

Van inzicht naar actie

**HOE GEDRAGSMODELLEN EN VERPLEEGKUNDIGE
INTERVENTIES THERAPIETROUW BEVORDEREN BIJ
OUDEREN MET CHRONISCHE AANDOENINGEN**

CEULEMANS STIEN EN MIOČ LUČI

Bachelor in VERPLEEGKUNDE

Academiejaar 2025-2026
Campus Lier - Antwerpsestraat 99 – 2500 Lier

Voorwoord

Met deze bachelorproef rond het bevorderen van therapietrouw bij ouderen met chronische aandoeningen sluiten wij onze opleiding tot bachelor in de verpleegkunde aan Thomas More in Lier af. Dit eindwerk markeert niet alleen het einde van een intens leertraject, maar ook het begin van onze professionele inzet voor kwaliteitsvolle en persoonsgerichte zorg. Het schrijven van deze bachelorproef vroeg toewijding, samenwerking en doorzettingsvermogen, maar betekende ook een verrijkend proces waarin onze interesse voor gedragsverandering, communicatie en eerstelijnszorg verder werd verdiept.

De keuze voor dit thema kwam voort uit onze ervaringen tijdens stages in de eerstelijnszorg en het woonzorgcentrum. We merkten hoe complex therapietrouw is bij oudere zorgvragers en hoe belangrijk het is dat verpleegkundigen hierbij actief ondersteunen. Vanuit die observaties groeide de motivatie om een praktisch hulpmiddel te ontwikkelen dat zorgverleners helpt om systematisch de oorzaken van therapieontrouw te achterhalen en hier gepast op in te spelen. Met deze bachelorproef hopen wij een concrete bijdrage te leveren aan het bevorderen van therapietrouw en de kwaliteit van leven bij ouderen.

Wij willen in het bijzonder de heer Peeters bedanken voor zijn voortdurende ondersteuning, kritische blik en motiverende begeleiding doorheen het volledige proces. Zijn feedback gaf ons richting en scherpte, en zijn enthousiasme werkte aanstekelijk. Daarnaast zijn wij zeer dankbaar voor de warme ontvangst en begeleiding die wij mochten ervaren van het team in het woonzorgcentrum St-Jozef te Wiekevorst en het woonzorgcentrum St-Lodewijk te s'Gravewezel. Hun praktijkervaring, openheid en inzichten vormden een waardevolle aanvulling op onze academische zoektocht. Ook onze stage mentoren verdienen een bijzondere vermelding voor hun geduld, betrokkenheid en de kansen die ze ons boden om te groeien als verpleegkundigen.

Tot slot willen we onze familie en vrienden bedanken voor hun steun, begrip en aanmoediging tijdens dit traject. Deze bachelorproef is het resultaat van vele kleine stappen, gedeelde kennis, reflectie en de overtuiging dat verpleegkundigen, met de juiste tools en aanpak, écht het verschil kunnen maken.

Vandaag zeggen we beiden uit de grond van ons hart...

Bedankt !

Ceulemans Stien en Mioč Luć

Lier, 25 mei 2026

Samenvatting

Probleemstelling: Therapieontrouw bij ouderen met chronische aandoeningen is een wereldwijd en groeiend probleem. Naar schatting volgt bijna 50% van de patiënten hun medicatieschema niet correct op, wat leidt tot slechtere gezondheidsuitkomsten, verhoogde ziekenhuisopnames en hogere zorgkosten. Vooral ouderen vormen een kwetsbare groep door polyfarmacie, cognitieve achteruitgang, beperkte gezondheidsvaardigheden en psychosociale factoren. Verpleegkundigen spelen een sleutelrol bij het signaleren en ondersteunen van therapietrouw, maar worden in de praktijk geconfronteerd met diverse barrières zoals tijdsdruk, een gebrek aan hulpmiddelen en de complexiteit van medicatieschema.

Doelstelling: Deze bachelorproef heeft als doel na te gaan welke interventies de therapietrouw bij ouderen met chronische aandoeningen kunnen bevorderen en hoe verpleegkundigen hierbij een centrale rol kunnen opnemen. Op basis van de literatuur werd een praktijkgericht ondersteuningsmodel ontwikkeld waarin educatie, gedragsveranderingstechnieken en digitale hulpmiddelen gecombineerd worden.

Methodologie: Er werd een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd in de databanken PubMed, Cochrane Library, SpringerLink, ScienceDirect en Limo, aangevuld met (inter)nationale richtlijnen. Er werd gezocht op een combinatie van MeSH-termen en trefwoorden in de periode 2017–2025, beperkt tot publicaties in het Engels en Nederlands. Op basis van vooraf vastgelegde inclusie- en exclusiecriteria werden 33 studies geselecteerd, waaronder RCT's, systematische reviews, cohortstudies, interventiestudies en richtlijnen.

Resultaten: Uit de literatuur blijkt dat er geen eenduidige oplossing bestaat om therapietrouw bij ouderen te bevorderen. Educatie en kennisverhoging alleen blijken onvoldoende effectief, maar in combinatie met gedragsinterventies en follow-up tonen ze een positief effect te hebben op een correcte medicatie-inname en zelfmanagement. Communicatie- en gespreksstrategieën zoals motiverende gespreksvoering en gedeelde besluitvorming versterken de betrokkenheid van de patiënt en leiden tot meer therapietrouw. Gedragsmodellen, waaronder het Health Belief Model, bleken effectieve kaders om interventies te structureren. Digitale hulpmiddelen zoals applicaties, sms-herinneringen en weekdozen toonden een significante vermindering in vergeten medicatiemomenten, mits afgestemd op de noden van ouderen en ondersteund door verpleegkundigen. Psychologische en cognitieve factoren, zoals angst of geheugenstoornissen, beïnvloeden therapietrouw sterk en vragen om een geïndividualiseerde aanpak.

Conclusie: Therapieontrouw bij ouderen met chronische aandoeningen is een complex probleem zonder gouden standaardoplossing. De resultaten tonen aan dat een integrale aanpak, waarin educatie, communicatie, gedragsmodellen en digitale hulpmiddelen worden gecombineerd, het meest beloftevol is. Verpleegkundigen hebben hierin een centrale rol als educator, motivator en begeleider. Het ontwikkelen en implementeren van praktijkgerichte tools en protocollen kan bijdragen aan het structureel bevorderen van therapietrouw en het bevorderen van de levenskwaliteit van ouderen. Verdere praktijkgericht onderzoek en validatie van interventies blijven noodzakelijk.

MeSH-termen: Medication Adherence / Aged / Chronic Disease / Nursing / Health Communication / Behavior Change.

Inhoudstafel

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
INHOUDSTAFEL	4
LIJST VAN FIGUREN	8
LIJST VAN TABELLEN	9
LIJST VAN AFKORTINGEN	10
INLEIDING	11
1 PROBLEEMSTELLING	12
1.1 Definitie	12
1.2 Risicofactoren/oorzaken	12
1.2.1 Een multidimensionale benadering volgens het WHO	12
1.2.1.1 Sociaal-economische factoren	13
1.2.1.2 Gezondheidszorgsysteem-en zorgverleners	13
1.2.1.3 Therapiegerelateerde factoren	14
1.2.1.4 Patiëntgerelateerde factoren	14
1.2.1.5 Aandoening-gerelateerde factoren	14
1.2.2 Niet-beïnvloedbare en beïnvloedbare risicofactoren	15
1.3 Signalen	15
1.3.1 Verandering in klinisch beeld zonder duidelijke verklaring	15
1.3.2 Onverklaarde ziekenhuisopnames of frequente heropnames	15
1.3.3 Verwarring of inconsistentie in medicatiegebruik	15
1.3.4 Verminderde cognitieve functies en geheugenklachten	16
1.3.5 Sociaal isolement en beperkte betrokkenheid bij zorg	16
1.4 Gevolgen	16
1.5 Maatschappelijke relevantie	17
2 CIJFERGEGEVENS	18
3 BEGRIPSOMSCHRIJVING	19
3.1 Therapietrouw	19
3.2 Therapieontrouw	19
3.3 De oudere	19
3.4 Chronische aandoeningen	19

	5
3.5 Zorgvrager	19
3.6 Patiënt	20
3.7 Bewoner	20
3.8 Zorgverlener	20
3.9 Gelijkwaardige zorg	21
3.10 Curatieve zorg	21
3.11 Preventieve zorg	21
3.12 Gezondheidspromotie	21
3.13 Gezondheidseducatie	21
3.14 Gedragsveranderingstechnieken	22
3.15 Zelfdeterminatie theorie (Deci & Ryan, 1985)	22
3.16 Stages of change	22
3.17 Motiverende gespreksvoering	22
3.18 Het gedragswiel/COM B model	23
3.19 Proactief zorgmodel	23
4 VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE	24
5 VRAAGSTELLING	25
5.1 Conceptueel model	25
6 ZOEKSTRATEGIE	26
6.1 Inclusie- en exclusiecriteria	28
6.1.1 Inclusiecriteria	28
6.1.2 Exclusiecriteria	28
6.2 Selectie en data extractie	29
6.3 Flowchart	30
7 RESULTATEN	31
7.1 Inleiding	31
7.2 Thematische categorieën voor interventies	31
7.2.1 Voorlichting en kennisbevordering	31
7.2.2 Communicatie- en gespreksstrategieën	32
7.2.3 Methoden en modellen voor gedragsverandering	34
7.2.4 Meetinstrumenten voor therapietrouw	36
7.2.5 Omgevings- en contextuele factoren	39
7.2.6 Psychologische en cognitieve beïnvloedingsfactoren	39

7.2.7	Verpleegkundige interventies	40
7.2.8	Evaluatie van het medicatieschema	41
7.2.9	Betrokkenheid van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen	42
7.2.10	Digitale hulpmiddelen en geheugensteuntjes	43
8	PROTOTYPE	45
8.1	Ontwerpproces van het prototype	45
8.2	Beoogde doelgroep en eindgebruikers	45
8.3	Inspiratie uit bewezen methodieken en interventies	46
8.4	Kern-en subdoelstellingen van het prototype	47
8.5	Werking en praktische toepassing	48
8.5.1	Gedragsanalyse via COM-B model	48
8.5.2	Vaststellen van de veranderingsfase met het Stages Of Change-model	50
8.5.3	Implementatieplan volgens de PDCA-cyclus	51
8.5.4	Mogelijke interventies gebaseerd op de verschillende determinanten van het gedragswiel	52
8.5.4.1	Fysieke omgeving	52
8.5.4.2	Sociaal-culturele omgeving	53
8.5.4.3	Economische omgeving	53
8.5.4.4	Politieke/beleidsmatige omgeving	53
8.5.4.5	Psychologische, sociale en lichamelijke capaciteiten	53
8.5.4.6	Reflectieve motivatie	54
8.5.4.7	Automatische motivatie	54
8.5.5	Evaluatie van resultaten en effectiviteit	54
8.5.6	Vervolgacties en duurzame opvolging	55
8.6	De TAT-app: een verbetertraject voor vroegtijdige herkenning van therapieontrouw en gedragsverandering in de eerstelijnszorg. (MIOČ LUČI)	56
8.6.1	Inleiding	56
8.6.2	Het belang van de vroegtijdige herkenning van therapieontrouw in de eerstelijnszorg	56
8.6.3	De rol van de verpleegkundige als motivator en coach bij gedragsverandering in de eerstelijnszorg	58
8.6.4	Verankering van gedragsverandering: van motivatie naar volgehouden therapietrouw	59
8.6.5	Doelstelling en relevantie van de TAT-app binnen de eerstelijnszorg	60
8.6.6	Besluit	62
8.6.7	Visuele voorstelling TAT-app	62
8.7	Steekkaarten: een hulpmiddel voor het herkennen van signalen van therapieontrouw in het woonzorgcentrum (Ceulemans Stien)	64
8.7.1	Inleiding	64
8.7.2	Het belang van de vroegtijdige herkenning van therapieontrouw in het woonzorgcentrum	64
8.7.3	De rol van de verpleegkundige als observator, communicator en coördinator bij therapieontrouw in het woonzorgcentrum	65
8.7.4	Verankering van gedragsverandering: van observatie naar volgehouden therapietrouw	66
8.7.5	Doelstelling en relevantie van de steekkaarten binnen het woonzorgcentrum	67
8.7.6	Besluit	68
8.7.7	Visuele voorstelling steekkaarten	69
9	IMPLEMENTATIEPLAN	72
9.1	Het belang van de TAT-app en steekkaarten bij het herkennen van therapieontrouw en het bevorderen van therapietrouw	72
9.2	Stapsgewijze en doordachte invoering van het hulpmiddel	72

9.3	Gewenste einddoelen en succescriteria van de implementatie	73
9.4	Verandering stimuleren: cultuur en leiderschap in gezondheidsbevordering	74
9.4.1	Een gezamenlijke visie: preventie begint bij tijdige herkenning	74
9.4.2	Van bewustwording naar concrete actie in patiëntenvoorlichting	74
9.4.3	Leiderschap als motor van duurzame gedragsverandering	75
9.4.4	Van terughoudendheid naar betrokken eigenaarschap	75
9.5	Methodologische overwegingen voor implementatie	76
9.5.1	Effectief stakeholdermanagement als succesfactor	76
9.5.2	Een stevig kader voor duurzame en meetbare implementatie	77
9.5.3.	Scholing en professionalisering van zorgverleners voor optimaal gebruik van de TAT-app/steekkaarten	78
9.5.3.1.	Verdieping van klinische expertise	78
9.5.3.2.	Effectieve communicatie en patiëntgerichte voorlichting	78
9.5.3.3.	Zelfreflectie en bewustwording van vooroordelen	78
9.5.3.4.	Praktische toepassing in de dagelijkse zorgpraktijk	78
9.5.3.5.	Kennis als fundament voor impactvolle gezondheidseducatie	78
9.5.4.	Innovatie en risicobeheer in gezondheidsvoorlichting	78
9.5.4.1.	Digitale distributie en doelgerichte communicatie	78
9.5.4.2.	Interactief leren via microlearning en visuele animaties	79
9.5.4.3.	Gebruik van data-analyse voor het opstellen van risicoprofielen	79
9.5.4.4.	Ethische en juridische randvoorwaarden	79
9.5.4.5.	Afweging tussen effectiviteit en praktische uitvoerbaarheid	79
9.5.4.6.	Conclusie: technologie als katalysator voor preventie en bewustwording	79
9.6.	Stapsgewijze implementatie volgens het GPS-model	79
9.6.1.	Fase 1: Analyse – in kaart brengen van uitdagingen en noden	80
9.6.2.	Fase 2: Doelen formuleren – vastleggen van concrete en haalbare resultaten	81
9.6.3.	Fase 3: Interventieontwikkeling – inhoudelijke en visuele uitwerking van de TAT-app/ steekkaarten	82
9.6.4.	Fase 4: Praktijkintroductie – gefaseerde uitrol en ondersteuning	83
9.6.5.	Fase 5: Evaluatie en verankering – structurele opname in beleid en werkwijze	84
9.6.6.	Fase 6: Projectafsluiting en duurzame doorontwikkeling van de interventie	85
9.6.6.1.	Visuele voorstelling feedbackdocument	86
9.7.	Slotbeschouwing	89
9.8.	Beleidsaanbevelingen op micro-, meso- en macroniveau	89
9.8.1.	Microniveau: gerichte gedragsverandering en individuele begeleiding	89
9.8.2.	Mesoniveau: opname van de tools in organisatiebeleid en zorgprocessen	90
9.8.3.	Macroniveau: samenwerking tussen sectoren en beleidsmatige borging	92
9.8.4.	Eindconclusie: een structurele stap naar gelijkwaardige en therapietrouwe zorg	93
10.	DISCUSSIE	95
11.	CONCLUSIE	99
12.	REFERENTIELIJST	101
13	BIJLAGEN	104
13.1	Bijlage 1: Didactisch overzicht: “van signalen naar oplossingen”	104

Lijst van figuren

Figuur 1: De vijf dimensies die therapietrouw beïnvloeden.	13
Figuur 2: Conceptueel model.	25
Figuur 3: Zoekboom.	30
Figuur 4: Het Krach-T model van Gezond Leven.	34
Figuur 5: Het COM-B-model en de Behaviour Change Wheel.	48
Figuur 6: Stages of Change model.	50
Figuur 7: Het PDCA-model.	51
Figuur 8: Het gedragswiel.	52
Figuur 9: Van inzicht naar actie: theoretisch werkmodel; eigen bewerking (Mioc,2026).	60
Figuur 10: voorbeeld van het startscherm van de TAT-app: eigen ontwerp, Mioc (2026).	62
Figuur 11: voorbeelden van de TAT-app: eigen ontwerp, Mioc (2026).	63
Figuur 12: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026).	69
Figuur 13: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026).	69
Figuur 14: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026).	70
Figuur 15: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026).	70
Figuur 16: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulamans (2026).	70
Figuur 17: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026).	71
Figuur 18: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026).	71
Figuur 19: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026).	80
Figuur 20: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026).	81
Figuur 21: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026).	82
Figuur 22: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026).	83
Figuur 23: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026).	84
Figuur 24: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026).	85
Figuur 25: voorbeeld van het feedbackdocument: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026).	87
Figuur 26: voorbeeld van het feedbackdocument: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026).	88
Figuur 27: didactisch overzicht: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026).	104

Lijst van tabellen

Tabel 1: Voorbeeldstructuur van de Medication Adherence Report Scale (MARS)	36
Tabel 2: Voorbeeldstructuur van de Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)	37
Tabel 3: Voorbeeldstructuur van de Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)	37
Tabel 4: Eigen bewerking/overzicht van de 3 meetinstrumenten.	38

Lijst van afkortingen

3E2S	Health Literacy and Health Behavior-3E2S (Education, Empowerment, Engagement – Self-management, Self-efficacy)
aOR	Adjusted Odds Ratio
App	Applicatie
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BMQ	Beliefs about Medicines Questionnaire
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CI	Confidence Interval (betrouwbaarheidsinterval = BI)
COM-B model	Capability, Opportunity, Motivation – Behavior model
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
g	Hedges' g (effect size maat)
GPS-model	Gestructureerd Procesmatig Stappenplan
HbA1c-waarde	Gemiddelde bloedglucoseconcentratie over de afgelopen 2 à 3 maanden
MARS	Medication Adherence Rating Scale
MMAS	Morisky Medication Adherence Scale
MNCDQ	Management of Non-Communicable Diseases Questionnaire
OR	Odds Ratio
P-waarde	Probability-waarde (significantieniveau)
PDCA-cyclus	Plan-Do-Check-Act cyclus
RCT's	Randomized Controlled Trials
RDST-score	Rapid Dementia Screening Test
RR	Risk Ratio / Relative Risk
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden (doelstellingen)
SMD	Standardized Mean Difference
SMS	Short Message Service
TAT	Therapietrouw Assistent Tool
Vs	Versus
WHO	World Health Organization
WZC	Woonzorgcentrum
ZDT	Zelfdeterminatietheorie

Inleiding

“Medicijnen werken niet als patiënten ze niet innemen.” Deze vaak geciteerde uitspraak van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vat kernachtig het probleem van therapieontrouw samen. Wereldwijd wordt geschat dat slechts 50% van de patiënten met een chronische aandoening hun medicatie correct inneemt (Sabaté, 2003). Bij ouderen, die vaak te maken hebben met multimorbiditeit en polyfarmacie, liggen de cijfers nog lager, met alle gevolgen van dien: hogere morbiditeit, meer ziekenhuisopnames en een aanzienlijke druk op de gezondheidszorg. Ook in België vormt therapieontrouw een hardnekkige uitdaging binnen de verpleegkundige praktijk. Het is dan ook een thema dat niet alleen medische, maar ook maatschappelijke relevantie draagt.

Binnen dit brede probleem hebben wij ons in deze bachelorproef specifiek gericht op ouderen (≥65 jaar) met chronische aandoeningen in de eerstelijnszorg en woonzorgcentra. Deze doelgroep is bijzonder kwetsbaar voor therapieontrouw door een combinatie van cognitieve achteruitgang, polyfarmacie, complex medicatiegebruik en afhankelijkheid van zorgverleners. Onze centrale onderzoeksvraag luidt dan ook: “Wat is het effect van de implementatie van educatieve steekkaarten en de voorstelling van de TAT-app, gericht op gedragsverandering, op het bevorderen van therapietrouw bij ouderen met chronische aandoeningen in een woonzorgcentrum en thuissituatie, in vergelijking met standaardzorg?”

Om hierop een onderbouwd antwoord te formuleren, voerden wij een systematische literatuurstudie uit. Daarbij werden meerdere databanken geraadpleegd (waaronder PubMed, Cochrane Library, SpringerLink, ScienceDirect en Limo) en werden relevante (inter)nationale richtlijnen meegenomen. De selectie van studies gebeurde op basis van vooraf vastgelegde inclusie- en exclusiecriteria, en de kwaliteit van de literatuur werd beoordeeld met de CASP-checklists. Dit resulteerde in een diverse set van RCT's, systematische reviews, interventiestudies en praktijkgerichte bronnen die inzicht geven in zowel oorzaken als interventies bij therapieontrouw.

De opbouw van deze bachelorproef weerspiegelt volgende aanpak. Eerst worden het probleem en de belangrijkste oorzaken en gevolgen van therapieontrouw bij ouderen uiteengezet. Vervolgens bespreken we de resultaten van onze literatuurstudie, onderverdeeld in thematische categorieën zoals educatie, communicatiestrategieën, gedragsmodellen, verpleegkundige interventies, digitale hulpmiddelen en psychologische factoren. Op basis van deze inzichten ontwierpen we een prototype (TAT-app en steekkaarten) dat verpleegkundigen ondersteunt bij het herkennen en aanpakken van therapieontrouw. Dit prototype wordt verder uitgewerkt binnen een implementatieplan, waarbij gebruik is gemaakt van onderbouwde modellen zoals COM-B, Het gedragswiel, Stages of Change en de PDCA-cyclus. Tot slot bespreken we de evaluatie en borging van dit hulpmiddel, met aanbevelingen op micro-, meso- en macroniveau.

