beter. Hulpmiddelen voor veilig medicijngebruik. <https://www.zorgvoorbeter.nl/medicatieveiligheid/informatie-ouderen/hulpmiddelen>. Updated 01/02/2022. Accessed 15/02/2022.
96. Vilans in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Hulpmiddelenwijzer. <https://hulpmiddelenwijzer.nl/hulpmiddelen/bij/zorgen-en-verzorgen/medicijnen-nemen>. Accessed 13/04/2022.
97. Simas da Rocha B, Garcia Moraes C, Miyake Okumura L, da Cruz F, Sirtori L, da Silva Pons E. Interventions to Reduce Problems Related to the Readability and Comprehensibility of Drug Packages and Labels: A Systematic Review. *Journal of patient safety*. 2021;17(8).

98. Shrank W, Avorn J, Rolon C, Shekelle P. Effect of content and format of prescription drug labels on readability, understanding, and medication use: a systematic review. *The Annals of pharmacotherapy*. 2007;41(5):783-801.
99. Ryan R, Santesso N, Lowe D, et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014;2014(4):Cd007768.
100. Conn VS, Ruppert TM, Enriquez M, Cooper P. Medication adherence interventions that target subjects with adherence problems: Systematic review and meta-analysis. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2016;12(2):218-246.
101. Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG). Geneesmiddelen bewaren. https://www.fagg-afmps.be/nl/info_patiënten/geneesmiddelen_bewaren. Updated 16/12/2020. Accessed 15/02/2022.
102. De Bodt M, Guns C, D'Hondt M, Vanderwegen J, Van Nuffelen G. *Dysfagie. Handboek voor de klinische praktijk*. Garant; 2015.
103. Farmaka. Slikstoornissen bij ouderen: fysiologie, pathologie en aanpak. J. Lannoy. <https://farmaka.bcfi.be/nl/formulariuminfo/brief/slikstoornissen-bij-ouderen-fysiologie-pathologie-en-aanpak>. Published 2017. Accessed 14/03/2022.
104. Moeite met slikken van medicijnen. Apotheek.nl. <https://www.apotheek.nl/zorg-van-de-apotheker/juist-medicijngebruik-is-van-levensbelang/moeite-met-slikken-van-medicijnen>. Updated 19/08/2020. Accessed 14/03/2022.
105. Nederlandse Vereniging voor Keel–Neus–Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd–Halsgebied (NVKVO). Orofaryngeale dysfagie Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/orofaryngeale_dysfagie/medicatie_bij_dysfagie.html. Updated 01/02/2017. Accessed 14/03/2022.
106. Farmaka. Delen of pletten van geneesmiddelen. <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/390#main>. Accessed 4/03/2022.
107. Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*. 1999;14(1):1-24.
108. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of general internal medicine*. 2016;31(8):929-940.
109. Zomahoun HTV, Guénette L, Grégoire J-P, et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*. 2017;46(2):589-602.
110. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing : preparing people for change*. New York: Guilford Press; 2002.
111. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). *LESA Organisatie van zorg bij chronische medicatie. Handreikingen voor huisartsen, apothekers en wijkverpleging voor het maken van praktische afspraken over de organisatie van zorg rondom medicatiegebruik voor patiënten met wijkverpleging*. Nederland2020.

BIJLAGEN

Bijlage A: Lijst medicatie zelfmanagementproblemen

Fase medicatie zelfmanagement proces (Bailey)	Potentiële problemen o.b.v. literatuur	Cluster
<u>Ophalen van geneesmiddelen bij de apotheek</u>	– Patiënt kan geneesmiddelen niet betalen.	Financiële moeilijkheden
	– Patiënt kan eigen geneesmiddelen niet zelf ophalen bij de apotheek (omwille van geen vervoer, slechte gezondheidstoestand,...)	Geen medicatievoorraad
	– Patiënt heeft geen (vervolg)voorschrift ter beschikking/ weet niet <u>wanneer</u> een nieuw voorschrift te halen.	
	– Patiënt weet niet <u>hoe</u> (nieuwe) voorschriften/ geneesmiddelen te verkrijgen (vb. patiënt weet niet wie te contacteren)	
<u>Kennis en begrip van geneesmiddelen</u>	– Patiënt heeft geen kennis van (een deel van) de eigen geneesmiddelen (kennis van naam, dosis, tijdstip, toedieningswijze en/of indicatie)	Gebrek aan kennis van geneesmiddelen
	– Patiënt heeft moeilijkheden om informatie en/of instructies m.b.t. geneesmiddelen te begrijpen.	Moeilijkheden bij begrijpen van informatie en/of instructies m.b.t. geneesmiddelen
<u>Organiseren medicatie & plannen geneesmiddelenregime</u>	– Patiënt ervaart moeilijkheden bij organiseren/vullen medicatiedoos.	Moeilijkheden bij voorbereiden geneesmiddelen(inname)
	– Patiënt ervaart problemen bij openen verpakkingen (vb. tablet/capsule niet uit blister krijgen)	
	– Patiënt ervaart problemen bij halveren/breken van geneesmiddelen	Moeilijkheden bij lezen van labels/etiketten/informatie /instructies
	– Patiënt ervaart moeilijkheden bij het lezen van labels/ etiketten/ informatie/instructies (vb. op geneesmiddelen-verpakkingen, bijsluiter, medicatieschema,...)	