Het objectief van deze bachelorproef is dan ook tweeledig. Enerzijds wil deze bachelorproef bijdragen aan de wetenschappelijke kennis rond therapietrouw bij ouderen. Anderzijds wil dit werk een praktisch inzetbaar hulpmiddel ontwikkelen dat verpleegkundigen in hun dagelijkse praktijk kunnen gebruiken. Daarmee beogen wij een concrete bijdrage te leveren aan het bevorderen van therapietrouw en de kwaliteit van leven bij ouderen.

1 Probleemstelling

Therapieontrouw is wereldwijd een groot en hardnekkig gezondheidsprobleem met aanzienlijke gevolgen voor de volksgezondheid. Het niet correct innemen van voorgeschreven medicatie ondermijnt niet alleen de effectiviteit van behandelingen, maar verhoogt ook het risico op complicaties, ziekenhuisopnames, vermijdbare mortaliteit en stijgende gezondheidskosten. Vooral bij patiënten met chronische aandoeningen, waarbij langdurige en vaak complexe medicatieschema's noodzakelijk zijn, vormt therapietrouw een cruciale determinant voor het behalen van optimale gezondheidsuitkomsten (Agarwal et al., 2025).

Volgens Sabaté (2003) neemt in hoogontwikkelde landen gemiddeld slechts 50% van de patiënten met chronische aandoeningen hun medicatie zoals voorgeschreven. Dit betekent dat de helft van deze patiënten het voorgeschreven behandelplan niet correct opvolgt, wat een aanzienlijke impact heeft op ziekteprogressie en levenskwaliteit. In lage- en middeninkomenslanden liggen deze percentages vaak nog lager, mede door beperkte toegang tot zorg, financiële barrières en structurele ongelijkheden binnen het gezondheidssysteem.

Gelet op de vergrijzing van de bevolking en de toename van chronische aandoeningen, zal het belang van therapietrouw in de komende jaren alleen maar toenemen. Het bevorderen van therapietrouw is dan ook niet louter een individuele zorgdoelstelling, maar een essentiële uitdaging binnen de hedendaagse verpleegkundige praktijk en gezondheidszorg in het algemeen (Adachi et al., 2025).

1.1 Definitie

Therapieontrouw, ook wel medicatie-ontrouw of non-adherentie genoemd, verwijst naar het niet volgen van een overeengekomen behandelplan zoals voorgeschreven door een zorgverlener. Dit kan betrekking hebben op het geheel of gedeeltelijk niet innemen van medicatie, het overslaan van doses, het voortijdig stoppen van de behandeling of het niet naleven van dieet- en leefstijladviezen. De WHO definieert therapieontrouw als: *“The extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes – corresponds with agreed recommendations from a health care provider”* (Sabaté, 2003).

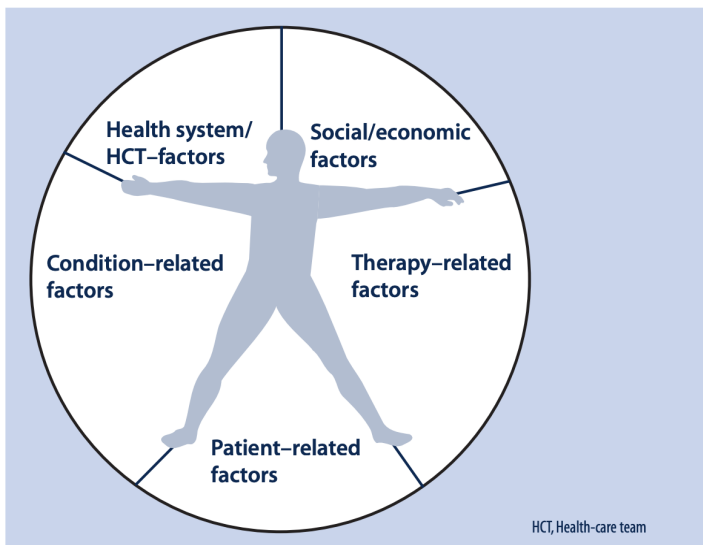
In deze bachelorproef ligt de nadruk niet uitsluitend op het foutief of onregelmatig innemen van medicatie, maar op therapieontrouw in de brede zin: het niet naleven van zowel medicatie-, dieet- als leefstijladviezen. Deze bredere benadering weerspiegelt het uitgangspunt dat therapietrouw meer omvat dan enkel farmacologisch gedrag. Ook voedingspatroon, beweging, rook- of alcoholgebruik, en andere leefgewoonten hebben een cruciale invloed op het succes van een behandeling.

1.2 Risicofactoren/oorzaken

1.2.1 Een multidimensionale benadering volgens het WHO

Onderstaande figuur illustreert het multidimensionale kader van de WHO, waarin therapietrouw wordt benaderd als het resultaat van een complexe wisselwerking tussen vijf dimensies. Niet enkel patiëntgebonden factoren spelen een rol, maar ook therapie gerelateerde kenmerken, de aard van de aandoening, sociaal-economische omstandigheden en factoren die samenhangen met het zorgsysteem en de organisatie van zorg. Deze benadering benadrukt dat therapietrouw geen individuele verantwoordelijkheid van de

patiënt alleen is, maar een gedeelde uitdaging waarbij zorgverleners, zorgstructuren en contextuele factoren een cruciale invloed uitoefenen.



Figuur 1: De vijf dimensies die therapietrouw beïnvloeden. Overgenomen uit Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action (p. 41), door World Health Organization, 2003, WHO. © 2003 World Health Organization.

1.2.1.1 Sociaal-economische factoren

Sociaal-economische omstandigheden spelen een fundamentele rol in de therapietrouw van patiënten. Armoede, lage opleiding, beperkte toegang tot zorg en gebrek aan sociale steun zijn sterke voorspellers van therapieontrouw (Sabaté, 2003).

Zo toont een systematische review en meta-analyse aan dat voedselonzekerheid (aOR = 0.56) en huisvestingsinstabiliteit (aOR = 0.64) significant geassocieerd zijn met verminderde therapietrouw (Wilder et al., 2021). Deze sociaal-economische stressfactoren verminderen de mentale en materiële ruimte van patiënten om medicatie consequent in te nemen.

Daarnaast blijkt uit een studie van Mendorf et al. (2023) dat ouderen vaak onvoldoende gezondheidsvaardigheden hebben, wat leidt tot onbegrip over medicatie-instructies of onvermogen om deze zelfstandig toe te passen. Dit geldt in het bijzonder bij patiënten met cognitieve achteruitgang, beperkte toegang tot informatie, taalbarrières of sociaal isolement.

1.2.1.2 Gezondheidszorgsysteem-en zorgverleners

De structuur van het zorgsysteem en de interactie tussen zorgverleners en patiënten beïnvloeden in hoge mate de therapietrouw. Wanneer zorg gefragmenteerd is of communicatie gebrekkig verloopt, ontstaan er fouten en onzekerheden in het medicatiegebruik.

Het artikel van Kramers (2019) beschrijft de casus van de heer Halman, een oudere patiënt met meerdere aandoeningen en meerdere voorschrijvers. Door een gebrek aan coördinatie tussen de betrokken specialisten ontstond er verwarring over welke medicatie moest worden ingenomen. De patiënt paste zelf doseringen aan, waardoor ernstige complicaties optraden (Kramers, 2019).

Daarnaast blijkt uit onderzoek van Adachi et al. (2025) dat patiënten met cognitieve beperkingen slechter scoren op het vlak van samenwerking met zorgverleners. Ze stellen minder vragen en begrijpen instructies minder goed, wat hun therapietrouw ondermijnt.

1.2.1.3 Therapiegerelateerde factoren

Complexiteit van het medicatieschema is één van de sterkste voorspellers van therapieontrouw. Volgens de WHO (2003) gaat het hier onder andere over doseringsfrequentie, toedieningsvorm, bijwerkingen, en de duur van de behandeling.

Uit de studie van Ploeg & Gobbens (2016) blijkt dat de therapietrouw aanzienlijk daalt naarmate het aantal dagelijkse doseringen stijgt: van 79% bij eenmalige inname tot slechts 51% bij viermaal daagse inname. Vooral bij ouderen kan dit leiden tot medicatiefouten, zeker wanneer medicatie moet worden gesplitst of afgewisseld.

Kramers (2019) benadrukt daarnaast de impact van polyfarmacie: hoe meer pillen een patiënt inneemt, hoe lager de therapietrouw. Bij tien of meer geneesmiddelen is therapietrouw soms nauwelijks nog haalbaar.

1.2.1.4 Patiëntgerelateerde factoren

Patiëntgebonden factoren zoals kennis, overtuigingen, cognitieve functies en motivatie spelen een centrale rol in therapietrouw. Volgens Mendorf et al. (2023) is therapieontrouw bij ouderen vaak het gevolg van een combinatie van vergeetachtigheid, gebrek aan kennis en intentioneel aanpassen van de behandeling.

De auteurs onderscheiden drie belangrijke redenen:

- Modificaties: de patiënt verandert de medicatie op eigen initiatief
- Onwetendheid: de patiënt begrijpt de werking of het belang van de medicatie niet
- Vergeetachtigheid: de patiënt vergeet simpelweg inname

Adachi et al. (2025) vonden dat cognitieve achteruitgang (RDST-score ≤ 9) significant geassocieerd is met lage therapietrouw.

1.2.1.5 Aandoening-gerelateerde factoren

Chronische aandoeningen met weinig directe symptomen (zoals hypertensie of hypercholesterolemie) leiden sneller tot therapieontrouw, omdat patiënten het nut van de medicatie niet onmiddellijk ervaren (Sabaté, 2003).

Volgens Mendorf et al. (2023) komt therapieontrouw vaker voor bij oudere patiënten met de ziekte van Parkinson, onder meer door geheugenproblemen en wantrouwen in medicatie bij motorische of mentale fluctuaties. Ook Adachi et al. (2025) wijzen op een duidelijke link tussen cognitieve stoornissen en lage scores op samenwerking met zorgverleners en therapietrouw.

Therapieontrouw is een multifactorieel probleem dat niet uitsluitend bij de patiënt ligt, maar wordt bepaald door een netwerk van invloeden op vijf niveaus. Effectieve aanpak vereist een integrale benadering waarbij aandacht wordt besteed aan sociale context, structuur van de zorg, therapie-opbouw, patiëntkenmerken en de aard van de aandoening.

1.2.2 Niet-beïnvloedbare en beïnvloedbare risicofactoren

Niet-beïnvloedbare risicofactoren zijn kenmerken die vastliggen en niet veranderd kunnen worden, zoals leeftijd, geslacht, genetische aanleg, en de ernst of het stadium van de ziekte. Ook cognitieve achteruitgang door bijvoorbeeld dementie of neurologische aandoeningen kan hieronder vallen (G. Liquori, 2023).

Beïnvloedbare risicofactoren zijn factoren die door interventies wel aangepakt of verminderd kunnen worden. Deze omvatten onder andere gebrek aan kennis over het ziektebeeld of de medicatie, lage motivatie, complexe medicatieschema's, bijwerkingen, sociaal isolement, financiële barrières, en beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook onvoldoende communicatie tussen zorgverlener en patiënt valt hieronder en kan verbeterd worden door educatie, motiverende gespreksvoering en gebruiksvriendelijke hulpmiddelen, zoals de TAT-app en steekkaarten (Schnorrerova et al. 2025).

Een effectieve strategie ter bevordering van therapietrouw richt zich daarom vooral op het verminderen van beïnvloedbare factoren, terwijl voor niet-beïnvloedbare factoren extra ondersteuning en maatwerk nodig is.

1.3 Signalen

Therapieontrouw is een wijdverspreid fenomeen bij oudere patiënten en gaat vaak gepaard met subtiele of duidelijke signalen. Voor zorgverleners is het essentieel om deze signalen vroegtijdig te herkennen om negatieve gezondheidsuitkomsten te voorkomen. In wat volgt, wordt een overzicht gegeven van mogelijke signalen van therapieontrouw.

1.3.1 Verandering in klinisch beeld zonder duidelijke verklaring

Een van de belangrijkste signalen van therapieontrouw is een onverwachte verslechtering of verbetering van het klinisch beeld, zonder dat er een duidelijke medische verklaring is. Mendorf et al. (2023) stellen dat motorische verslechtering bij Parkinsonpatiënten soms niet het gevolg is van de aandoening zelf, maar van onregelmatig medicatiegebruik. Een vergelijkbaar signaal is het herhaaldelijk niet bereiken van streefwaarden, zoals bij bloeddruk of cholesterol.

1.3.2 Onverklaarde ziekenhuisopnames of frequente heropnames

Volgens Sabaté (2003) en Mendorf et al. (2023) verhoogt therapieontrouw het risico op ziekenhuisopnames, heropnames en complicaties. Ouderen die regelmatig in het ziekenhuis belanden met een plotse terugval van chronische aandoeningen, moeten gescreend worden op therapietrouw.

1.3.3 Verwarring of inconsistentie in medicatiegebruik

Zorgverleners merken therapieontrouw vaak op wanneer patiënten onzeker zijn over hun medicatieschema of wanneer meerdere medicatielijsten circuleren. In de casus van de heer Halman Kramers (2019) leidde het gebruik van dubbele voorschriften tot zelfaangepaste doseringen. Ploeg en Gobbens (2016) wijzen eveneens op het frequent voorkomen van medicatiefouten bij ouderen, zeker bij complexe regimes.

1.3.4 Verminderde cognitieve functies en geheugenklachten

Adachi et al. (2025) tonen aan dat ouderen met cognitieve achteruitgang significant lagere scores hebben op therapietrouwschalen. Zij vergeten medicatie in te nemen of verwarren doseringen. Bij deze groep is extra opvolging noodzakelijk, zeker wanneer ook andere tekenen van functionele achteruitgang aanwezig zijn.

1.3.5 Sociaal isolement en beperkte betrokkenheid bij zorg

Patiënten die weinig sociale steun ervaren of niet actief deelnemen aan hun zorgtraject, lopen een groter risico op therapieontrouw. Wilder et al. (2021) benadrukken dat sociale determinanten zoals voedselonzeekerheid, huisvestingsproblemen en lage gezondheidsvaardigheden bijdragen aan het ontstaan van therapieontrouw. Signalen hiervan zijn: niet opdagen op consultaties, geen vragen stellen, geen inzicht in medicatiegebruik.

1.4 Gevolgen

Wanneer medicatie niet correct wordt ingenomen, kunnen ernstige gevolgen ontstaan voor de gezondheid van de patiënt, de efficiëntie van de behandeling en het zorgsysteem als geheel.

Hierna worden de belangrijkste gevolgen van therapieontrouw besproken, op basis van inzichten uit de WHO-richtlijn en recente wetenschappelijke artikelen uit de literatuur.

Een van de meest directe gevolgen van therapieontrouw is het falen van de behandeling. Wanneer patiënten hun medicatie niet volgens voorschrift innemen, wordt de beoogde therapeutische werking vaak niet bereikt. Bij aandoeningen zoals hartfalen, diabetes of hypertensie leidt dit tot een verhoogd risico op complicaties. De WHO stelt dat therapieontrouw wereldwijd verantwoordelijk is voor een aanzienlijk deel van vermijdbare ziektelast en sterfte. Dit wordt bevestigd door Wilder et al. (2021), die in hun meta-analyse aantonen dat patiënten met negatieve sociale determinanten (zoals voedselonzeekerheid of huisvestingsproblemen) een verhoogde kans lopen op medische complicaties als gevolg van therapieontrouw.

Een ander belangrijk gevolg zijn onnodige ziekenhuisopnames. Patiënten die hun medicatie onregelmatig of foutief gebruiken, lopen meer risico op acute exacerbaties, wat vaak leidt tot spoedopnames of heropnames. Kramers (2019) beschrijft hoe een oudere man met polyfarmacie door verkeerd medicatiegebruik opgenomen werd met ernstige nierinsufficiëntie. De inconsistentie in medicatiegebruik bleek deels het gevolg van gebrekkige coördinatie tussen zorgverleners, maar ook door de patiënt aangebrachte aanpassingen in de dosering.

Naast fysieke complicaties zijn er ook economische gevolgen. De WHO Sabaté (2003) wijst op de verhoogde zorgkosten ten gevolge van therapieontrouw, waaronder kosten voor extra consultaties, ziekenhuisopnames, bijkomende medicatie en intensieve behandelingen. Dit legt niet alleen een zware last op het gezondheidssysteem, maar ook op de patiënt zelf, zeker wanneer sociale ondersteuning ontbreekt.

Therapieontrouw heeft bovendien invloed op de kwaliteit van leven. Mendorf et al. (2023) beschrijven dat bij patiënten met Parkinson die hun medicatie niet trouw innemen, de motorische symptomen toenemen, het dagelijks functioneren verslechtert en de

afhankelijkheid van zorg toeneemt. Cognitieve achteruitgang, zoals aangetoond door Adachi et al. (2025), leidt tot een verdere afname van therapietrouw en een vicieuze cirkel van gezondheidsverlies.

Ten slotte heeft therapieontrouw impact op de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Wanneer behandeldoelen niet gehaald worden, kan dit leiden tot frustratie, wantrouwen en communicatieproblemen. Patiënten voelen zich onbegrepen, terwijl zorgverleners vermoeden dat de patiënt 'niet meewerkt'. Dit kan motiverende gespreksvoering bemoeilijken en de betrokkenheid bij het zorgtraject verminderen (Mendorf et al., 2023).

Samengevat zijn de gevolgen van therapieontrouw ernstig en veelomvattend. Ze raken niet alleen de gezondheid van de patiënt, maar ook de kwaliteit van zorg, de zorgkosten en de therapeutische relatie. Vroegtijdige herkenning, individueel afgestemde interventies en samenwerking tussen zorgverleners zijn cruciaal om deze gevolgen te beperken.

1.5 Maatschappelijke relevantie

De WHO beschouwt therapieontrouw als een van de belangrijkste factoren die de effectiviteit van medische behandelingen beperken, waarbij naar schatting 30% tot 50% van de patiënten met chronische aandoeningen hun medicatie niet inneemt zoals voorgeschreven (Mackridge et al., 2025). Deze suboptimale naleving leidt tot een verhoogde morbiditeit en mortaliteit, een lagere kwaliteit van leven en een aanzienlijke economische last voor de samenleving. Binnen Europa wordt therapieontrouw jaarlijks in verband gebracht met bijna 200.000 vroegtijdige sterfgevallen en wordt het geraamd op ongeveer €125 miljard aan extra zorgkosten (Mackridge et al., 2025).

De maatschappelijke urgentie wordt verder benadrukt door de toenemende prevalentie van chronische aandoeningen, vooral in vergrijzende populaties. Oudere volwassenen hebben vaak te maken met polyfarmacie, complexe medicatieschema's en cognitieve of fysieke beperkingen, waardoor de kans op therapieontrouw stijgt (Selcuk et al., 2025). Dit verhoogt niet alleen het risico op complicaties en ziekenhuisopnames, maar leidt ook tot een hogere druk op eerstelijnszorg en mantelzorgers.

Bovendien kan therapieontrouw resulteren in suboptimale behandelingsresultaten, wat leidt tot intensievere zorgbehoeften, langere opnameduur en hogere kosten voor gezondheidszorgsystemen. Effectieve interventies, zoals gepersonaliseerde educatie, digitale geheugensteuntjes en gedragsveranderingstechnieken, zijn noodzakelijk om deze trend te keren (Schnorrerova et al., 2025). De maatschappelijke relevantie van dit probleem maakt dat investeringen in interventies ter bevordering van therapietrouw niet alleen medisch, maar ook economisch rendabel zijn.

Het bevorderen van therapietrouw vereist een multidisciplinaire en multifactoriële benadering, waarbij rekening wordt gehouden met zowel patiëntgebonden factoren als structurele barrières binnen het zorgsysteem. Alleen door gezamenlijke inspanningen van zorgverleners, beleidsmakers en de maatschappij kan de negatieve impact van therapieontrouw effectief worden verminderd.

2 Cijfergegevens

Therapieontrouw vormt wereldwijd een hardnekkig gezondheidsprobleem met grote impact op de volksgezondheid. Volgens de WHO neemt in hoogontwikkelde landen gemiddeld slechts 50% van de patiënten met een chronische aandoening hun medicatie zoals voorgeschreven (Sabaté, 2003). Vooral ouderen worden disproportioneel getroffen: hun therapietrouw ligt gemiddeld lager door multimorbiditeit, polyfarmacie en cognitieve achteruitgang. Uit het werk van Jeon et al. (2022) blijkt dat ongeveer de helft van de oudere volwassenen moeite heeft om langdurige medicatieschema's correct op te volgen, wat leidt tot een verminderde effectiviteit van behandelingen en verhoogde kans op complicaties.

Een cross-sectionele studie van Ge et al. (2023) toont aan dat medicatie-ontrouw zowel bij jongere als oudere volwassenen voorkomt, maar dat ouderen aanzienlijk vaker barrières ervaren, zoals de complexiteit van het medicatieschema en vergeetachtigheid. Bij 74,1% van de ouderen die vier of meer geneesmiddelen gebruiken, werd de complexiteit van het medicatieschema als belangrijkste oorzaak van therapieontrouw aangeduid, terwijl meer dan de helft (51,7%) meerdere pillen op hetzelfde moment innam, wat het risico op fouten verhoogde.

Ook Europese cijfers bevestigen dit probleem. G. Liquori. (2023) bracht in een overkoepelende review de oorzaken van therapieontrouw bij thuiswonende ouderen met multimorbiditeit in kaart. Zij stelden dat meer dan 40% van deze patiënten hun medicatie niet correct inneemt, met als belangrijkste determinanten cognitieve beperkingen, lage gezondheidsvaardigheden en gebrek aan sociale ondersteuning. Jeon et al. (2022) rapporteerden in hun studie bij gehospitaliseerde ouderen dat een aanzienlijk deel van de patiënten hun eigen therapietrouw overschatte, terwijl medicatielijsten en ziekenhuisgegevens aantoonden dat de therapietrouw in werkelijkheid veel lager lag.

Het maatschappelijk belang van dit probleem wordt benadrukt door de economische gevolgen. Volgens Mackridge et al. (2025) wordt therapieontrouw in Europa geassocieerd met bijna 200.000 vroegtijdige sterfgevallen per jaar en een geschatte kost van €125 miljard aan extra zorguitgaven. In België ontbreken specifieke nationale registraties, maar extrapolatie op basis van Europese en internationale data doet vermoeden dat ongeveer één op drie patiënten met een chronische aandoening zijn medicatie niet correct gebruikt (Boland & van der Velden, 2018).

Samengevat tonen deze cijfers aan dat therapieontrouw een wijdverspreid probleem is dat zowel de individuele patiënt als het bredere gezondheidssysteem zwaar belast. De prevalentie ligt wereldwijd, en ook in België hoog, met bijzonder grote uitdagingen bij de oudere populatie. Deze epidemiologische inzichten benadrukken de noodzaak van doelgerichte interventies om therapietrouw te bevorderen.

3 Begripsomschrijving

3.1 Therapietrouw

Therapietrouw, of medicatietrouw, verwijst naar de mate waarin het innemen van medicatie door de patiënt overeenkomt met het door de zorgverlener voorgeschreven behandelplan, inclusief het starten van de therapie (initiatie), het correct opvolgen van het doseringsschema (implementatie) en het volhouden van de behandeling tot het einde (persistentie) (Schnorrerova et al., 2025).

3.2 Therapieontrouw

Therapieontrouw verwijst naar het niet (volledig) naleven van het overeengekomen behandelplan, zoals voorgeschreven of afgesproken met een zorgverlener. Dit omvat niet enkel het onregelmatig of foutief innemen van medicatie, maar ook het niet opvolgen van andere therapeutische aanbevelingen zoals dieet- en leefstijladviezen, rookstop, fysiotherapie of het niet bijwonen van medische consultaties. Therapieontrouw kan zowel niet-intentioneel zijn — bijvoorbeeld door vergeetachtigheid, praktische belemmeringen of cognitieve problemen — als intentioneel zijn, bijvoorbeeld door negatieve overtuigingen, gebrek aan motivatie of een beperkt ziekte-inzicht (Schnorrerova et al., 2025).

3.3 De oudere

Een oudere wordt doorgaans gedefinieerd als een persoon van 65 jaar of ouder, een leeftijdsgrens die vaak wordt gehanteerd in klinisch en epidemiologisch onderzoek om de oudere populatie af te bakenen. Deze groep heeft een verhoogde kans op chronische aandoeningen, multimorbiditeit en complexe zorgbehoeften, waaronder uitdagingen op het gebied van medicatietrouw (Selcuk et al., 2025).

3.4 Chronische aandoeningen

Chronische aandoeningen zijn langdurige aandoeningen die meestal langzaam in hun ontwikkeling zijn en gedurende langere tijd aanhouden, vaak levenslang. Ze vereisen doorgaans voortdurende medische zorg en beïnvloeden het dagelijks functioneren van de patiënt. Bij oudere volwassenen gaan chronische aandoeningen vaak gepaard met polyfarmacie en een verhoogd risico op therapieontrouw, waardoor gerichte interventies noodzakelijk zijn (Selcuk et al., 2025).

3.5 Zorgvrager

De term zorgvrager verwijst naar elke persoon die zorg, ondersteuning of begeleiding nodig heeft, ongeacht de setting (thuiszorg, ziekenhuis of woonzorgcentrum). Deze term benadrukt niet zozeer de ziekte of wooncontext, maar de zorgbehoefte en het recht op ondersteuning. In het kader van terapietrouw is het belangrijk om de zorgvrager te zien als iemand met individuele mogelijkheden, beperkingen en motivaties, beïnvloed door cognitieve, sociale en gezondheidsvaardigheden (G. Liquori, 2023). Factoren zoals gezondheidsgeletterdheid, sociale steun en zelfmanagementvaardigheden spelen hierbij een cruciale rol (Boland & van der Velden, 2018). Het gebruik van de term zorgvrager sluit aan bij een

empowermentgerichte benadering, waarbij autonomie en gedeelde verantwoordelijkheid in het zorgproces worden benadrukt (Wilder et al., 2021).

3.6 Patiënt

Een patiënt is een persoon die medische of verpleegkundige zorg ontvangt in het kader van een ziekte, aandoening of gezondheidsprobleem. Binnen het thema therapietrouw verwijst de term patiënt vaak naar iemand die een voorgeschreven behandelplan dient te volgen, waarbij de nadruk traditioneel lag op het correct naleven van medische instructies. In een thuisomgeving heeft de patiënt zijn medicatie doorgaans (al dan niet gedeeltelijk) in eigen beheer, wat betekent dat hij zelf verantwoordelijk is voor het correct innemen, doseren en opvolgen van de voorgeschreven therapie. Dit brengt specifieke uitdagingen met zich mee, zoals het risico op vergeten innamen, foutieve dosering of onjuist gebruik van medicatie. Recente literatuur benadrukt echter dat de patiënt geen passieve ontvanger van zorg is, maar een actieve partner in het zorgproces, waarbij samenwerking, vertrouwen en gedeelde besluitvorming centraal staan (Mackridge et al., 2025). Bovendien tonen studies aan dat patiënten hun therapietrouw soms overschatten, wat het belang benadrukt van objectieve opvolging en open communicatie (Jeon et al., 2022). De term patiënt wordt vooral gebruikt in ziekenhuis- en eerstelijnscontexten en benadrukt de medische relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger.

3.7 Bewoner

Een bewoner is een persoon die verblijft in een residentiële zorgsetting, zoals een woonzorgcentrum (WZC), en daar langdurige zorg en ondersteuning ontvangt. In tegenstelling tot de term patiënt, legt het begrip bewoner meer nadruk op wonen, leefomgeving en levenskwaliteit dan op ziekte alleen. Binnen het woonzorgcentrum is therapietrouw ingebed in een context van dagelijkse observatie, multidisciplinaire samenwerking en persoonsgerichte zorg (Mendorf et al., 2023). Kenmerkend voor deze setting is dat bewoners hun medicatie doorgaans niet in eigen beheer hebben, maar dat deze wordt beheerd en toegediend door zorgverleners volgens vaste procedures. Dit maakt dat therapietrouw zich niet uitsluitend situeert op individueel niveau, maar ook sterk afhankelijk is van organisatorische processen en de correcte uitvoering door het zorgteam. Gedragsverandering en therapietrouw worden hier niet enkel benaderd vanuit medische opvolging, maar ook vanuit omgevingsfactoren, routines en sociale interacties (Mackridge et al., 2025). De term bewoner sluit aan bij een holistische visie, waarbij autonomie, waardigheid en participatie in het dagelijks leven centraal staan.

3.8 Zorgverlener

Een zorgverlener is een professioneel opgeleide persoon die bevoegd is om gezondheidszorg te verstrekken en patiënten te begeleiden bij preventie, behandeling, opvolging en gezondheidsbevordering (Agarwal et al., 2025). Binnen de context van deze bachelorproef verwijst de term voornamelijk naar verpleegkundigen en zorgkundigen in de eerstelijnszorg en woonzorgcentra, maar omvat deze ook andere betrokken disciplines zoals artsen, apothekers en paramedici die bijdragen aan de bevordering van therapietrouw.

3.9 Gelijkwaardige zorg

Een zorgrelatie waarin de patiënt of bewoner niet louter ontvanger is van instructies, maar een actieve en volwaardige partner in het zorgproces. Dit impliceert dat de zorgverlener de patiënt of bewoner erkent als deskundige van zijn/haar eigen leven, waarden en ervaringen. Beslissingen rond medicatie en behandeling worden niet eenzijdig opgelegd, maar in dialoog genomen, met respect voor autonomie, gezondheidsvaardigheden en persoonlijke context (Mackridge et al., 2025; Pitchalard et al., 2022).

3.10 Curatieve zorg

Curatieve zorg, ook wel aangeduid als 'care', verwijst naar alle gezondheidsinterventies die gericht zijn op het vaststellen, behandelen en genezen van ziekte of het verminderen van symptomen nadat een aandoening zich heeft voorgedaan. De nadruk ligt hierbij op medische diagnose, therapeutische behandeling en klinische opvolging met als doel herstel te bevorderen, complicaties te beperken en de gezondheidstoestand te stabiliseren. Curatieve zorg is doorgaans reactief van aard: zorg wordt opgestart wanneer klachten of ziekteverschijnselen zich manifesteren (Sabaté, 2003).

3.11 Preventieve zorg

Preventieve zorg omvat alle gezondheidsinterventies die gericht zijn op het voorkomen van ziekte, het vroegtijdig opsporen van gezondheidsproblemen en het beperken van complicaties of ziekteprogressie. In tegenstelling tot curatieve zorg, die voornamelijk reageert op reeds bestaande aandoeningen, heeft preventieve zorg een proactief karakter en richt zich op het behoud en de bevordering van gezondheid. Preventie wordt doorgaans onderverdeeld in primaire preventie (het voorkomen van ziekte), secundaire preventie (vroegtijdige detectie en tijdige interventie) en tertiaire preventie (het beperken van complicaties en functionele achteruitgang bij bestaande aandoeningen) (Sabaté, 2003).

3.12 Gezondheidspromotie

Gezondheidspromotie wordt gedefinieerd als het proces waarbij individuen en gemeenschappen in staat worden gesteld om meer controle te verkrijgen over de determinanten van hun gezondheid en deze te verbeteren. Dit omvat zowel het versterken van persoonlijke vaardigheden als het creëren van ondersteunende omgevingen die gezond gedrag bevorderen (Sabaté, 2003).

3.13 Gezondheidseducatie

Gezondheidseducatie is een proces waarbij individuen of groepen op systematische wijze informatie, vaardigheden en motivatie aangereikt krijgen om hun kennis, attitudes en gedrag met betrekking tot gezondheid te bevorderen. Het doel is om mensen in staat te stellen weloverwogen keuzes te maken en gezonde gedragingen te ontwikkelen of te behouden, wat bijdraagt aan het voorkomen van ziekte en het bevorderen van welzijn. Binnen het bevorderen van therapietrouw omvat gezondheidseducatie onder meer het verstrekken van duidelijke, begrijpelijke en patiëntgerichte informatie over het nut, het gebruik en de mogelijke bijwerkingen van de medicatie (Schnorrerova et al., 2025).

3.14 Gedragsveranderingstechnieken

Gedragsveranderingstechnieken zijn gestructureerde methoden die worden toegepast om specifiek, meetbaar en duurzaam gedrag te beïnvloeden, met als doel het bevorderen van gewenst gedrag of het afbouwen van ongewenst gedrag.

Bij het bevorderen van therapietrouw omvatten deze technieken onder meer motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie, feedback, herinneringsstrategieën en zelfmonitoring, vaak ingebed in multicomponente interventies om zowel motivatie als praktische vaardigheden te versterken (Schnorrerova et al., 2025).

3.15 Zelfdeterminatie theorie (Deci & Ryan, 1985)

De zelfdeterminatietheorie (ZDT) is een motivationele theorie die stelt dat de kwaliteit en duurzaamheid van gedragsverandering afhangen van de mate waarin drie psychologische basisbehoeften worden vervuld: autonomie (de mogelijkheid om zelf keuzes te maken), competentie (het gevoel effectief te kunnen handelen) en verbondenheid (het ervaren van steun en relatie met anderen).

Bij het bevorderen therapietrouw wordt de ZDT toegepast om intrinsieke motivatie te bevorderen, zodat patiënten niet alleen begrijpen wat zij moeten doen, maar ook gemotiveerd zijn om dit op lange termijn vol te houden (Schnorrerova et al., 2025).

3.16 Stages of change

Het *Stages of Change*-model, ook bekend als het trans theoretisch model, beschrijft gedragsverandering als een proces dat verloopt via opeenvolgende fasen: precontemplatie (geen intentie tot verandering), contemplatie (twijfel of overweging), voorbereiding (actieve planning), actie (het uitvoeren van het nieuwe gedrag) en behoud (het volhouden van het nieuwe gedrag op lange termijn).

Bij het bevorderen van therapietrouw wordt het model gebruikt om interventies af te stemmen op de motivatie- en gedragsfase waarin de patiënt zich bevindt, waardoor de kans op duurzame gedragsverandering toeneemt (Schnorrerova et al., 2025).

3.17 Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een cliëntgerichte, gestructureerde gespreksmethode die erop gericht is de intrinsieke motivatie tot gedragsverandering te versterken door ambivalentie te verkennen en op te lossen. De methode maakt gebruik van empathisch luisteren, open vragen, reflecties en bekrachtiging, en sluit aan bij het tempo en de bereidheid van de patiënt.

Bij het bevorderen van therapietrouw helpt motiverende gespreksvoering om zowel praktische als perceptuele barrières te bespreken, waardoor patiënten actiever en consistent hun behandeling volgen (Schnorrerova et al., 2025).

3.18 Het gedragswiel/COM B model

Het gedragswiel, ook wel het COM-B-model genoemd, is een raamwerk voor gedragsverandering dat stelt dat gedrag (B) wordt bepaald door drie onderling verbonden componenten: Capability (bekwaamheid om het gedrag uit te voeren, zowel fysiek als psychologisch), Opportunity (externe factoren die het gedrag mogelijk maken of belemmeren) en Motivation (mentale processen die het gedrag aansturen, zowel automatisch als beredeneerd).

Het model wordt gebruikt om interventies systematisch te ontwerpen en af te stemmen op de specifieke factoren die gewenst gedrag – zoals therapietrouw – beïnvloeden (Schnorrerova et al., 2025).

3.19 Proactief zorgmodel

Een proactief zorgmodel verwijst naar een benadering binnen de gezondheidszorg waarbij niet gewacht wordt tot gezondheidsproblemen of complicaties zich manifesteren, maar waarbij vroegtijdig wordt ingegrepen om risico's te identificeren, te bespreken en te beheersen. In tegenstelling tot een reactief, voornamelijk curatief zorgmodel, richt proactieve zorg zich op anticipatie, continue opvolging en preventieve ondersteuning, vooral bij chronische aandoeningen. Hierbij worden patiënten/bewoners actief betrokken bij hun zorgproces en wordt ingezet op educatie, gedragsverandering en het versterken van zelfmanagementvaardigheden (Pitchalard et al., 2022).

4 Verpleegkundige relevantie

Therapietrouw is van groot belang voor het behalen van optimale behandelresultaten, vooral bij patiënten met chronische aandoeningen. Verpleegkundigen spelen hierin een cruciale rol, aangezien zij vaak het meest directe contact hebben met patiënten en in een unieke positie verkeren om barrières voor therapietrouw te signaleren en aan te pakken. Volgens Schnorrerova et al. (2025) kan de verpleegkundige door middel van patiëntgerichte educatie, het bieden van emotionele steun en het inzetten van gedragsveranderingstechnieken bijdragen aan zowel de motivatie als de praktische vaardigheden van de patiënt om medicatie correct in te nemen.

Verpleegkundigen zijn daarnaast essentieel in het identificeren van risicofactoren voor therapieontrouw, zoals beperkte gezondheidsvaardigheden, cognitieve beperkingen, polyfarmacie of negatieve behandelervaringen (Selcuk et al., 2025). Door systematisch deze factoren te screenen, kunnen zij interventies op maat aanbieden, zoals het vereenvoudigen van medicatieschema's, het inzetten van geheugensteuntjes of het organiseren van follow-upmomenten.

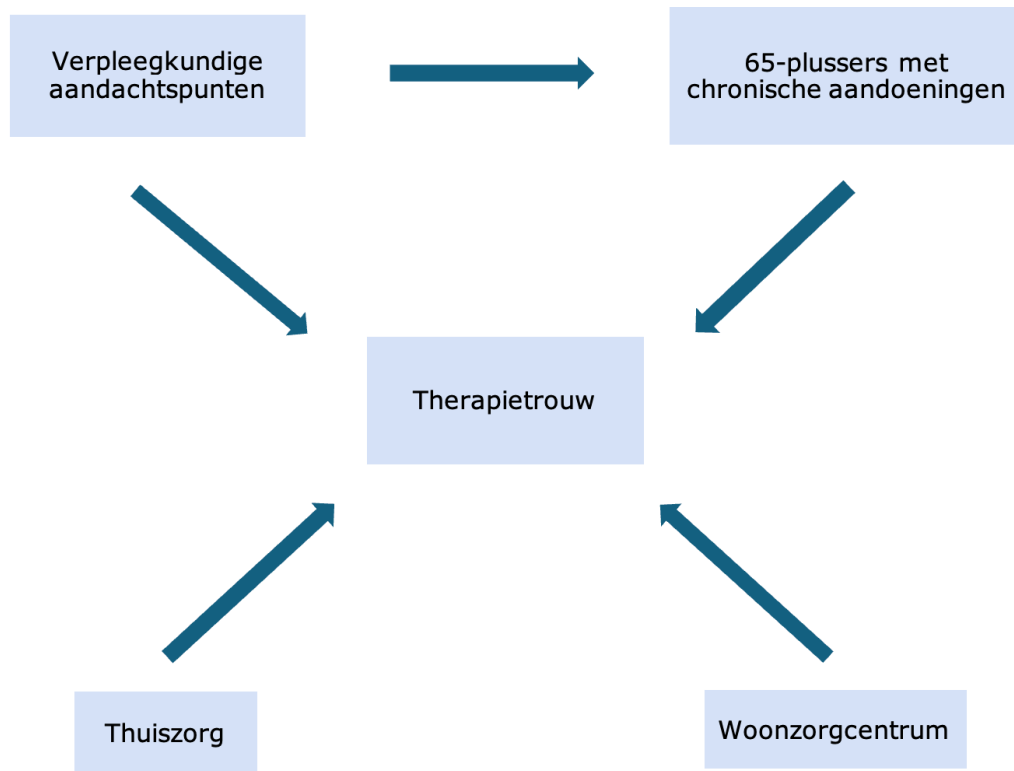
Binnen de eerstelijnszorg hebben verpleegkundigen een sleutelpositie in het bevorderen van therapietrouw. Mackridge et al. (2025) benadrukken dat multicomponente, face-to-face interventies, uitgevoerd door zorgprofessionals zoals verpleegkundigen, effectiever zijn dan enkelvoudige interventies of digitale hulpmiddelen afzonderlijk. Hierbij kunnen verpleegkundigen fungeren als coördinator tussen patiënt, mantelzorger en andere zorgprofessionals, wat bijdraagt aan continuïteit van zorg en het vroegtijdig signaleren van problemen.

De verpleegkundige relevantie ligt niet alleen in het bevorderen van de therapietrouw zelf, maar ook in het voorkomen van de negatieve gevolgen van therapieontrouw, zoals ziekteprogressie, complicaties en heropnames. Door hun kennis van gedragsverandering, communicatiestrategieën en patiëntgerichte zorg kunnen verpleegkundigen een directe en duurzame impact hebben op de gezondheid van patiënten en de efficiëntie van het zorgsysteem.

5 Vraagstelling

"Wat zijn de verpleegkundige aandachtspunten bij het systematisch toepassen van gedragsveranderings-modellen en verpleegkundige interventies ter bevordering van therapietrouw bij 65-plussers met chronische aandoeningen in de thuiszorg en een WZC?"

5.1 Conceptueel model



Figuur 2: Conceptueel model

6 Zoekstrategie

Er werd een systematische literatuurzoektocht uitgevoerd om relevante studies te identificeren die de impact van verschillende interventies ter bevordering van therapietrouw onderzoeken bij oudere patiënten (≥65 jaar) met chronische aandoeningen, zowel in de thuissituatie als in woonzorgcentra.

De literatuurstudie werd uitgevoerd in meerdere wetenschappelijke databanken, waaronder Cochrane Library, PubMed, SpringerLink, ScienceDirect en Limo. Daarnaast werden ook enkele (inter)nationale richtlijnen geraadpleegd om praktijkgerichte aanbevelingen en cijfermateriaal te verzamelen. De zoekstrategie werd zorgvuldig opgebouwd volgens de principes van systematisch literatuuronderzoek, waarbij een combinatie van MeSH-termen, trefwoorden en Booleaanse operatoren (AND, OR) werd toegepast. Aangezien sommige databanken geen MeSH-termen ondersteunen, werden in deze gevallen enkel trefwoorden en synoniemen gebruikt om een zo breed mogelijke verzameling relevante studies te verkrijgen.

Om de wetenschappelijke kwaliteit van de geselecteerde studies te waarborgen, werd elke studie kritisch beoordeeld met behulp van het Critical Appraisal Skills Programme (CASP).

Om een grondige en herhaalbare literatuurstudie te garanderen, werd voor elke databank een gerichte zoekstrategie toegepast.