	<ul style="list-style-type: none"> – Patiënt ervaart moeilijkheden bij het instellen van een dagelijkse routine. 	Moeilijkheden bij instellen van dagelijkse routine
	<ul style="list-style-type: none"> – Patiënt ervaart moeilijkheden om geneesmiddelen correct te bewaren. 	Moeilijkheden bij het correct bewaren van geneesmiddelen
<u>Geneesmiddelen inname</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Patiënt heeft slikproblemen 	Slikproblemen
	<ul style="list-style-type: none"> – Patiënt wil medicatie niet innemen 	Niet willen nemen van geneesmiddelen
	<ul style="list-style-type: none"> – Patiënt neemt een verkeerde dosis geneesmiddelen (onder dosering, overdosering, extra dosis, vergeten dosis) – Patiënt dient geneesmiddelen verkeerd toe – Patiënt neemt geneesmiddelen op een verkeerd tijdstip van de dag 	Onjuist gebruik geneesmiddelen
<u>Toezicht op gewenste en ongewenste effecten van geneesmiddelen</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Patiënt heeft een gebrek aan kennis over bijwerkingen, contra-indicaties, interacties en/of voorzorgsmaatregelen 	Gebrek aan kennis over bijwerkingen, interacties en/of (voorzorg) maatregelen
	<ul style="list-style-type: none"> – Patiënt heeft geen kennis van de te nemen maatregelen/neemt geen gepaste maatregelen bij het optreden van bijwerkingen of bij een gemiste dosis 	Moeilijkheden bij nemen van gepaste maatregelen in geval van optreden bijwerkingen of gemiste dosis
<u>Behoud van een correcte en veilige geneesmiddeleninname</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Patiënt stopt (vroegtijdig) met inname van voorgeschreven geneesmiddelen 	Vroegtijdig stopzetten van inname geneesmiddelen

Bijlage B: Beliefs about medication questionnaire

UW IDEEEN OVER UW MEDICIJNEN

Wij willen u graag een aantal vragen stellen over hoe u persoonlijk denkt over de medicijnen die aan u voorgeschreven zijn. Wilt u aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met onderstaande uitspraken door een kruisje te zetten in het vakje dat het beste uw mening weergeeft.

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Wij zijn benieuwd naar uw persoonlijke mening.

Hoe denkt u over DE MEDICIJNEN DIE U VOORGESCHREVEN KRIJGT?	helemaal niet mee eens	niet mee eens	geen duidelijke mening	mee eens	helemaal mee eens
Op het moment hangt mijn gezondheid af van mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik maak me zorgen over het feit dat ik medicijnen moet nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn leven zou erg moeilijk zijn zonder medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soms maak ik me zorgen over de effecten die mijn medicijnen op de lange termijn kunnen hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zonder mijn medicijnen zou ik heel ziek zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben onvoldoende op de hoogte van wat mijn medicijnen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn toekomstige gezondheid hangt af van mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn medicijnen ontwrichten mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soms ben ik bang dat ik té afhankelijk zal worden van mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn medicijnen voorkomen dat ik verder achteruit ga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deze medicijnen hebben onplezierige bijwerkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UW IDEEEN OVER MEDICIJNGEBRUIK IN HET ALGEMEEN

Graag willen we ook weten hoe u denkt over medicijnen in het algemeen. Wij verzoeken u aan te geven in hoeverre u het met deze uitspraken eens of oneens bent, door het hokje dat het beste uw mening weergeeft aan te kruisen.