Binnen PubMed, één van de grootste en meest gebruikte databanken in de medische en verpleegkundige wetenschap, werd gezocht met de zoekstring (“Medication Adherence”[MeSH] OR “Medication Compliance”[MeSH]) AND (“Aged”[MeSH] OR elderly OR “older adults”) AND (“Chronic Disease”[MeSH] OR hypertension OR diabetes mellitus). Deze zoekstring werd zodanig opgebouwd dat zowel MeSH-termen als vrije trefwoorden werden gecombineerd, waardoor de zoekopdracht zo breed mogelijk bleef, maar toch voldoende gericht op de doelgroep ouderen met chronische aandoeningen.

De filters werden ingesteld op publicatiejaar 2018–2025, taal Engels en Nederlands, en vrije toegang tot volledige tekst (free full text). Daarnaast werd specifiek gezocht naar systematische reviews en RCT’s om het hoogste niveau van evidentie te bekomen. Dit leverde gemiddeld 67 hits op per zoekopdracht. Na toepassing van de inclusiecriteria (ouderen ≥65 jaar met één of meerdere chronische aandoeningen) werden acht relevante artikels geselecteerd. Deze studies gingen voornamelijk in op therapietrouw bij ouderen met multi-morbiditeit en leverden waardevolle inzichten op in zowel individuele gedragsfactoren als organisatorische aspecten van medicatiegebruik.

In de Cochrane Library, een databank die vooral bekend staat om haar hoogwaardige systematische reviews en evidence-based richtlijnen, werd gezocht met de zoekstring “medication adherence” AND “aged” AND “polypharmacy”.

Door de filters te beperken tot RCT’s, quasi-RCT’s en systematische reviews (publicatiejaar 2018–2025) werd vooral literatuur van hoge methodologische kwaliteit verkregen. Deze zoekopdracht leverde tussen de 50 en 100 resultaten op. Na toepassing van de inclusiecriteria (ouderen met multi-morbiditeit of polyfarmacie) werden vijf artikels geselecteerd. De geselecteerde studies beschrijven voornamelijk interventies die gericht waren op het bevorderen van therapietrouw bij ouderen met polyfarmacie, zoals vereenvoudigde medicatieschema’s, verpleegkundige opvolging en het gebruik van herinneringssystemen. Het

gebruik van Cochrane was essentieel om de meest betrouwbare en systematisch verzamelde evidentie mee te nemen in deze literatuurstudie.

Binnen SpringerLink werd gezocht met de zoekstring (“medication adherence” OR “therapy adherence” OR compliance) AND (“older adults” OR elderly OR geriatrics) AND (“behavior change” OR “self-management” OR “motivational interviewing”).

De filters werden ingesteld op open access, publicatiejaar 2018–2025, en het type artikel of book chapter. Deze zoekopdracht leverde gemiddeld 30–40 resultaten op. Na screening en toepassing van de inclusiecriteria (ouderen ≥ 65 jaar, met focus op gedragsinterventies) werden vier artikels geselecteerd. Deze waren vooral relevant voor het theoretisch kader van deze bachelorproef, aangezien ze ingingen op gedragsmodellen en op educatieve interventies. Via SpringerLink konden dus ook bronnen gevonden worden die dieper ingaan op de onderliggende psychologische en gedragsmatige factoren die een rol spelen bij therapietrouw, waaronder het gebruik van motivational interviewing en het Health Belief Model.

In ScienceDirect, een databank die zich richt op medische, verpleegkundige en paramedische literatuur, werd gezocht met de termen “medication adherence AND geriatric care” en “PDCA-model in health care”.

De filters werden ingesteld op open access, publicatiejaar 2019–2025, binnen de categorie nursing & health professions, en enkel review- en researchartikels. Dit leverde gemiddeld 33 tot 57 resultaten op, afhankelijk van de specifieke zoekterm. Na toepassing van de inclusiecriteria (ouderen ≥ 65 jaar met chronische aandoeningen) werden vijf artikels weerhouden. De gevonden studies waren vooral bruikbaar om inzicht te verkrijgen in verpleegkundige interventies, kwaliteitsverbeteringsprogramma’s en modellen zoals PDCA die kunnen bijdragen aan betere therapietrouw. ScienceDirect bood hierbij een belangrijke aanvulling door recente en praktijkgerichte onderzoeken aan te reiken.

Binnen Limo, de bibliotheekdatabank van KU Leuven, werd gezocht met de zoekstring “therapieontrouw AND-ouderen”.

De filters werden ingesteld op publicatiejaar 2017–2024, enkel Nederlandstalige bronnen en grijze literatuur. Deze zoekopdracht leverde 23 hits op. Na screening werden zes relevante artikels geselecteerd. De gevonden literatuur bevatte onder meer Nederlandstalige praktijkgerichte studies over weekdozen, pijnmedicatie, polyfarmacie en therapietrouw bij laaggeletterden. Deze bronnen boden een praktische insteek, aanvullend op de internationale literatuur, en waren belangrijk om ook de Vlaamse en Nederlandse context van therapietrouw bij ouderen te belichten.

Naast de genoemde databanken werd gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Referenties uit al geselecteerde artikels werden doorgenomen, waardoor bijkomende relevante studies konden worden geïdentificeerd, zoals de review van Marcum et al.(2017). Verder werden richtlijnen en documenten geraadpleegd, onder meer van de WHO, Gezondleven.be, Wit-Gele Kruis, Richtlijnen-database en Pallialine. Deze dienden als bron voor cijfermateriaal, theoretische onderbouwing en praktijkgerichte aanbevelingen die bijdragen aan de bevordering van therapietrouw bij ouderen.

6.1 Inclusie- en exclusiecriteria

6.1.1 Inclusiecriteria

Voor deze literatuurstudie werden strikte inclusiecriteria opgesteld om de kwaliteit, relevantie en vergelijkbaarheid van de geselecteerde studies te garanderen. Enkel onderzoeken die betrekking hadden op ouderen (≥ 65 jaar) met één of meerdere chronische aandoeningen werden opgenomen. De studies moesten expliciet ingaan op therapietrouw of medicatiegebruik en minstens één interventie beschrijven die gericht was op het bevorderen van therapietrouw. Dit kon zowel betrekking hebben op educatieve programma's, gedragsveranderingstechnieken, verpleegkundige interventies, digitale hulpmiddelen, farmacologische benaderingen of organisatorische aanpassingen binnen de zorg.

Zowel kwantitatieve studies (zoals RCT's, systematische reviews, cohortstudies, quasi-experimentele studies en literatuurstudies) als kwalitatieve onderzoeken (zoals interviews, focusgroepen of bevragingen over ervaringen en percepties van patiënten en zorgverleners) kwamen in aanmerking, mits zij duidelijke en bruikbare resultaten rapporteerden met betrekking tot therapietrouw.

De geselecteerde studies dienden te zijn gepubliceerd in de periode 2017 tot en met 2025 en beschikbaar te zijn in het Nederlands of Engels. Tot slot werden ook enkele (inter)nationale richtlijnen en aanbevelingen opgenomen, aangezien deze waardevolle inzichten en praktische handvatten bieden voor de klinische praktijk.

6.1.2 Exclusiecriteria

Naast de inclusiecriteria werden ook exclusiecriteria vastgesteld om de betrouwbaarheid en toepasbaarheid van de resultaten te waarborgen. Studies met een onvoldoende relevante titel of abstract werden meteen uitgesloten tijdens de screeningsfase. Artikelen die ouder waren dan zeven jaar werden in principe niet opgenomen, met uitzondering van enkele oudere werken die door hun grote inhoudelijke relevantie toch werden behouden, zoals twee studies uit 2016 en het boek van Tiggelaar (2005). Dit boek werd expliciet meegenomen omdat het een fundamentele bijdrage leverde aan de theoretische onderbouwing van gedragsverandering, een centraal thema in deze bachelorproef.

Daarnaast werden dierstudies en in-vitro onderzoeken uitgesloten, aangezien deze niet generaliseerbaar zijn naar de beoogde onderzoekspopulatie. Ook studies die niet gratis online toegankelijk waren of die niet beschikbaar waren in het Nederlands of Engels, werden geëlimineerd. Artikelen die dubbel voorkwamen door meerdere zoekacties werden zorgvuldig gededupliceerd om bias te vermijden.

Verder werden studies uitgesloten die geen specifieke focus hadden op therapietrouw bij ouderen, of waarvan de onderzochte populatie jonger was dan 65 jaar. Niet-wetenschappelijke publicaties, zoals opinieartikelen, brieven aan de redactie, editorials of korte commentaren, kwamen eveneens niet in aanmerking.

Tot slot werden onderzoeken met een onvoldoende methodologische kwaliteit of een hoog risico op bias – beoordeeld volgens de CASP-richtlijnen – verwijderd uit de analyse, zodat enkel studies met een voldoende wetenschappelijke waarde behouden bleven.

6.2 Selectie en data extractie

In totaal werden 219 artikelen geïdentificeerd via vijf databanken. Na exclusie op basis van titel en abstract werden 33 studies geïncludeerd die voldeden aan de vooraf opgestelde inclusiecriteria. Deze bestonden uit een breed scala aan onderzoeksdesigns, wat toeliet om zowel interventies als theoretische kaders rond therapietrouw bij ouderen te bestuderen. Het grootste aandeel werd gevormd door twaalf randomized controlled trials (RCT's) (Agarwal et al., 2025; Belete et al., 2024; Butterworth et al., 2019; Cross et al., 2020; Jeon et al., 2022; Kruoch et al., 2025; Marcum et al., 2017; Mendorf et al., 2023; Mertens et al., 2021; Peh et al., 2021; Sheilini et al., 2019; Smith et al., 2021). Deze studies leverden voornamelijk hoogstaande evidentie over de effectiviteit van interventies ter bevordering van therapietrouw bij ouderen met chronische aandoeningen.

Zeven literatuurstudies en systematische reviews werden geïncludeerd (Baby et al., 2024; G. Liquori, 2023; Mackridge et al., 2025; Marieke Verlaan-Snieders, 2018; Schnorrerova et al., 2025; Schönfeld et al., 2021; Wilder et al., 2021). Deze reviews boden een synthese van bestaande evidentie en gaven inzicht in trends, werkzame mechanismen ter bevordering van therapietrouw.

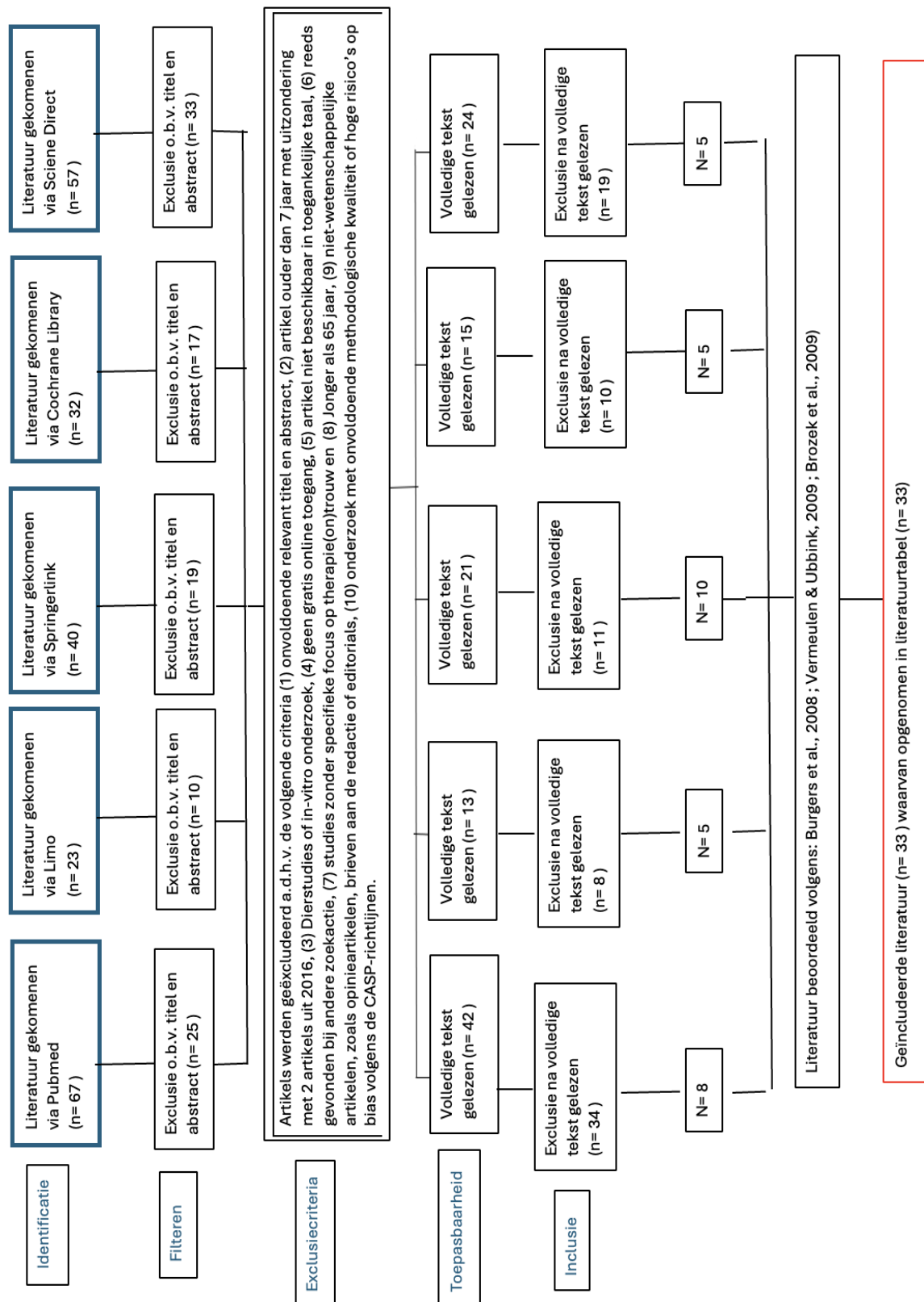
Verder omvatte de selectie vijf pre-post interventiestudies (Huesken et al., 2021; Pitchalard et al., 2022; Savini et al., 2021; Wang et al., 2024; Wang & Zheng, 2016), waarin veranderingen in therapietrouw vóór en na een specifieke interventie werden gemeten. Ook werden twee conceptuele of theoretische studies opgenomen (Ruggeri et al., 2023; Selcuk et al., 2025) die waardevolle kaders en modellen boden om interventies voor gedragsverandering beter te begrijpen en toe te passen.

Een andere groep onderzoeksdesigns werd ook weerhouden: een retrospectieve studie (Han, 2024), een quasi-experimentele studie (Adachi et al., 2025) en een cross-sectionele studie (Ge et al., 2023). Deze leverden aanvullend inzicht in respectievelijk de analyse van bestaande patiëntgegevens, het testen van interventies in minder gecontroleerde omstandigheden en de determinanten van therapietrouw in verschillende leeftijdsgroepen.

Ook praktijkgerichte en klinische artikelen werden meegenomen, waaronder vier bijdragen die focusten op medicatiegebruik in de eerstelijnszorg en bij kwetsbare populaties (Boland & van der Velden, 2018; Kramers, 2019; Ploeg & Gobbens, 2016). Ter ondersteuning van het theoretisch kader werd daarnaast ook een boek geraadpleegd dat een fundamentele bijdrage leverde aan het begrip van gedragsverandering (Ben Tiggelaar, 2005).

Tot slot werden verschillende (inter)nationale richtlijnen en grijze literatuur opgenomen, waaronder publicaties van de WHO, Gezondleven.be, het Wit-Gele Kruis, de Richtlijndatabase en Pallialine. Deze bronnen boden praktijkgerichte aanbevelingen en cijfermateriaal die de bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur aanvulden en hielpen vertalen naar de zorgcontext van ouderen.

6.3 Flowchart



Figuur 3: Zoekboom (gebaseerd op Moher, Liberati, Tetziaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009)

7 Resultaten

7.1 Inleiding

Therapieontrouw is een complex en multifactorieel probleem dat de effectiviteit van behandelingen ernstig kan ondermijnen, met verhoogde morbiditeit, hospitalisaties en zorgkosten als gevolg. Volgens de WHO (Sabaté, 2003) wordt therapietrouw beïnvloed door vijf dimensies: patiënt gerelateerde factoren, therapie gebonden factoren, ziekte gerelateerde factoren, sociaaleconomische context en gezondheidszorgsysteemfactoren. Het is dan ook essentieel om interventies te analyseren vanuit verschillende invalshoeken.

In deze bachelorproef werd onderzocht welke interventies effectief zijn om therapietrouw bij oudere patiënten te bevorderen.

Op basis van een uitgebreide literatuurstudie werden de resultaten thematisch gegroepeerd in verschillende categorieën. Elke categorie beschrijft een type interventie dat in de literatuur terugkeert als potentieel effectief bij het bevorderen van therapietrouw.

De besproken thematische categorieën omvatten:

- Voorlichting en kennisbevordering
- Communicatie en gesprekstechnieken
- Methoden en modellen voor gedragsverandering
- Meetinstrumenten voor therapietrouw
- Omgevings- en contextuele factoren
- Psychologische en cognitieve beïnvloedingsfactoren
- Verpleegkundige aanpak en zorginterventies
- Evaluatie van het medicatieschema
- Betrokkenheid van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen
- Digitale hulpmiddelen en geheugensteuntjes

7.2 Thematische categorieën voor interventies

Binnen elke categorie worden belangrijke onderzoeksbevindingen samengevat en geëvalueerd op basis van hun praktische relevantie en wetenschappelijke onderbouwing. Deze indeling biedt niet alleen een overzicht van de meest effectieve strategieën, maar vormt ook een basis voor het formuleren van aanbevelingen voor de verpleegkundige praktijk.

7.2.1 Voorlichting en kennisbevordering

Educatie en kennisverhoging worden in de literatuur consequent naar voren geschoven als een belangrijke interventie om therapietrouw te bevorderen. Toch wijzen de resultaten erop dat de effectiviteit sterk afhangt van de manier waarop educatie wordt aangeboden.

Een grootschalige Cochrane-review van Cross et al. (2020) waarin 50 studies met in totaal 14.269 deelnemers werden onderzocht, concludeerde dat educatie op zichzelf slechts een beperkte impact heeft op therapietrouw (SMD 0.16; 95% CI -0.12 tot 0.43). Wanneer educatie echter gecombineerd werd met gedragsinterventies, verbeterde de therapietrouw wel en daalde het aantal ziekenhuisopnames (RR 0.67; 95% CI 0.50 tot 0.90), al bleef de bewijskracht laag door de heterogeniteit tussen de studies. Deze bevindingen werden bevestigd door Smith

et al. (2021) die in hun systematische review rapporteerden dat educatie en zelfmanagement weliswaar een beperkte, maar toch merkbare verbetering gaven in therapietrouw en patiënt gerapporteerde uitkomsten zoals kennis en mentale gezondheid.

Gezondheidsgeletterdheid blijkt een sleutelvoorwaarde: interventies die deze versterken, bevorderen beslisvaardigheid en ondersteunen consequente inname, vooral wanneer ze worden gecombineerd met gedragsstrategieën (Schönfeld et al., 2021).

Dat educatie in combinatie met andere interventies wél sterkere effecten kan hebben, blijkt uit verschillende RCT's. Zo toonde Sheilini et al. (2019) aan dat multimodale educatie bij ouderen met hypertensie leidde tot een significante verbetering van zowel kennis (9,68 naar 11,96; $p < 0.001$) als therapietrouw (5,59 naar 8,00; $p < 0.001$). Ook zelfeffectiviteit nam toe, al werden geen significante verschillen in bloeddruk gevonden. Een soortgelijk patroon werd gezien in de RCT van Huesken et al. (2021) waar een eenmalige educatiesessie bij hartfalenpatiënten niet alleen de kennis vergrootte ($p < 0.001$), maar ook zelfzorggedrag bevorderde – effecten die na zes maanden behouden bleven.

Naast face-to-face educatie werden ook schriftelijke en digitale vormen onderzocht. Wang et al. (2024) vonden in hun cross-sectionele studie dat medicatiereminders de perceptie van duidelijkheid, volledigheid en bruikbaarheid van medicatie-informatie verbeterden, en zelfs het aantal bijwerkingen deden dalen (11,6% naar 9,0%; $p = 0.04$). Toch werd er geen direct effect op therapietrouw vastgesteld. Savini et al. (2021) benadrukten het belang van begrijpelijke, herhaalde educatie via de teach-backmethode in de eerstelijnszorg: dit leidde tot een betere therapietrouw en minder ziekenhuisopnames, ook al werden exacte cijfers niet gerapporteerd.

Andere studies tonen aan dat educatie pas echt effectief wordt wanneer ze ingebed wordt in een breder kader. Zo liet de studie van Pitchalard et al. (2022) zien dat peer-educatie onder gezondheidsvrijwilligers niet alleen hun kennis verhoogde ($p < 0.01$), maar ook indirect bijdroeg aan betere therapietrouw bij patiënten. Han (2024) bevestigden dit met het gebruik van het PDCA-model, waarbinnen educatie systematisch werd ingezet: patiënten vertoonden een duidelijke toename in kennis en therapietrouw, en meldden minder gemiste innames.

Ten slotte benadrukken verschillende reviews de rol van theoretische modellen. De meta-analyse van Jeon et al. (2022) liet zien dat educatie gebaseerd op het Health Belief Model en persoonlijke begeleiding de therapietrouw significant verhoogde (OR = 1.48; 95% CI 1.25–1.75), terwijl telehealth-educatie minder effectief bleek bij ouderen. Schönfeld et al. (2021) benadrukten daarnaast dat gezondheidsgeletterdheid een sleutelrol speelt: educatie helpt niet alleen kennis te vergroten, maar stelt ouderen ook beter in staat om correcte beslissingen te nemen over hun behandeling.

Samengevat tonen deze studies aan dat educatie een noodzakelijke, maar op zichzelf vaak onvoldoende interventie is. Het grootste effect wordt bereikt wanneer educatie deel uitmaakt van een breder, multidimensionaal programma waarin gedragsmodellen, herhaling en persoonlijke begeleiding centraal staan.

7.2.2 Communicatie- en gespreksstrategieën

Effectieve communicatie en het gebruik van gespreksstrategieën vormen een cruciale pijler in het bevorderen van therapietrouw bij ouderen. Uit de literatuur blijkt dat interventies zoals motiverende gespreksvoering, gedeelde besluitvorming en educatieve communicatievormen

niet alleen de kennis van patiënten versterken, maar ook hun betrokkenheid en motivatie om therapietrouw na te leven.

De Cochrane-review van Butterworth et al. (2019) laat zien dat interventies waarbij ouderen actief betrokken worden bij het zorgproces – bijvoorbeeld via individuele coaching, cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering – leiden tot een duidelijke verbetering in de communicatie tussen patiënt en zorgverlener. Het aantal patiënten dat actief hun prioriteiten besprak, nam significant toe (OR = 1.85; 95% CI 1.44–2.38). Dit benadrukt dat patiënten die zich gehoord en betrokken voelen, ook meer geneigd zijn hun behandeling nauwgezet op te volgen.

Naast face-to-face communicatie spelen ook digitale herinneringssystemen een rol. Het protocol van Belete et al. (2024) beschrijft hoe korte tekstberichten (SMS) ingezet kunnen worden als laagdrempelige en toegankelijke communicatiemethode, vooral bij patiënten met hypertensie. Deze vorm van communicatie richt zich op het voorkomen van onbedoelde therapieontrouw en illustreert hoe digitale ondersteuning een aanvulling kan zijn op persoonlijke gesprekken.

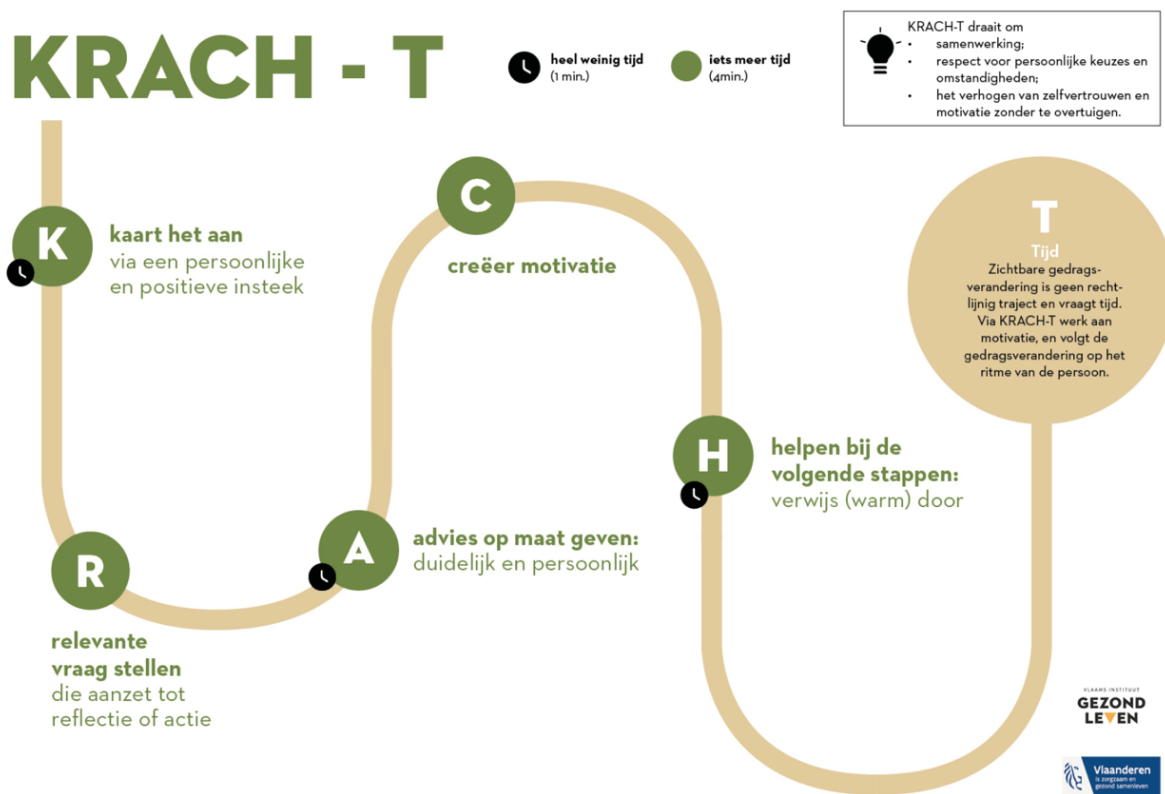
Het belang van gepersonaliseerde communicatie wordt verder benadrukt in de RCT van Mendorf et al. (2023). Hier werd de interventie afgestemd op het individuele therapieontrouwprofiel van Parkinsonpatiënten. Bij vergeetachtigheid werden gewoonte gebaseerde technieken en communicatie met partners toegepast, terwijl bij kennisgebrek de nadruk lag op educatieve gesprekken over risico's en het nut van medicatie. Deze aanpak werd versterkt door telefonische opvolging en een samenvatting van de besproken informatie. Dit toont aan dat een maatgerichte communicatiestrategie effectiever is dan een standaardbenadering.

Ook cognitieve factoren spelen een rol bij communicatie. Adachi et al. (2025) toonden aan dat ouderen met cognitieve achteruitgang minder geneigd zijn tot samenwerking met zorgverleners (mediaan 11 vs. 12; $p < 0.001$) en minder bereid zijn actief informatie te zoeken (mediaan 8 vs. 10; $p < 0.001$). Dit suggereert dat communicatie niet eenzijdig mag verlopen, maar steeds moet worden afgestemd op de cognitieve mogelijkheden van de patiënt, waarbij herhaling en vereenvoudiging essentieel zijn.

Naast theoretische modellen zoals het COM-B model en het Stages of Change-model, bestaan er in Vlaanderen ook praktijkgerichte gespreksmodellen die specifiek ontworpen zijn voor toepassing in de zorgpraktijk. Een voorbeeld hiervan is KRACH-T, ontwikkeld door het Vlaams Instituut Gezond Leven. KRACH-T is gebaseerd op motiverende gespreksvoering en heeft als doel om in korte, betekenisvolle gesprekken cliënten te motiveren stappen te zetten naar een gezondere levensstijl (Gezond Leven, z.d.). Het model werd expliciet ontwikkeld om ook onder tijdsdruk toepasbaar te zijn, wat aansluit bij een van de grootste uitdagingen in de verpleegkundige praktijk.

KRACH-T biedt een eenvoudige maar goed onderbouwde structuur om op een respectvolle en motiverende manier thema's zoals medicatie-inname bespreekbaar te maken. Het zet in op positief benaderen, motiveren en respectvol adviseren, zonder druk of confrontatie, zodat cliënten eerder bereid zijn tot kleine gedragsveranderingen. Door KRACH-T als gespreksmodel te integreren in verpleegkundige consultaties, kan therapietrouw op een laagdrempelige manier ondersteund worden. Dit sluit aan bij de bevindingen uit de literatuur dat educatie pas

effectief is wanneer het gecombineerd wordt met communicatieve en gedragsmatige strategieën (Cross et al., 2020; Jeon et al., 2022; Sheilini et al., 2019).



Figuur 4: Het Krach-T model van Gezond Leven.

Samengevat bevestigen deze studies dat communicatie in al haar vormen – empathisch, gestructureerd en aangepast aan het individu – een doorslaggevende rol speelt in het bevorderen van therapietrouw bij ouderen. Motiverende gespreksvoering, gedeelde besluitvorming, digitale hulpmiddelen en praktijkgerichte modellen zoals KRACH-T kunnen elkaar hierin versterken, mits ze afgestemd worden op de noden en capaciteiten van de patiënt.

7.2.3 Methoden en modellen voor gedragsverandering

Gedragsveranderingstechnieken vormen een essentiële bouwsteen in het bevorderen van therapietrouw bij ouderen met chronische aandoeningen. Therapie-ontrouw is vaak het gevolg van een samenspel van factoren zoals vergeetachtigheid, beperkte gezondheidskennis of bewuste aanpassingen in medicatiegebruik. Modellen en methodieken zoals het Health Belief Model, cognitieve gedragstechnieken en gepersonaliseerde interventies bieden handvatten om deze complexiteit te begrijpen en aan te pakken. Voor verpleegkundigen betekent dit dat interventies niet alleen gericht moeten zijn op kennisoverdracht, maar vooral op het versterken van gedragsmatige vaardigheden en motivatie bij patiënten.

De systematische review van Smith et al. (2021) toont aan dat complexe interventies, waaronder casemanagement en educatie, bij patiënten met multi-morbiditeit leiden tot lichte verbeteringen in therapietrouw en patiënt gerelateerde gedragsveranderingen. Opvallend was dat wanneer deze interventies specifiek gericht waren op co-morbiditeit met depressie, een significante daling in depressiescores werd vastgesteld (SMD = -0.41; 95% BI -0.63 tot -

0.20). Dit wijst erop dat het aanpakken van psychologische drempels indirect een belangrijke hefboom vormt voor therapietrouw. Voor verpleegkundigen betekent dit dat aandacht voor mentale gezondheid en screening op depressieve klachten een integraal onderdeel van de zorg moet zijn.

Een concreet voorbeeld van gedragsmatige interventies is de studie van Pitchalard et al. (2022), die zich richtte op peer-educatie in rurale Thaise gemeenschappen. Vrijwilligers werden getraind via groeps sessies, empowerment, de 3E2S-strategie (eten, emotie, exercise, stoppen met roken en alcohol) en habit-based interventies. Dit leidde tot een significante stijging van de zelf gerapporteerde therapietrouw (MNCDQ van 44.10 ± 6.27 naar 50.60 ± 4.84 ; $p < 0.001$) en een toename in gezondheidsgedrag en zelfvertrouwen. Deze studie benadrukt hoe gedragsmodellen ook buiten de klassieke klinische context toepasbaar zijn, en hoe verpleegkundigen door samenwerking met vrijwilligers en mantelzorgers hun impact kunnen vergroten.

Ook Jeon et al. (2022) bevestigden in hun meta-analyse van zeven RCT's dat gedragsinterventies effectief zijn bij het bevorderen van therapietrouw. De gemiddelde effectgrootte bedroeg Hedges' $g = 0.50$ (95% CI 0.34–0.66), waarbij vooral interventies gebaseerd op het Health Belief Model ($g = 0.88$) en strategieën zoals implementation intentions ($g = 1.22$) het meest succesvol waren. Face-to-face counseling had eveneens een duidelijk effect ($g = 0.53$), wat aangeeft dat persoonlijke en op maat gemaakte begeleiding door zorgverleners cruciaal is. Voor verpleegkundigen biedt dit bewijs dat gedragsmodellen niet abstract blijven, maar vertaald kunnen worden in concrete gesprekstechnieken en interventies aan het bed of in de eerstelijnszorg.

Een praktisch voorbeeld van gepersonaliseerde gedragsverandering is de AdhCare-studie van Mendorf et al. (2023). Hier werd de interventie afgestemd op de specifieke oorzaak van therapie-ontrouw, zoals vergeten, onwetendheid of intentionele aanpassingen van medicatie. Patiënten kregen educatie, gedragsstrategieën, follow-upcalls en een individueel actieplan. Deze benadering toont aan dat verpleegkundigen therapietrouw niet alleen kunnen monitoren, maar ook actief kunnen bevorderen door een maatgerichte en duurzame aanpak.

Samengevat tonen deze studies aan dat gedragsveranderingstechnieken, en in het bijzonder gepersonaliseerde strategieën, empowerment en modellen zoals het Health Belief Model, effectief zijn in het bevorderen van therapietrouw bij ouderen. Voor verpleegkundigen betekent dit dat het inzetten van gedragsmodellen en -technieken een waardevolle aanvulling vormt op de klassieke medische zorg. Het gaat hierbij niet enkel om therapietrouw als doel op zich, maar om het bevorderen van levenskwaliteit en zelfredzaamheid bij ouderen.

7.2.4 Meetinstrumenten voor therapietrouw

Het in kaart brengen van therapietrouw vereist betrouwbare en gevalideerde meetinstrumenten. Binnen de geselecteerde studies kwamen drie veelgebruikte schalen naar voren: de Medication Adherence Report Scale (MARS), de Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) en de Brief Medication Questionnaire (BMQ).

De MARS is een zelfrapportage-instrument dat oorspronkelijk werd ontwikkeld om therapietrouw bij patiënten met chronische aandoeningen te meten. Het bestaat doorgaans uit vijf tot tien items waarin patiënten aangeven hoe vaak zij voorgeschreven medicatie innemen of overslaan. Aan de hand van vijf stellingen wordt nagegaan hoe therapietrouw de patiënt is, hoe hoger de score, hoe beter de therapietrouw. Bij een score van 21 of een score van 4 op elk individueel item wordt de patiënt als therapietrouw beschouwd. De MARS wordt beschouwd als eenvoudig af te nemen en gebruiksvriendelijk, maar is gevoelig voor sociaal wenselijke antwoorden en subjectieve interpretatie. In het artikel van Jeon et al. (2022) werd MARS gebruikt om patronen van medicatie-inname te analyseren en zo inzicht te verkrijgen in mate en variabiliteit van therapietrouw.

Item	Vraag (vereenvoudigd geformuleerd)	Antwoordopties	Doel
1	Ik vergeet mijn medicatie in te nemen.	Likert (Nooit – Altijd)	Vergeetachtigheid
2	Ik neem minder medicatie in dan voorgeschreven.	Likert (Nooit – Altijd)	Intentionele therapie-ontrouw
3	Ik stop mijn medicatie wanneer ik me beter voel.	Likert (Nooit – Altijd)	Perceptie van genezing
4	Ik stop mijn medicatie wanneer ik me slechter voel.	Likert (Nooit – Altijd)	Bijwerkingen/ negatieve ervaring
5	Ik neem mijn medicatie precies zoals voorgeschreven.	Likert (Nooit – Altijd)	Therapietrouw algemeen

Tabel 1: Voorbeeldstructuur van de Medication Adherence Report Scale (MARS). Eigen bewerking gebaseerd op (Thompson et al., 2000)

De MMAS werd ontwikkeld door Morisky en Green (1986) en later uitgebreid tot een acht-itemsversie (MMAS-8). (Morisky et al., 2008) Deze schaal stelt gerichte vragen over medicatiegedrag, zoals vergeetachtigheid, het bewust overslaan van doses en de moeite die patiënten ervaren bij het innemen van medicatie. De MMAS is wereldwijd gevalideerd in diverse populaties en ziektecategorieën. In de studie van Liquori (2023) werd de MMAS-8 gebruikt als primaire maat om therapietrouw bij ouderen te kwantificeren. Het instrument is betrouwbaar en breed toepasbaar, maar vereist een licentie voor gebruik, wat de toegankelijkheid kan beperken.

Item	Vraag (vereenvoudigd geformuleerd)	Antwoordopties	Doel
1	Vergeet u soms uw medicatie in te nemen?	Ja / Nee	Vergeetachtigheid
2	Neemt u uw medicatie altijd op de juiste tijdstippen?	Ja / Nee	Consistentie
3	Gestopt zonder arts omdat u zich beter voelde?	Ja / Nee	Intentionele therapie-ontrouw
4	Dosis overgeslagen omdat u zich slechter voelde?	Ja / Nee	Bijwerkingen
5	Vergeet u medicatie mee te nemen buitenshuis?	Ja / Nee	Praktische barrières
6	Heeft u gisteren al uw medicatie ingenomen?	Ja / Nee	Recente adherence
7	Volgt u start/stopdatum niet altijd correct?	Ja / Nee	Langetermijngedrag
8	Hoe vaak vergeet u een dosis?	Likert (Nooit – Altijd)	Frequentie vergeten bepalen

Tabel 2: Voorbeeldstructuur van de Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Eigen bewerking gebaseerd op (Morisky et al., 2008)

De BMQ richt zich niet enkel op feitelijk medicatiegedrag, maar ook op de overtuigingen en attitudes van patiënten ten aanzien van hun behandeling. De vragenlijst bestaat uit een algemeen deel (percepties over medicatie in het algemeen) en een specifiek deel (overtuigingen over de eigen voorgeschreven medicatie). Het onderscheid tussen “necessity beliefs” (de ervaren noodzaak van medicatie) en “concerns” (zorgen over bijwerkingen of afhankelijkheid) biedt waardevolle inzichten in de psychologische en cognitieve determinanten van therapietrouw. Peh et al. (2021) pasten de BMQ toe om de relatie tussen patiëntpercepties en medicatiegedrag bij ouderen met polyfarmacie te analyseren.

Schaal / Item	Vraag (vereenvoudigd geformuleerd)	Antwoordopties	Doel
Specifiek – Necessity 1	Mijn gezondheid zou slechter zijn zonder medicatie.	Likert (Helemaal mee eens – Helemaal niet mee eens)	Perceptie van noodzaak
Specifiek – Necessity 2	Mijn medicatie beschermt mij tegen gezondheidsproblemen.	Likert (Helemaal mee eens – Helemaal niet mee eens)	Vertrouwen in medicatie
Specifiek – Concern 1	Ik maak me zorgen dat mijn medicatie afhankelijkheid veroorzaakt.	Likert (Helemaal mee eens – Helemaal niet mee eens)	Zorgen / negatieve attitude
Algemeen – Harm	Medicijnen doen vaak meer kwaad dan goed.	Likert (Helemaal mee eens – Helemaal niet mee eens)	Algemene overtuiging schadelijkheid
Algemeen – Overuse	Artsen schrijven te vaak medicijnen voor.	Likert (Helemaal mee eens – Helemaal niet mee eens)	Perceptie overmatig voorschrijven

Tabel 3: Voorbeeldstructuur van de Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ). Eigen bewerking gebaseerd op (Horne & Weinman, 1999).

Tot slot toont het gebruik van verschillende meetinstrumenten aan dat therapietrouw een veelzijdig concept is dat zowel gedragsmatig (MARS, MMAS) als cognitief en attitudinaal (BMQ) kan worden benaderd. Door deze instrumenten in samenhang te bekijken, ontstaat een vollediger beeld van de factoren die therapietrouw bepalen. In volgende tabel wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste kenmerken, sterktes en beperkingen van de drie meest gebruikte schalen.

Meet instrument	MARS	MMAS	BMQ
Beschrijving	Zelfrapportagevragenlijst die therapietrouw meet via: ➤ Gedrag en motivatie.	Wereldwijd meest gebruikte schaal, 4- en 8-item versies. ➤ Meet therapietrouw via vergeetachtigheid en intentionaliteit.	Meet therapietrouw én barrières ➤ Vergeetachtigheid ➤ Bijwerkingen ➤ Overtuigingen
Doelgroep/setting	➤ Chronische aandoeningen ➤ Breed toepasbaar in eerstelijns en onderzoek.	➤ Chronische aandoeningen zoals hypertensie, diabetes, hartfalen.	➤ Chronische medicatie-gebruikers ➤ Toepasbaar in eerstelijns en onderzoek.
Items	MARS-5: ➤ 5 items (Likert 1–5).	MMAS-8: ➤ 8 items.	3 modules met enkele vragen.
Scoring	Score: 5–25 (hogere score = betere therapietrouw).	Score: 0–8. ➤ 0–5 = lage ➤ 6–7 = matige ➤ 8 = hoge	Score = aantal positieve signalen (barrières).
Voordelen	➤ Kort en gebruiksvriendelijk ➤ Goede interne consistentie ➤ Breed toepasbaar	➤ Zeer bekend en vaak gebruikt ➤ Eenvoudig en snel ➤ Beschikbaar in veel talen	➤ Geeft inzicht in oorzaken ➤ Bruikbaar voor VPK- interventies
Beperkingen	➤ Sociaal wenselijke antwoorden ➤ Geen info over oorzaken therapieontrouw	➤ Licentie vereist ➤ Beperkt detailniveau ➤ Gevoelig voor ‘ja/nee’-bias	➤ Iets langere afnameduur ➤ Minder frequent gebruikt in RCT’s

Tabel 4: eigen bewerking/overzicht van de 3 meetinstrumenten.

Binnen deze bachelorproef werd ervoor gekozen om de meetinstrumenten enkel theoretisch te bespreken en niet praktisch te integreren in het onderzoeks- of implementatiegedeelte. De reden hiervoor is dat het gebruik van deze instrumenten – zoals de MARS, MMAS en BMQ – in de praktijk een uitgebreide voorbereiding, training en toestemmingsprocedure vereist, wat binnen de tijds- en contextkaders van dit project niet haalbaar was. Desondanks vormt hun theoretische bespreking een waardevolle aanvulling, aangezien ze inzicht bieden in hoe therapietrouw op een valide en systematische manier kan worden geëvalueerd in toekomstig onderzoek en klinische toepassingen (Horne & Weinman, 1999; Morisky et al., 2008; Thompson et al., 2000).

7.2.5 Omgevings- en contextuele factoren

Volgens het WHO-rapport gepubliceerd door Sabaté (2003) zijn er vijf dimensies die van invloed zijn op therapietrouw: sociaal-economische factoren, factoren gerelateerd aan het gezondheidssysteem en zorgverleners, ziekte gerelateerde factoren, therapie gerelateerde factoren en patiëntgebonden factoren.