Hoe denkt u over MEDICIJNEN IN HET ALGEMEEN?	helemaal niet mee eens	niet mee eens	geen duidelijke mening	mee eens	helemaal mee eens
Artsen schrijven te veel medicijnen voor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensen die medicijnen gebruiken zouden de behandeling zo nu en dan moeten onderbreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De meeste medicijnen zijn verslavend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natuurlijke middelen zijn veiliger dan medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicijnen doen meer kwaad dan goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle medicijnen zijn vergif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artsen vertrouwen te veel op medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als artsen meer tijd hadden voor hun patiënten zouden ze minder medicijnen voorschrijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Heijmans, M. NIVEL, 2003. Email: m.heijmans@nivel.nl

Basisinformatie

Motivationaleel interview

- Betekent een open gesprek en luisteren om zo de patiënt toe te laten zijn behoefte aan verandering zelf te laten ontdekken, en motivatie te vinden voor het doorvoeren van veranderingen
- Helpt vooral bij het starten en aanhouden van veranderingen in de levensstijl (bijv. meer bewegen, afvallen, stoppen met roken of stoppen van het alcoholgebruik)
- Helpt bij het toepassen van zelfzorg
- Maakt de patiënt verantwoordelijk

Praktische implementatie

- Stel open vragen (wat, hoe?).
 - "Wat denk je zelf van je medicatie?" of "Hoe ervaar je het nemen van je medicatie"
 - Vermijd vragen die de patiënt met één woord kan beantwoorden (ja/nee).
- Toon empathie.
 - Wanneer patiënten voelen dat er naar hen geluisterd wordt en er instemming is, zullen ze gemakkelijker aan hun gezondheid werken.
 - "De vele bijwerkingen die je ervaart, lijken me moeilijk. Hoe ga je hiermee om?"
- Toon interesse tijdens het luisteren.
 - Blik, gebaren en gelaatsuitdrukkingen, zoals lichtjes knikken of een korte bevestiging zoals "ja".
 - Oogcontact is belangrijk; kijk niet op een computerscherm.
- Maak reflectieve opmerkingen, waarbij je de woorden van de patiënt herhaalt.
 - Op die manier zal de patiënt verder denken of u meer vertellen.
 - "Heb ik goed begrepen dat je vroeger al eens gestopt bent met het nemen van je medicatie."
- Herken praten over veranderingen en ga erop in.
 - Herhaal de woorden van de patiënt en vraag erop door.
 - Help patiënten het conflict in te zien tussen hun huidige toestand en waar ze willen geraken. Het moet de patiënt zelf zijn die de motieven voor verandering aanduidt, niet de zorgverlener.
 - "Je zei dat je ongerust bent over de bijwerkingen van je medicatie. Wat bedoel je daarmee?"
- Neem een neutrale positie in en "ga niet in op weerstand".
 - Ga mee in het verhaal van de patiënt en vermijd argumenteren en directe instructies.
 - Medische argumentatie aan het begin van de discussie kan leiden tot weerstand.
 - Doe de patiënt zelf nadenken, vind nieuwe invalshoeken en maak hem/haar de situatie duidelijk.
- Benadruk het positieve en het succesvolle.
 - Benadruk de positieve zaken die de patiënt vertelt. Zoek een houvast in het kleinste positieve ding. Geef een compliment bij ieder succes.
- Versterk de mogelijkheid om te veranderen en benadruk de kracht en mogelijkheden van de patiënt om te veranderen (empowerment).
 - Vind de sterktes van de patiënt en vergroot het geloof in de eigen mogelijkheden
 - "Je lijkt heel vastbesloten ..."

- Patiënten zullen zelf kiezen wat en hoe ze willen veranderen.
- Het overwegen van de pro's en contra's is zeer handig als een patiënt niet zeker is van de verandering.
 - Laat de patiënten zelf de pro's en contra's opsommen.
 - "Welke positieve aspecten brengt een correcte geneesmiddeleninname met zich mee?"
 - "Welk voordeel zou je halen uit een correcte geneesmiddeleninname?"
 - Hier kan je neutrale bevestiging gebruiken, zoals "Je hebt gelijk, het correct nemen van geneesmiddelen ..."
- Maak korte samenvattingen en herhaal.
 - Gebruik de woorden en zinnen van de patiënt.
 - Dit versterkt het gevoel gehoord te worden en de mogelijkheid tot verandering.
- De zorgverlener is een medisch expert.
 - Je hoeft geen informatie achter te houden, maar wacht op een gepast moment tijdens het gesprek.
 - Een gesprek zal de patiënt doen nadenken.

Bron:

Mustajoki P, Alenius H. De rol van een motivationeel interview bij het veranderen van levensstijl en behandeling. ebpracticenet. Available from :

<https://ebpnet.be/nl/ebsources/1231?searchTerm=de%20rol%20van%20motiv>. Updated 27/04/2017.

Accessed 13/04/2022