Binnen deze dimensies nemen contextuele elementen zoals thuissituatie, sociaal netwerk, taal en familiebetrokkenheid een centrale plaats in. De WHO wijst erop dat lage gezondheidsvaardigheden, beperkte toegang tot zorg, culturele en taalbarrières en het ontbreken van sociale steun of mantelzorg de therapietrouw ernstig kunnen ondermijnen. Ouderen die bijvoorbeeld alleen wonen of weinig hulp krijgen van hun omgeving, lopen een verhoogd risico om medicatie te vergeten of opzettelijk niet in te nemen.

Een stabiele en ondersteunende thuissituatie blijkt daarentegen een beschermende factor. Wanneer familieleden betrokken zijn bij de medicatie-inname en opvolging van afspraken, verhoogt dit de kans dat ouderen therapietrouw blijven. Ook het taalgebruik van zorgverleners is cruciaal: bij taalbarrières kunnen instructies of medische informatie verkeerd begrepen worden, wat kan leiden tot fouten in medicatiegebruik of het volledig staken van de therapie.

Het belang van culturele sensitiviteit en communicatie wordt eveneens benadrukt. Wanneer patiënten zich niet begrepen of gehoord voelen door hun zorgverlener – bijvoorbeeld door culturele misverstanden of gebrekkige communicatie – vermindert hun motivatie om de therapie op te volgen. Zorgsystemen moeten daarom investeren in meertalige communicatie, tolkendiensten en het versterken van familie- en mantelzorgbetrokkenheid.

Kortom, contextfactoren zoals taal, sociaal netwerk, familiebetrokkenheid en de thuissituatie beïnvloeden in sterke mate de therapietrouw. Interventies die inspelen op deze factoren kunnen de effectiviteit van behandelingen bevorderen en gezondheidsuitkomsten optimaliseren.

7.2.6 Psychologische en cognitieve beïnvloedingsfactoren

Psychologische en cognitieve factoren spelen een doorslaggevende rol in therapietrouw en behoren volgens de WHO tot de vijf hoofdgroepen die therapieontrouw beïnvloeden. Bij oudere patiënten komen geheugenstoornissen, verminderde informatieverwerking en cognitieve achteruitgang frequent voor. Dit bemoeilijkt het opvolgen van complexe medicatieschema's en verhoogt de kans op vergeten innames. Daarnaast kunnen psychologische factoren zoals angst, stress, depressieve gevoelens of een beperkt ziekte-inzicht leiden tot een verminderde motivatie om therapie correct vol te houden. Voor verpleegkundigen betekent dit dat ze alert moeten zijn voor signalen van cognitieve of psychologische kwetsbaarheid en hun begeleiding hierop dienen af te stemmen.

De studie van Verlaan-Snieders (2018) toont aan dat geheugensteuntjes, zoals weekdozen, een belangrijke meerwaarde bieden voor ouderen met milde cognitieve problemen. Ouderen die een weekdoos gebruikten, vergaten significant minder vaak hun medicatie, en dit positieve effect bleef behouden na één, drie en zes maanden. Toch is het effect beperkt bij patiënten met ernstige cognitieve stoornissen, wat duidelijk maakt dat verpleegkundigen het cognitief functioneren steeds zorgvuldig moeten inschatten alvorens een interventie uit te voeren. Het

inzetten van hulpmiddelen zonder rekening te houden met de cognitieve mogelijkheden van de patiënt kan immers leiden tot frustratie en therapieontrouw.

Digitale technologieën bieden bijkomende ondersteuning, mits ze aangepast zijn aan de noden van ouderen. In de Delphi-studie van Selcuk et al. (2025) werd de inhoud van een mobiele applicatie afgestemd op ouderen met cognitieve beperkingen. De app bevatte functies zoals herinneringen, bevestiging van inname, eenvoudige instructies en visuele ondersteuning. Daarnaast bood de applicatie psychologische steun door middel van positieve feedback. Voor verpleegkundigen kan het introduceren en uitleggen van dergelijke tools helpen om cognitieve drempels te verlagen en het gevoel van controle en zelfredzaamheid bij ouderen te bevorderen.

De WHO benadrukt dat digitale gezondheidstoepassingen veilig, toegankelijk en evidence-based moeten zijn om effectief te zijn (Sabaté, 2003). Cruciaal is dat ze ontwikkeld worden in samenspraak met zowel zorgverleners als patiënten, zodat de inhoud aansluit bij de praktische en emotionele noden van ouderen. Dit vraagt van verpleegkundigen niet alleen technische kennis, maar ook vaardigheden in educatie en coaching, zodat zij als brugfiguur kunnen optreden tussen technologie en patiënt.

Samengevat blijkt dat psychologische en cognitieve factoren een grote invloed hebben op therapietrouw bij ouderen. Verpleegkundigen kunnen hierbij een sleutelrol spelen door het herkennen van kwetsbaarheden, het inzetten van eenvoudige hulpmiddelen zoals weekdozen, en het begeleiden van digitale toepassingen die aangepast zijn aan het cognitieve en emotionele profiel van de patiënt. Op die manier dragen zij bij aan zowel therapietrouw als het welzijn en de zelfredzaamheid van ouderen.

7.2.7 Verpleegkundige interventies

Verpleegkundige interventies spelen een onmisbare rol in het bevorderen van therapietrouw bij ouderen, die vaak kampen met polyfarmacie, cognitieve achteruitgang en beperkte gezondheidsvaardigheden. Omdat deze patiëntenpopulatie bijzonder kwetsbaar is voor therapieontrouw, ligt hier een belangrijke verantwoordelijkheid voor verpleegkundigen. Studies tonen aan dat interventies zoals herinneringsverpakkingen, digitale hulpmiddelen en kwaliteitsmodellen de medicatie-inname aanzienlijk bevorderen en bijdragen aan een hogere patiënttevredenheid (Marcum et al., 2017).

Herinneringsverpakkingen, zoals weekdozen en baxterverpakkingen, zijn praktische en laagdrempelige hulpmiddelen die ouderen helpen hun medicatie correct in te nemen. Voor veel patiënten vormen geheugenproblemen of een gebrek aan overzicht een belangrijke barrière. Weekdozen bieden hierbij visuele en organisatorische ondersteuning, terwijl baxterverpakkingen nog meer structuur bieden doordat medicatie per innamemoment verpakt wordt. Meta-analyses bevestigen dat het gebruik van deze hulpmiddelen zowel de therapietrouw als klinische uitkomsten positief beïnvloedt, al blijkt het effect minder uitgesproken bij patiënten met ernstige cognitieve achteruitgang (Verlaan-Snieders, 2018). Voor verpleegkundigen betekent dit dat zij een sleutelrol spelen in het aanbieden, uitleggen en opvolgen van het gebruik van dergelijke hulpmiddelen, aangepast aan het cognitieve niveau van de patiënt.

Naast fysieke hulpmiddelen kunnen ook digitale technologieën een belangrijke meerwaarde bieden. Zo suggereert een systematische review (protocol) van Belete et al. (2024) dat sms-herinneringen, vooral bij patiënten met hypertensie, een laagdrempelige en kostenefficiënte

manier zijn om vergeetachtigheid tegen te gaan. Dit soort interventies sluit goed aan bij de verpleegkundige praktijk, aangezien verpleegkundigen deze reminders kunnen integreren in het zorgproces en patiënten kunnen ondersteunen in het gebruik ervan.

Ook mobiele applicaties worden steeds vaker ontwikkeld om therapietrouw te bevorderen. Selcuk et al. (2025) ontwikkelden een app met negen kernfuncties, waaronder herinneringen, medicatie-instructies en feedbackmogelijkheden. Hoewel sommige zorgverleners terughoudend waren om digitale tools in te zetten, werd algemeen erkend dat goed ontworpen applicaties patiënten extra ondersteuning kunnen bieden. Verpleegkundigen hebben hierin een bemiddelende rol door patiënten te begeleiden in het gebruik van digitale middelen, mogelijke drempels weg te nemen en de bruikbaarheid ervan kritisch te evalueren.

Daarnaast kan ook het toepassen van kwaliteitsmodellen bijdragen aan therapietrouw. In het onderzoek van Wang & Zheng (2016) bleek het PDCA-model (Plan-Do-Check-Act), hoewel oorspronkelijk gericht op kwaliteitsverbetering in de zorg, indirect bij te dragen aan therapietrouw. Door de gestructureerde aanpak steeg niet alleen de kwaliteit van zorg, maar nam ook het kennisniveau van verpleegkundigen toe en werd de patiënttevredenheid groter. Dit benadrukt dat verpleegkundigen, door actief deel te nemen aan kwaliteitsverbeteringsprocessen, hun betrokkenheid en bewustzijn rond therapietrouw bevorderen.

Voorgaande studies tonen aan dat verpleegkundige interventies in vele vormen – van praktische hulpmiddelen tot digitale technologie en kwaliteitsmodellen – krachtige instrumenten zijn om therapietrouw bij ouderen te bevorderen. Verpleegkundigen staan hierbij centraal: zij zijn motivator, begeleider en bewaker van therapietrouw en maken het verschil door interventies af te stemmen op de unieke noden van de patiënt.

7.2.8 Evaluatie van het medicatieschema

Een systematische evaluatie van het medicatieschema is een cruciale stap in het bevorderen van therapietrouw bij oudere patiënten met chronische aandoeningen. Uit de literatuur blijkt dat onduidelijke, complexe of verouderde medicatieschema's frequent aanleiding geven tot fouten, onduidelijkheid en uiteindelijk therapieontrouw (Kramers, 2019; Ploeg & Gobbens, 2016). Verpleegkundigen spelen hierin een sleutelrol, aangezien zij vaak als eerste onregelmatigheden, dubbelmedicatie of niet-geactualiseerde voorschriften opmerken.

Een goed uitgevoerde medicatieschema-evaluatie omvat volgens Liquori (2023) drie stappen: (1) verificatie van de actuele medicatie-inname, (2) vergelijking met het voorschrift in het elektronisch patiëntendossier (EPD), en (3) identificatie van discrepanties of risicofactoren. Het doel is niet alleen administratieve correctheid, maar ook inzicht in de praktische haalbaarheid en de begrijpelijkheid van het schema voor de patiënt zelf. Onderzoek toont aan dat 30 tot 50% van de ouderen niet exact weet welke medicatie zij nemen, wat door Jeon et al. (2022) wordt bevestigd, die het belang van visuele en toegankelijke schema's benadrukken.

Volgens Mendorf et al. (2023) verhoogt de frequentie van medicatiebeoordelingen de kans op tijdige detectie van therapieontrouw. In hun studie bij Parkinsonpatiënten werd aangetoond dat patiënten die maandelijks een evaluatie van hun medicatieschema kregen, een hogere therapietrouw vertoonden ($p < 0.05$) en minder vaak doseringsfouten maakten. Vooral in de thuiszorgcontext is dit essentieel, waar wijzigingen in voorschriften van verschillende specialisten regelmatig leiden tot verwarring of overlapping van

geneesmiddelen (Kramers, 2019). Een gestructureerde evaluatie kan dit risico aanzienlijk beperken.

Daarnaast blijkt uit de meta-analyse van Mackridge et al. (2025) dat multidisciplinaire medicatiebeoordelingen – uitgevoerd door verpleegkundigen, artsen en apothekers – leiden tot significante verbeteringen in medicatieveiligheid en therapietrouw (RR = 1.42; 95% CI 1.17–1.72). Deze gezamenlijke evaluaties maken het mogelijk om overbodige medicatie te schrappen, interacties te detecteren en het schema te vereenvoudigen. Vooral bij polyfarmacie blijkt simplificatie een bewezen effectieve maatregel om therapietrouw te bevorderen (Schönfeld et al., 2021).

Naast de structurele beoordeling speelt ook de vormgeving van het medicatieschema een belangrijke rol. Ouderen met beperkte gezondheidsvaardigheden of cognitieve problemen profiteren van visueel vereenvoudigde schema's, met pictogrammen, tijdstippen en kleurcodes (Selcuk et al., 2025). De toepassing van teach-backmethoden – waarbij patiënten in eigen woorden uitleggen wanneer en hoe zij hun medicatie innemen – helpt om inzicht en betrokkenheid te vergroten (Schnorrerova et al., 2025). Voor verpleegkundigen is dit een kans om niet enkel fouten te corrigeren, maar ook om motivatie en zelfredzaamheid te bevorderen.

Tot slot toont de studie van (Verlaan-Snieders (2018) aan dat de evaluatie van medicatieschema's, gecombineerd met praktische hulpmiddelen zoals weekdozen of baxterverpakkingen, leidt tot een aanzienlijke daling van gemiste innames ($p < 0.01$). Dit suggereert dat de evaluatie van het medicatieschema niet enkel een administratieve handeling is, maar een gedrag veranderende interventie kan zijn die direct bijdraagt aan betere therapietrouw.

Samengevat vormt de evaluatie van het medicatieschema een essentieel onderdeel van de verpleegkundige zorg rond therapietrouw. Het biedt een structureel moment om fouten te detecteren, educatie te geven en gedragsverandering te stimuleren. Door regelmatige, multidisciplinaire en patiëntgerichte evaluaties te integreren in de zorgpraktijk, kan de kans op medicatiefouten en therapieontrouw aanzienlijk worden verminderd, wat resulteert in een verhoogde veiligheid, efficiëntie en kwaliteit van zorg (G. Liquori, 2023; Mackridge et al., 2025).

7.2.9 Betrokkenheid van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen

Het betrekken van vrijwilligers, mantelzorgers en ervaringsdeskundigen (peers) blijkt een positieve invloed te hebben op therapietrouw. Vooral uit het onderzoek van Selcuk et al. (2025) komt naar voren dat het actief betrekken van deze groepen bij het ontwikkelen van interventies, zoals mobiele applicaties, leidt tot effectievere ondersteuning van medicatie-inname bij ouderen. In een Delphi-studie werden zorgverleners, patiënten en mantelzorgers samen ingeschakeld om de inhoud van een app voor therapietrouw te bepalen. Mantelzorgers speelden hierin een opvallende rol: zij wezen op het belang van herinneringsfuncties, communicatie met artsen, en duidelijke instructies over medicatiegebruik. Terwijl zorgverleners soms terughoudend zijn in het delen van informatie via technologische middelen, bleken mantelzorgers net te pleiten voor toegankelijke en begrijpelijke ondersteuning, zeker voor ouderen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Naast mantelzorgers tonen ook vrijwilligers en ervaringsdeskundigen een duidelijke meerwaarde. Vrijwilligers kunnen, door hun laagdrempelige aanwezigheid en extra tijd voor de zorgvrager, ondersteuning bieden bij praktische aspecten van medicatie-inname, zoals

herinneren, observeren en motiveren. Ervaringsdeskundigen, die zelf geconfronteerd werden met chronische aandoeningen of medicatiegebruik, kunnen vanuit hun persoonlijke ervaring inspelen op de leefwereld van de patiënt. Hierdoor ontstaat vaak meer herkenning en vertrouwen, wat de motivatie tot therapietrouw kan bevorderen.

Opvallend is ook dat alle patiënten in deze studie samenwoonden met familieleden, wat benadrukt dat contextuele factoren zoals familiebetrokkenheid een structurele rol kunnen spelen in therapietrouw. Het gebruik van peer-ondersteuning, waarbij ervaringsdeskundigen of familieleden actief bijdragen aan het medicatiebeheer, zorgt dus voor meer monitoring, motivatie en praktische hulp. Wanneer deze ondersteuning bovendien technologisch wordt gefaciliteerd, kunnen de resultaten verder geoptimaliseerd worden (Selcuk et al., 2025).

Verpleegkundige interventies spelen daarbij een sleutelrol: zij fungeren als spilfiguur tussen patiënt, mantelzorger en zorgsysteem en kunnen door hun nabijheid en continuïteit interventies op maat implementeren. Psychologische en cognitieve factoren blijven echter een belangrijke uitdaging, wat benadrukt dat therapietrouw niet enkel een kwestie is van instructies opvolgen, maar sterk verweven is met het emotioneel en cognitief functioneren van de patiënt.

Al met al blijkt dat een geïntegreerde aanpak, waarin educatie, communicatie, gedragsverandering, technologische ondersteuning en verpleegkundige begeleiding hand in hand gaan, de grootste kans biedt op duurzame therapietrouw en daarmee een betere levenskwaliteit voor ouderen.

7.2.10 Digitale hulpmiddelen en geheugensteuntjes

Digitale hulpmiddelen en geheugensteuntjes kunnen een cruciale rol spelen bij het bevorderen van therapietrouw bij oudere volwassenen. Deze doelgroep wordt vaak geconfronteerd met uitdagingen zoals polyfarmacie, cognitieve achteruitgang en een beperkt inzicht in het eigen medicatieschema. Het inzetten van technologische hulpmiddelen, zoals herinneringsverpakkingen, apps of sms-berichten, biedt mogelijkheden om deze knelpunten gericht aan te pakken en de zelfredzaamheid van patiënten te vergroten.

Uit de studie van Verlaan-Snieders (2018) blijkt dat herinneringsverpakkingen zoals weekdozen en baxterverpakkingen de therapietrouw bij ouderen aanzienlijk kunnen bevorderen. Meta-analyses bevestigen dat het gebruik van deze hulpmiddelen niet alleen leidt tot minder vergeten innames, maar ook tot verbeterde klinische parameters, zoals een lagere bloeddruk en betere HbA1c-waarden.

Bij ouderen die weekdozen gebruikten, werd een significante daling vastgesteld in het aantal gemiste medicatiemomenten na één, drie en zes maanden. Voor verpleegkundigen betekent dit dat zij een sleutelrol spelen in het introduceren, uitleggen en opvolgen van het gebruik van deze hulpmiddelen, zodat patiënten ze op een juiste en consistente manier hanteren.

Naast fysieke hulpmiddelen bieden ook digitale applicaties nieuwe kansen. In een Delphi-studie van Selcuk et al. (2025) werd door zorgverleners, patiënten en mantelzorgers consensus bereikt over negen essentiële functies die een app moet bevatten om therapietrouw te bevorderen. Denk hierbij aan herinneringen, bevestiging van medicatie-inname en duidelijke instructies over wat te doen bij gemiste doses. De hoge participatiegraad in de drie surveyfasen (56%, 90% en 96%) toont aan dat er een groot draagvlak bestaat voor dergelijke toepassingen.

Toch benadrukken de auteurs dat de effectiviteit van apps afhankelijk is van hun gebruiksvriendelijkheid en de professionele begeleiding door zorgverleners. Dit benadrukt de rol van verpleegkundigen als brugfiguren die niet alleen de technologie aanreiken, maar ook ondersteuning bieden bij het gebruik ervan.

Eenvoudige technologie zoals sms-herinneringen kan eveneens effectief zijn. Het systematisch reviewprotocol van Belete et al. (2024) richt zich op de vergelijking tussen korte sms-berichten en standaardzorg bij patiënten met hypertensie. Hoewel de resultaten nog niet gepubliceerd zijn, wijzen eerdere studies erop dat sms-berichten een laagdrempelige en kostenefficiënte manier zijn om patiënten tijdig te herinneren aan hun medicatie-inname. Voor verpleegkundigen kan dit een waardevol hulpmiddel zijn om therapieontrouw door vergeetachtigheid te beperken, zeker in de eerstelijnszorg.

Samengevat tonen de bevindingen aan dat digitale hulpmiddelen en geheugensteuntjes, wanneer ze afgestemd worden op de noden van ouderen en ondersteund door verpleegkundigen, krachtige strategieën zijn om therapietrouw te bevorderen. Verpleegkundigen spelen hierin een centrale rol door het gebruik ervan te begeleiden, drempels weg te nemen en deze interventies in te passen in een bredere zorgcontext.

8 Prototype

8.1 Ontwerpproces van het prototype

Wij zijn twee laatstejaarsstudenten verpleegkunde met een grote passie voor ouderenzorg en een sterke betrokkenheid bij deze generatie. Tijdens onze stages in zowel de eerstelijnszorg als in woonzorgcentra merkten we dat er in de dagelijkse praktijk vaak te weinig aandacht ging naar het thema therapie(on)trouw. Wanneer patiënten hun medicatie niet namen zoals voorgeschreven, werd dit doorgaans snel opgemerkt, maar zelden grondig besproken. De onderliggende oorzaken – zoals vergeetachtigheid, onbegrip, angst voor bijwerkingen of gebrek aan motivatie – bleven daardoor vaak onbesproken. Bovendien gaven verpleegkundigen en zorgkundigen aan dat tijdsdruk, gebrek aan gestructureerde hulpmiddelen en onzekerheid over gesprekstechnieken hen soms belemmerden om dit thema systematisch aan te pakken.

Vanuit deze vaststelling groeide het idee om een praktisch en visueel hulpmiddel te ontwikkelen dat verpleegkundigen ondersteunt bij het herkennen, analyseren en bespreekbaar maken van therapieontrouw. Zo ontstonden twee complementaire prototypes: een mobiele applicatie, de Therapietrouw Assistent Tool (kortweg TAT-app) en een reeks steekkaarten. Beide hulpmiddelen werden ontworpen op basis van inzichten uit de literatuur, gedragsmodellen - zoals al eerder werd vermeld, en feedback uit de praktijk.

Naast het ondersteunen van verpleegkundigen in het herkennen en bespreekbaar maken van therapie(on)trouw, werd bij het ontwerpproces ook expliciet aandacht besteed aan de rol en positie van de oudere patiënt zelf. Beide prototypes vertrekken vanuit het uitgangspunt dat therapietrouw geen eenzijdige verantwoordelijkheid is van de oudere, maar tot stand komt in interactie met de zorgverlener. Door signalen en oorzaken van therapietrouw inzichtelijk te maken en gestructureerde gesprekshandvaten aan te reiken, worden verpleegkundigen versterkt in hun coachende en begeleidende rol. Tegelijk beogen de TAT-app en steekkaarten ouderen te ondersteunen in het begrijpen van hun behandeling, het verwoorden van twijfels of bezorgdheden en het vergroten van hun zelfredzaamheid en betrokkenheid bij de eigen zorg. Op die manier sluiten de prototypes aan bij een persoonsgerichte en empowermentgerichte benadering, waarbij samenwerking en gedeelde besluitvorming centraal staan.

8.2 Beoogde doelgroep en eindgebruikers

Met dit project richten wij ons in de eerste plaats op ouderen met een verhoogd risico op therapieontrouw en op verpleegkundigen die instaan voor hun dagelijkse zorg, zowel in de eerstelijnszorg als in woonzorgcentra. Deze afbakening sluit nauw aan bij de focus en doelstellingen van deze bachelorproef.

De primaire doelgroep bestaat uit ouderen met chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes, COPD of hypertensie, die vaak geconfronteerd worden met complexe en langdurige medicatieschema's. Binnen deze groep is er een verhoogde kwetsbaarheid bij ouderen met cognitieve achteruitgang, beginnende dementie, beperkte gezondheidsvaardigheden of een voorgeschiedenis van verminderde therapietrouw. Voor deze ouderen beogen de Therapietrouw Assistent Tool (TAT-app) en de steekkaarten ondersteuning te bieden bij het begrijpen van hun behandeling, het bespreekbaar maken van twijfels of bezorgdheden en het vergroten van hun betrokkenheid bij de eigen zorg.

De secundaire, maar centrale doelgroep binnen deze bachelorproef zijn verpleegkundigen die dagelijks instaan voor de begeleiding, opvolging en educatie van deze ouderen. De ontwikkelde prototypes zijn specifiek afgestemd op de verpleegkundige praktijk en bieden een praktisch en tijdbesparend hulpmiddel om therapieontrouw systematisch te herkennen, onderliggende oorzaken te analyseren en het gesprek hierover op een gestructureerde en persoonsgerichte manier aan te gaan. Op die manier worden verpleegkundigen ondersteund in hun coachende, educatieve en signalerende rol.

Ook zorgkundigen, vrijwilligers en andere betrokken actoren binnen de ouderenzorg kunnen in de praktijk baat hebben bij de ontwikkelde materialen. Binnen deze bachelorproef worden zij echter niet als primaire eindgebruikers beschouwd, maar eerder als aanvullende schakels binnen het bredere zorgnetwerk rond de oudere patiënt.

Hoewel de focus van deze bachelorproef expliciet ligt op ouderen en verpleegkundigen, wordt het belang van andere betrokkenen niet ontkend. Mantelzorgers en familieleden spelen vaak een belangrijke ondersteunende rol, zeker bij ouderen met geheugenproblemen of verminderde zelfredzaamheid. In een breder perspectief kunnen zij indirect mee ondersteund worden door de aanpak en inzichten die via de verpleegkundige zorg worden aangereikt.

Door deze duidelijke afbakening blijft de focus van deze bachelorproef behouden, terwijl tegelijkertijd erkend wordt dat therapietrouw een gedeelde verantwoordelijkheid is binnen een multidisciplinair en contextueel zorglandschap.

8.3 Inspiratie uit bewezen methodieken en interventies

Uit recente systematische reviews en umbrella reviews blijkt dat een breed scala aan interventies effectief kan zijn om therapietrouw bij ouderen te bevorderen. Deze interventies variëren van educatieve strategieën tot technologische toepassingen en gedragsveranderingstechnieken.

Een belangrijk aangetoond effectief element is multicomponente interventies waarbij verschillende strategieën gecombineerd worden. Studies tonen aan dat een mix van educatie, gedragsinterventies, feedbackmechanismen en geheugensteuntjes betere resultaten oplevert dan enkelvoudige interventies (Mackridge et al., 2025). Binnen deze multicomponente aanpak zijn vooral face-to-face interventies sterk onderbouwd: persoonlijke gesprekken leiden tot een hogere betrokkenheid en bieden ruimte om barrières te achterhalen en oplossingen te bespreken. Interventies in apotheken of zorginstellingen bleken vaak effectiever dan uitsluitend thuisbezorgde informatie (Mackridge et al., 2025).

Ook educatieve interventies spelen een cruciale rol. Het geven van duidelijke, begrijpelijke instructies, eventueel ondersteund door visuele hulpmiddelen, helpt patiënten om medicatieschema's correct op te volgen. Hierbij is het belangrijk dat educatie op maat gebeurt, afgestemd op gezondheidsvaardigheden en cognitieve mogelijkheden (Selcuk et al., 2025). Het toepassen van de teach-backmethode, waarbij de patiënt de informatie in eigen woorden herhaalt, versterkt het begrip en het vertrouwen in het eigen medicatiebeheer.

Technologische geheugensteuntjes zoals mobiele applicaties, elektronische pillendozen en sms-herinneringen zijn eveneens effectief gebleken. Meta-analyses laten zien dat korte sms-berichten patiënten helpen herinneren aan inname- en herhaalafspraken, wat leidt tot significante verbeteringen in therapietrouw, vooral bij chronische aandoeningen zoals hypertensie (Belete et al., 2024). Moderne mobiele applicaties combineren herinneringen

met extra functies zoals instructies, doseringsinformatie en follow-upmeldingen, waardoor zij inspelen op zowel praktische als educatieve behoeften van de patiënt (Selcuk et al., 2025).

Een andere bewezen strategie is feedback en monitoring. Door patiënten inzicht te geven in hun eigen medicatie-inname, bijvoorbeeld via registratie in een app of door regelmatige evaluatiegesprekken, wordt bewustwording gestimuleerd en kan sneller worden ingegrepen bij terugval.

Tot slot blijkt ook de betrokkenheid van zorgprofessionals en mantelzorgers van groot belang. Interventies waarbij apothekers, verpleegkundigen of mantelzorgers actief betrokken zijn bij het medicatieproces, resulteren vaker in verbeterde therapietrouw. Hierbij kan het gaan om het aanpassen van doseringsschema's, het vereenvoudigen van het medicatieschema door combinatiemiddelen, of het direct inspelen op bijwerkingen en praktische problemen.

Samengevat laat de literatuur zien dat effectieve interventies vaak meerdere componenten combineren: educatie op maat, persoonlijke begeleiding, technologische ondersteuning, feedback en samenwerking met het sociale netwerk van de patiënt. Deze geïntegreerde aanpak sluit aan bij de complexiteit van therapietrouw en biedt de grootste kans op duurzame gedragsverandering (Belete et al., 2024; Mackridge et al., 2025; Selcuk et al., 2025).

8.4 Kern-en subdoelstellingen van het prototype

Deze twee instrumenten – de Therapietrouw Assistent Tool (TAT-app) en de steekkaarten – werden ontwikkeld met hetzelfde doel: zorgverleners ondersteunen bij het vroegtijdig herkennen van signalen van therapieontrouw en het gericht inzetten van passende interventies. Toch verschillen beide hulpmiddelen in opzet, doelgroep en toepassingscontext.

De TAT-app werd ontwikkeld voor de thuiszorgsetting, waar ouderen doorgaans nog meer autonomie behouden en gedragsverandering wel haalbaar is. In deze fase van het zorgtraject kunnen zorgverleners nog inzetten op motivatie, zelfmanagement en educatie. De TAT-app biedt mogelijkheden om herinneringen in te stellen, gepersonaliseerde medicatie-instructies te geven, en voortgang te monitoren via opvolgingsmomenten. Bovendien kan de TAT-app gekoppeld worden aan educatieve functies of feedbackmechanismen die de patiënt actief betrekken bij zijn therapie. Dit maakt de TAT-app tot een coachend en motiverend hulpmiddel dat gedragsverandering ondersteunt op lange termijn, in nauwe samenwerking tussen patiënt, mantelzorger en zorgverleners.

De steekkaarten werden specifiek ontworpen voor gebruik binnen het woonzorgcentrum. In deze context wonen bewoners vaak niet langer dan twee jaar, en bevinden zij zich meestal in een gevorderde levensfase met toenemende zorgafhankelijkheid. Vanuit die realiteit geloven wij dat gedragsverandering of langdurige motivatieprogramma's hier minder zinvol zijn. De focus ligt eerder op comfort, veiligheid en stabiliteit dan op het aanleren van nieuwe gewoonten. De steekkaarten dienen daarom als observatie- en reflectie-instrument voor zorgverleners: ze helpen om snel signalen van therapieontrouw te herkennen, mogelijke oorzaken te analyseren (zoals cognitieve achteruitgang, slikproblemen of verwarring), en onmiddellijk gepaste ondersteuning te bieden. De nadruk ligt dus niet op gedragsverandering bij de bewoner, maar op klinisch redeneren, vroeg detectie en preventie van fouten door de zorgverlener.

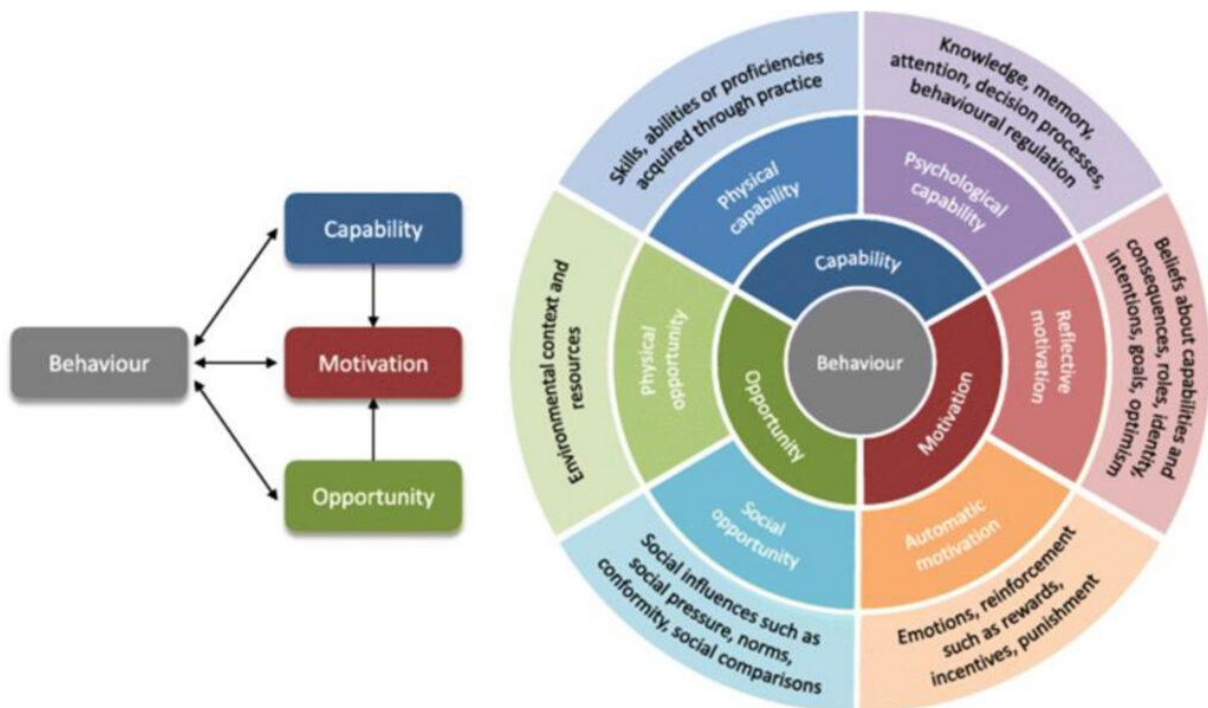
Door beide hulpmiddelen te combineren ontstaat een hybride systeem waarin analoge en digitale ondersteuning elkaar aanvullen. De TAT-app in de thuiszorg fungeert als motiverend

instrument om therapietrouw duurzaam te bevorderen, terwijl de steekkaarten het observatievermogen en klinisch inzicht van zorgverleners in het WZC bevorderen. Op die manier bieden beide prototypes elk op hun niveau een concrete bijdrage aan kwalitatieve, persoonsgerichte en contextgevoelige zorg.

Met deze combinatie willen wij een brug slaan tussen zorgverlener en patiënt, zodat medicatie-inname niet alleen wordt gecontroleerd, maar vooral ook begrepen en gedragen – een aanpak die bewezen effectiever is op lange termijn.

8.5 Werking en praktische toepassing

8.5.1 Gedragsanalyse via COM-B model



Figuur 5: Het COM-B-model en de Behaviour Change Wheel. Overgenomen uit (Mitchie et al., 2011)

Alvorens over te gaan tot een gestructureerde gedragsanalyse, is het essentieel dat de zorgverlener eerst het gesprek aangaat met de oudere. Deze dialoog vormt een cruciale eerste stap en biedt ruimte om het gedrag te verkennen vanuit het perspectief van de oudere zelf. Door open en niet-oordelende vragen te stellen, kan de zorgverlener nagaan hoe de patiënt zijn behandeling ervaart, welke betekenis hij of zij aan de medicatie toekent en welke drempels of bezorgdheden daarbij een rol spelen.

Dit gesprek draagt bij aan het opbouwen van vertrouwen en voorkomt dat therapieontrouw louter wordt benaderd als een probleem dat 'gecorrigeerd' moet worden. Bovendien kan al tijdens deze dialoog duidelijk worden of bepaalde factoren – zoals angst voor bijwerkingen, onbegrip over het doel van de medicatie of praktische moeilijkheden – aan de basis liggen van het gedrag. De inzichten die hieruit voortkomen vormen een waardevolle basis voor de verdere analyse aan de hand van het COM-B model.

De integratie van het COM-B model sluit aan bij de bevinding dat determinanten en interventies best binnen een multi-raamwerkbenadering worden geordend (Ruggeri et al., 2023).

Wanneer een zorgverlener tijdens de dagelijkse praktijk merkt dat een patiënt zijn of haar medicatie niet inneemt zoals voorgeschreven, start het proces met signalering. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren doordat een zorgkundige tijdens de ronde ziet dat tabletten onaangeroerd blijven, of doordat de patiënt zelf aangeeft soms doses over te slaan. Ook subtielere signalen, zoals een verslechtering van de gezondheidstoestand of het te vroeg of te laat ophalen van herhaalmedicatie, kunnen wijzen op therapieontrouw. Het is belangrijk dat deze eerste observatie niet alleen wordt genoteerd, maar ook gezien wordt als aanleiding om verder te onderzoeken welke factoren aan dit gedrag ten grondslag liggen.

Vervolgens wordt in de tweede stap een gerichte analyse uitgevoerd aan de hand van het COM-B model. Hierbij wordt het gedrag – in dit geval therapieontrouw – systematisch bekeken vanuit drie invalshoeken: Capability, Opportunity en Motivation.

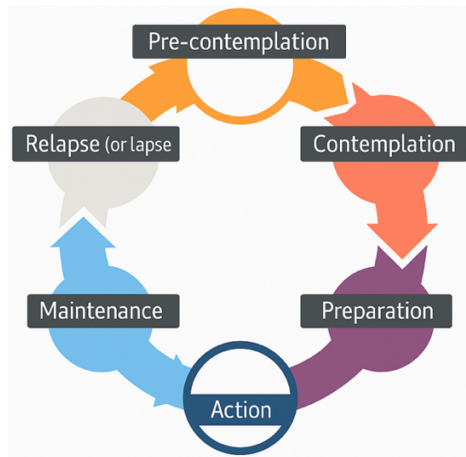
Bij Capability wordt nagegaan of de patiënt fysiek en mentaal in staat is om het medicatieschema te volgen. Dit kan variëren van praktische belemmeringen, zoals slikproblemen, tot cognitieve beperkingen of onvoldoende kennis over de noodzaak van de medicatie.

Opportunity richt zich op de omstandigheden die het gedrag mogelijk maken of juist belemmeren, zoals de beschikbaarheid van de medicatie, de aanwezigheid van een ondersteunend netwerk of praktische zaken als een overzichtelijke dagindeling.

Motivation tenslotte onderzoekt zowel bewuste als onbewuste drijfveren, zoals overtuigingen over de noodzaak van de medicatie, eerdere negatieve ervaringen, emoties, gewoontes en attitudes ten opzichte van ziekte en behandeling.

In de derde stap worden de concrete determinanten vastgesteld die de therapieontrouw in de hand werken. Door de antwoorden en observaties uit de COM-B analyse te bundelen, ontstaat een helder beeld van de oorzaken. Zo kan blijken dat het probleem voornamelijk wordt veroorzaakt door psychologische factoren, bijvoorbeeld doordat de patiënt het nut van de behandeling niet inziet, of door fysieke beperkingen zoals motorische problemen bij het openen van verpakkingen. Het kan ook gaan om externe factoren, zoals het ontbreken van een mantelzorger die medicatiebeheer ondersteunt, of praktische belemmeringen zoals onduidelijke instructies of onhandige doseringsschema's. Het identificeren van deze determinanten vormt de basis voor het selecteren van passende interventies in de volgende fase van het proces.

8.5.2 Vaststellen van de veranderingsfase met het Stages Of Change-model



Figuur 6: Stages of Change model van James Prochaska en Carlo DiClemente.

Na het vaststellen van de belangrijkste determinanten van therapieontrouw volgt de volgende fase: het bepalen van de gedragsfase waarin de patiënt zich bevindt, volgens het Stages of Change-model van Prochaska en DiClemente. Dit model beschrijft gedragsverandering als een proces dat in verschillende opeenvolgende fasen verloopt, waarbij de interventie optimaal aansluit op het stadium waarin iemand zich bevindt.

In de precontemplatiefase is de oudere zich niet of nauwelijks bewust van het probleem. Er is vaak geen intentie om het gedrag te veranderen, bijvoorbeeld omdat men het belang van therapietrouw niet inziet of negatieve overtuigingen heeft over medicatie. In deze fase ligt de focus van de zorgverlener op het vergroten van kennis en bewustzijn, bijvoorbeeld door educatie en het delen van eenvoudige, begrijpelijke informatie.

Wanneer de oudere in de contemplatiefase komt, is er al enig besef dat het huidige gedrag niet optimaal is, maar bestaat er nog twijfel of onzekerheid over verandering. Hier speelt motiverende gespreksvoering een belangrijke rol, waarbij samen met de oudere de voordelen van therapietrouw en de nadelen van therapieontrouw in kaart worden gebracht.

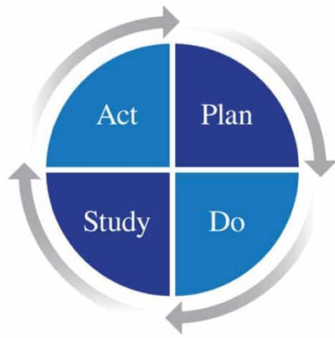
In de voorbereidingsfase heeft de oudere de intentie om te veranderen en worden concrete plannen gemaakt, zoals het instellen van herinneringen of het betrekken van een mantelzorger. De zorgverlener helpt in deze fase met het kiezen van haalbare en op maat gemaakte strategieën.

De actiefase wordt gekenmerkt door het daadwerkelijk uitvoeren van de voorgenomen gedragsverandering. De oudere past bijvoorbeeld nieuwe routines toe, gebruikt geheugensteuntjes of volgt consequent het medicatieschema. Hier ligt de nadruk op praktische ondersteuning en het wegnemen van belemmeringen.

Tot slot is er de onderhoudsfase, waarin het nieuwe gedrag wordt vastgehouden en terugval wordt voorkomen. De zorgverlener blijft opvolgen, positieve feedback geven en zo nodig bijsturen.

Door de gedragsfase systematisch vast te stellen, kan de interventie nauw aansluiten bij de motivatie en de veranderingsbereidheid van de patiënt. Dit vergroot de kans dat gekozen strategieën effectief zijn en leidt tot een meer duurzame verbetering van therapietrouw.

8.5.3 Implementatieplan volgens de PDCA-cyclus



Figuur 7: Het PDCA-model (Shewart en Deming 1930) overgenomen van de website: <https://deming.org/explore/pdsa/>

Wanneer de gedragsfase van de oudere is vastgesteld met behulp van het Stages of Change-model, volgt de fase waarin gerichte interventies worden ingezet.

Deze interventies worden systematisch uitgevoerd volgens PDCA-cyclus (plan-do-check-act), een beproefd kwaliteitsverbeteringsmodel dat zorgt voor structuur en continue bijsturing (Wang & Zheng, 2016).

In de Plan-fase wordt op basis van de geanalyseerde determinanten en de vastgestelde gedragsfase een interventieplan opgesteld. Dit plan beschrijft niet alleen de gekozen strategieën – zoals educatie, motiverende gespreksvoering, geheugensteuntjes of mantelzorgbetrokkenheid – maar ook de manier waarop deze worden toegepast. Een oudere in de precontemplatiefase kan bijvoorbeeld baat hebben bij laagdrempelige informatie en bewustwordingsgesprekken, terwijl iemand in de actiefase juist praktische ondersteuning nodig heeft, zoals het instellen van medicatieherinneringen via de TAT-app.

In de Do-fase worden de interventies daadwerkelijk uitgevoerd. De zorgverlener past hierbij methoden toe die passen bij de gekozen gedragsfase, waarbij steeds rekening wordt gehouden met de persoonlijke context, voorkeuren en mogelijkheden van de oudere. In deze stap spelen zowel de TAT-app als de steekkaarten een centrale rol als hulpmiddel voor de zorgverlener.

De Check-fase draait om het evalueren van de resultaten. Er wordt nagegaan of de interventie effect heeft gehad op de therapietrouw en of de oudere vooruitgang heeft geboekt in de gedragsfase. Dit kan gebeuren door observaties, medicatielijsten, gesprekken met de oudere en feedback van mantelzorgers. Indien nodig wordt ook gekeken naar eventuele nieuwe belemmeringen die zich hebben voorgedaan.

In de Act-fase wordt op basis van de evaluatie besloten welke aanpassingen nodig zijn. Dit kan betekenen dat de interventie wordt voortgezet, aangescherpt, uitgebreid of vervangen door een andere strategie. Zo blijft de aanpak dynamisch en afgestemd op de veranderende situatie en motivatie van de oudere.

Door interventies te koppelen aan de juiste gedragsfase en deze uit te voeren via de PDCA-cyclus, ontstaat een doorlopend proces van plannen, uitvoeren, evalueren en verbeteren. Dit zorgt ervoor dat de zorgverlener flexibel kan inspelen op de behoeften van de oudere, en dat de kans op duurzame therapietrouw aanzienlijk wordt vergroot.

8.5.4 Mogelijke interventies gebaseerd op de verschillende determinanten van het gedragswiel



Figuur 8: Het gedragswiel, overgenomen van Vlaams Instituut Gezond Leven. <https://www.gezondleven.be/wat-is-gezondheid/leefstijl-%C3%A9n-omgeving-als-focus/gedragswiel>

Bij extrinsieke determinanten (8.5.4.1 – 8.5.4.4) van therapieontrouw in het gedragswiel worden oorzaken buiten de persoon zelf geanalyseerd. Deze factoren hebben vaak betrekking op de fysieke, sociaal-culturele, economische en politieke omgeving.

Intrinsieke determinanten (8.5.4.5 - 8.5.4.7) in het gedragswiel hebben betrekking op factoren binnen de persoon zelf die therapietrouw beïnvloeden. Deze omvatten psychologisch/sociale en lichamelijke capaciteiten, reflectieve motivatie en automatische motivatie.

8.5.4.1 Fysieke omgeving

De fysieke omgeving speelt een belangrijke rol in het al dan niet correct opvolgen van een medicatieschema. Onvoldoende of onaangepaste ondersteunende hulpmiddelen kunnen therapietrouw bemoeilijken, zeker bij ouderen met fysieke beperkingen, cognitieve achteruitgang of complexe medicatieschema's. Interventies binnen deze determinant richten zich daarom op het aanpassen van de omgeving en het inzetten van concrete hulpmiddelen die het gewenste gedrag vergemakkelijken (Sabaté, 2003).

Ondersteunende hulpmiddelen zoals medicatiedozen, week- of dag dispensers, doseersystemen met visuele of auditieve signalen, duidelijke medicatieschema's en gebruiksvriendelijke verpakkingen kunnen ouderen helpen om hun medicatie correct en tijdig in te nemen. Ook digitale hulpmiddelen, zoals herinneringsfuncties via een applicatie of eenvoudige pictogrammen, dragen bij aan meer overzicht en structuur binnen het dagelijkse medicatiebeheer. Door deze hulpmiddelen af te stemmen op de individuele mogelijkheden en noden van de oudere, wordt de fysieke drempel tot therapietrouw verlaagd (Michie et al., 2011).

Binnen deze bachelorproef spelen de ontwikkelde TAT-app en de steekkaarten een ondersteunende rol door verpleegkundigen te helpen bij het herkennen van omgeving

gerelateerde barrières en het selecteren van passende hulpmiddelen. Op die manier wordt de fysieke omgeving actief ingezet als facilitator van therapietrouw, eerder dan als belemmerende factor. Dit sluit aan bij een preventieve en persoonsgerichte benadering, waarbij de zorgomgeving wordt aangepast aan de patiënt, in plaats van omgekeerd.

8.5.4.2 Sociaal-culturele omgeving

De sociaal-culturele omgeving heeft een belangrijke invloed op hoe ouderen omgaan met hun medicatie. Sociale normen, familiebetrokkenheid en culturele opvattingen bepalen in sterke mate hoe therapie en behandeling worden geïnterpreteerd en opgevolgd. Interventies die inzetten op sociale ondersteuning, zoals peer support en familie-educatieprogramma's, kunnen de therapietrouw positief beïnvloeden. Hierbij spelen niet alleen mantelzorgers en familieleden een rol, maar ook vrijwilligers die actief betrokken zijn in de zorgcontext, bijvoorbeeld via huisbezoeken, buurtwerkingen of ondersteunende zorginitiatieven.

Onderzoek toont aan dat het betrekken van zowel informele zorgverleners als vrijwilligers bij medicatiebeheer en gezondheidseducatie kan bijdragen aan een betere continuïteit van zorg, verhoogde gezondheidsvaardigheden en een sterkere vertrouwensrelatie tussen de oudere en het zorgnetwerk (Pitchalard et al., 2022).

Daarnaast kan cultureel afgestemde voorlichting, bij voorkeur in de moedertaal van de patiënt, misverstanden verminderen en de acceptatie van het behandelplan vergroten. Door rekening te houden met de sociaal-culturele context en het bredere ondersteuningsnetwerk rond de oudere, wordt therapietrouw benaderd als een gedeelde verantwoordelijkheid binnen de gemeenschap (Sabaté, 2003).

8.5.4.3 Economische omgeving

Financiële barrières, zoals hoge medicatiekosten of vervoerskosten naar de apotheek, zijn een belangrijke determinant van therapieontrouw. Interventies die hierop inspelen zijn onder meer het aanbieden van kosteloze of vergoede medicatie, het voorschrijven van vaste-combinatiepreparaten (polypills) om zowel kosten als het aantal afzonderlijke verpakkingen te verminderen, en het koppelen van patiënten aan sociaal werkers voor financiële ondersteuning. Het gebruik van polypills wordt in meerdere RCT's en observationele studies in verband gebracht met een significante verbetering van therapietrouw (Mackridge et al., 2025).

8.5.4.4 Politieke/beleidsmatige omgeving

Het zorgsysteem en het geldende gezondheidsbeleid hebben een directe invloed op de beschikbaarheid en duurzaamheid van therapietrouw interventies. Op beleidsniveau kunnen interventies bestaan uit het integreren van medicatieherinneringssystemen (zoals sms-herinneringen of app-notificaties) in nationale zorgpakketten (Belete et al., 2024), het vergoeden van farmaceuten of verpleegkundig geleide medicatiebegeleiding (Schnorrerova et al., 2025), en het ontwikkelen van richtlijnen waarin therapietrouw wordt opgenomen als kwaliteitsindicator. Deze maatregelen creëren structurele voorwaarden voor duurzame gedragsverandering.

8.5.4.5 Psychologische, sociale en lichamelijke capaciteiten

Beperkingen in cognitieve functies, zoals geheugenverlies of moeite met plannen, en lichamelijke beperkingen, zoals verminderde fijne motoriek of visuele problemen, kunnen het

vermogen tot medicatie-inname negatief beïnvloeden. Sociale vaardigheden, zoals assertiviteit om vragen te stellen aan zorgverleners, spelen eveneens een rol. Interventies die effectief gebleken zijn, omvatten het gebruik van digitale herinneringssystemen, zoals gepersonaliseerde mobiele applicaties met visuele en auditieve signalen (Selcuk et al., 2025), en teach-back-methoden waarbij de patiënt in eigen woorden herhaalt hoe en wanneer de medicatie ingenomen moet worden (Schnorrerova et al., 2025). Ook het aanpassen van medicatieverpakkingen voor betere hanteerbaarheid kan bijdragen aan het overwinnen van fysieke barrières.

8.5.4.6 Reflectieve motivatie

Reflectieve motivatie verwijst naar bewuste overwegingen, intenties en overtuigingen over de noodzaak en baten van behandeling. Negatieve percepties over medicatie, zoals angst voor bijwerkingen of twijfel over de noodzaak, leiden vaak tot intentionele therapieontrouw (Schnorrerova et al., 2025). Interventies die hierbij effectief zijn, richten zich op motiverende gespreksvoering en gedeelde besluitvorming. Hierbij wordt de patiënt actief betrokken in het behandelplan, wat de bereidheid tot therapietrouw verhoogt (Butterworth et al., 2019). Educatieprogramma's die misvattingen corrigeren en de persoonlijke relevantie van medicatie benadrukken, zijn eveneens bewezen strategieën.

8.5.4.7 Automatische motivatie

Automatische motivatie omvat onbewuste drijfveren en gewoonten, zoals routinegedrag of emotionele reacties op medicatiegebruik. Positieve gewoontevorming kan worden ondersteund door het koppelen van medicatie-inname aan bestaande dagelijkse routines (bijvoorbeeld tijdens het ontbijt) en door gebruik van herhaaldelijke prompts, zoals sms-herinneringen (Belete et al., 2024). Het integreren van beloningsmechanismen, bijvoorbeeld via een app die voortgang zichtbaar maakt, kan eveneens effectief zijn om gewenst gedrag te verankeren (Mackridge et al., 2025).

Het combineren van interventies op deze intrinsieke niveaus – zoals cognitieve ondersteuning, motiverende gespreksvoering en gewoontevorming – resulteert volgens umbrella reviews in een hogere en duurzamere therapietrouw dan het inzetten van afzonderlijke strategieën (Mackridge et al., 2025; Schnorrerova et al., 2025).

8.5.5 Evaluatie van resultaten en effectiviteit

Om de effectiviteit en bruikbaarheid van het prototype te waarborgen, is een systematische evaluatie van de uitvoering essentieel. Deze evaluatie richt zich op zowel de praktische toepasbaarheid in de dagelijkse zorgpraktijk als op de inhoudelijke meerwaarde bij het signaleren en verminderen van therapieontrouw. Een eerste stap in dit proces is het inzetten van het prototype in de beoogde zorgcontext.

In de thuiszorg wordt de TAT-app geïntegreerd in het elektronisch verpleegdossier (EVD) van de verpleegkundigen. Hierdoor kunnen observaties en analyses rond therapietrouw rechtstreeks worden geregistreerd tijdens de zorgverlening, zonder bijkomende administratieve belasting. De integratie in het EVD bevordert de continuïteit van zorg, maakt informatie overdraagbaar binnen het team en vergroot de kans op duurzaam gebruik van het hulpmiddel.

De steekkaarten die gebruikt worden in een WZC bevatten kernvragen of observatiepunten die zorgverleners ondersteunen bij het vaststellen van mogelijke oorzaken van therapieontrouw.

Na een testperiode van zes weken – ontvangen de deelnemende verpleegkundigen een gestructureerd feedbackdocument. Hierin kunnen zij rapporteren over hun ervaringen met het gebruik van het prototype, de mate van gebruiksgemak, de relevantie van de inhoud, en eventuele technische of organisatorische knelpunten. Daarnaast wordt gevraagd naar suggesties voor verbeteringen en aanvullende functionaliteiten.

Deze feedback wordt kwalitatief en kwantitatief geanalyseerd om inzicht te krijgen in zowel de sterke punten als de verbeterpunten van het prototype. Op basis van deze analyse kunnen gerichte aanpassingen worden doorgevoerd, zodat het eindproduct beter aansluit bij de behoeften van de zorgverleners en de specifieke context van gebruik. Door deze cyclische evaluatie – testen, feedback verzamelen, verbeteren – wordt een iteratief ontwikkelproces gegarandeerd dat de kans vergroot dat het prototype duurzaam en effectief kan worden geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk.

8.5.6 Vervolgacties en duurzame opvolging

Een gestructureerde opvolging is cruciaal om de implementatie en het gebruik van ons prototype duurzaam te verankeren in de zorgpraktijk. Deze opvolging richt zich op het monitoren van het gebruik, het evalueren van de impact op het signaleren van therapieontrouw en het bevorderen van therapietrouw, en het tijdig bijsturen van het proces wanneer nodig.

De opvolging start onmiddellijk na de implementatie van het prototype. In de eerste weken worden regelmatig korte contactmomenten ingepland met de deelnemende verpleegkundigen, zowel in de eerstelijnszorg als in het woonzorgcentrum. Tijdens deze momenten wordt nagegaan of het prototype correct wordt toegepast, of er vragen zijn, en of er technische of organisatorische obstakels worden ervaren. Dit kan gebeuren via korte gespreksrondes, telefonisch overleg of digitale enquêtes.

Om de voortgang systematisch te monitoren, wordt er gewerkt met vooraf vastgestelde meetmomenten, bijvoorbeeld op week 2, week 4 en week 6 na de start. Hierbij worden zowel kwantitatieve gegevens (zoals het aantal ingevulde observaties of registraties in de TAT-app) als kwalitatieve gegevens (ervaringen, suggesties, knelpunten) verzameld. Het combineren van deze gegevens maakt het mogelijk om zowel de gebruiksfrequentie als de inhoudelijke meerwaarde in kaart te brengen.

Daarnaast wordt voorzien in een centraal aanspreekpunt (de projectverantwoordelijke) binnen het projectteam, waar zorgverleners terechtkunnen met vragen of meldingen. Op die manier worden signalen snel opgepikt en kan er, indien nodig, tussentijds worden bijgestuurd.

Tot slot wordt aan het einde van de afgesproken opvolgperiode een uitgebreide evaluatieronde georganiseerd, waarbij alle verzamelde data worden besproken en geanalyseerd. Deze resultaten vormen de basis voor verdere optimalisatie van het prototype en het opstellen van aanbevelingen voor bredere implementatie. Door deze continue opvolging wordt niet alleen de kwaliteit en bruikbaarheid van het prototype gewaarborgd, maar ook het draagvlak onder de gebruikers versterkt, wat de kans op duurzame inzet in de praktijk aanzienlijk vergroot.

8.6 De TAT-app: een verbetertraject voor vroegtijdige herkenning van therapieontrouw en gedragsverandering in de eerstelijnszorg. (MIOČ LUČI)

8.6.1 Inleiding

Binnen de eerstelijnszorg vormt therapieontrouw bij oudere patiënten met chronische aandoeningen een groeiende uitdaging met verstrekkende gevolgen voor gezondheid en zorgcontinuïteit. Volgens het WHO-rapport van Sabaté (2003) volgt wereldwijd slechts de helft van de patiënten met een chronische aandoening hun medicatieschema correct op. In België wordt dit probleem versterkt door de toenemende vergrijzing, polyfarmacie en beperkte gezondheidsvaardigheden bij ouderen (Mackridge et al., 2025). Therapieontrouw leidt niet enkel tot verminderde behandelingsresultaten en hogere morbiditeit, maar veroorzaakt ook een aanzienlijke toename in ziekenhuisopnames en zorgkosten (Wilder et al., 2021).

Tijdens stages in de eerstelijnszorg werd duidelijk dat therapieontrouw zich vaak sluimerend ontwikkelt en moeilijk te detecteren is. Signalen zoals onregelmatig medicatiegebruik, verwarring over inname-instructies of herhaalde gezondheidsverergering blijven vaak onopgemerkt tot ze klinische gevolgen hebben. Dit benadrukt het belang van vroegtijdige herkenning en een systematische aanpak door verpleegkundigen. Als spilfiguren binnen de eerstelijnszorg beschikken zij over een unieke positie om signalen van therapieontrouw tijdig te detecteren, oorzaken te analyseren en gedragsverandering te ondersteunen (Schnorrerova et al., 2025).

Om deze rol te versterken werd binnen dit verbetertraject de Therapietrouw Assistent Tool (TAT) ontwikkeld: een digitale applicatie die alle zorgverleners ondersteunen bij het herkennen van signalen van therapieontrouw en het toepassen van passende gedragsinterventies. De TAT-app werd ontworpen vanuit bewezen modellen zoals het COM-B-model (Capability, Opportunity, Motivation – Behavior), het Stages of Change-model van Prochaska en DiClemente, en de PDCA-cyclus voor kwaliteitsverbetering. (Shewart Walteren Deming Edward, 2025)

De focus van dit verbetertraject ligt op de vroegtijdige herkenning van signalen en de gedragsmatige component van therapietrouw in de eerstelijnszorg-context. Door de nadruk te leggen op observatie, educatie en motiverende gespreksvoering wil dit project verpleegkundigen praktische handvaten bieden om niet enkel therapieontrouw vast te stellen, maar ook duurzame gedragsverandering bij patiënten te initiëren. Het uiteindelijke doel is het bevorderen van medicatieveiligheid, het bevorderen van de zelfredzaamheid van ouderen en het verlichten van de druk op het zorgsysteem door middel van een toegankelijke, evidence-based interventies.

8.6.2 Het belang van de vroegtijdige herkenning van therapieontrouw in de eerstelijnszorg

Therapieontrouw bij oudere patiënten vormt een van de meest onderschatte problemen binnen de eerstelijnszorg. Terwijl verpleegkundigen dagelijks inspanningen leveren om correcte medicatie-inname te bewaken, blijft het vroegtijdig herkennen van signalen van therapieontrouw in de thuissituatie vaak een uitdaging. In tegenstelling tot het woonzorgcentrum, waar observaties dagelijks door professionals plaatsvinden, is de thuisomgeving sterk afhankelijk van de betrokkenheid van meerdere actoren zoals

mantelzorgers, buren, familieleden of vrijwilligers. Deze informele zorgverleners spelen een cruciale rol in de continuïteit van zorg, maar beschikken zelden over de kennis en vaardigheden om subtiele signalen van therapieontrouw tijdig te herkennen of correct te interpreteren (Liquori, 2023).

Uit onderzoek blijkt dat ouderen die thuiszorg ontvangen, gemiddeld meer dan vijf verschillende zorgverleners of mantelzorgers in hun netwerk hebben, wat de coördinatie en communicatie over medicatiebeheer complex maakt (Selcuk et al., 2025). Wanneer informatie over medicatie-inname of veranderingen in gezondheidstoestand niet systematisch wordt gedeeld, ontstaat er een risico op gemiste signalen. Dit kan leiden tot situaties waarbij therapieontrouw pas opgemerkt wordt wanneer klinische verslechtering optreedt, zoals herhaalde valincidenten, ongecontroleerde bloeddrukwaarden of heropnames in het ziekenhuis (Wilder et al., 2021).

Daarnaast tonen studies aan dat een aanzienlijk deel van de informele zorgverleners onvoldoende kennis heeft over het nut, de timing en de risico's van medicatie (Mendorf et al., 2023). Zij beschouwen vaak kleine afwijkingen – zoals een vergeten dosis of het doorsnijden van tabletten – als onschuldig, terwijl dit bij ouderen met polyfarmacie ernstige gevolgen kan hebben (Kramers, 2019). De WHO benadrukt dat therapieontrouw een multidimensionaal probleem is, beïnvloed door vijf domeinen: patiënt-, therapie-, ziekte-, socio-economische en zorgsysteem-gerelateerde factoren. Binnen de thuiszorg zijn vooral de patiënt- en context gebonden factoren cruciaal, aangezien verpleegkundigen slechts beperkt aanwezig zijn en vaak afhankelijk zijn van observaties en feedback van mantelzorgers.

De literatuur wijst erop dat veel signalen van therapieontrouw subtiel zijn en gemakkelijk over het hoofd worden gezien. Voorbeelden hiervan zijn verwarring over medicatie-inname, onaangeroerde pillendozen, veranderingen in stemming of energie, en uitspraken als “ik neem het soms niet, het zal wel niet zo erg zijn”. Dergelijke signalen vereisen klinisch inzicht en kennis van gedrags- en communicatiepatronen om correct geïnterpreteerd te worden (Schnorrerova et al., 2025). Wanneer informele zorgverleners deze signalen niet herkennen of niet durven bespreken, ontstaat een kenniskloof die de therapietrouw verder ondermijnt.

Het bevorderen van vroegtijdige signalering van therapieontrouw vormt een essentieel onderdeel van kwaliteitsvolle eerstelijnszorg. Verpleegkundigen nemen hierin een centrale rol op als coördinator en educator, door niet alleen zelf alert te zijn voor signalen van therapieontrouw, maar ook mantelzorgers en andere betrokkenen te informeren over herkenbare waarschuwingssignalen en hen aan te moedigen deze systematisch te melden. Digitale hulpmiddelen, zoals de Therapietrouw Assistent Tool (TAT), kunnen hierbij ondersteunend werken door zowel zorgverleners als mantelzorgers een overzicht te bieden van risicosignalen en mogelijke interventies, wat de communicatie en samenwerking binnen het zorgnetwerk versterkt (Mackridge et al., 2025).

Tegelijk blijft therapieontrouw in de thuiszorg vaak onder de radar door een gebrek aan kennis, observatie en afstemming tussen formele en informele zorgverleners. Door in te zetten op gerichte educatie, ondersteunende hulpmiddelen en interdisciplinaire samenwerking kan de vroegtijdige herkenning van signalen van therapieontrouw structureel worden verbeterd, wat bijdraagt aan meer medicatieveiligheid en betere gezondheidsuitkomsten voor de oudere patiënt (Schnorrerova et al., 2025; Selcuk et al., 2025).

8.6.3 De rol van de verpleegkundige als motivator en coach bij gedragsverandering in de eerstelijnszorg

Binnen de thuiszorg is de verpleegkundige niet enkel uitvoerder van technische handelingen, maar ook coach, motivator en observator in het gedragsveranderingsproces van de patiënt. Therapieontrouw ontstaat zelden uit onwil, maar eerder uit een complex samenspel van cognitieve, emotionele en contextuele factoren (Schnorrerova et al., 2025). Verpleegkundigen bevinden zich in een unieke positie om deze factoren te herkennen en via motiverende en educatieve interventies patiënten te begeleiden naar duurzaam therapietrouw gedrag.

De rol van motivator houdt in dat de verpleegkundige de patiënt helpt om zijn intrinsieke motivatie te versterken. Volgens de zelfdeterminatietheorie (ZDT) van Deci & Ryan (1985) ontstaat duurzame gedragsverandering wanneer drie basisbehoeften vervuld worden: autonomie, competentie en verbondenheid. Wanneer een patiënt zich gehoord voelt (verbondenheid), begrijpt waarom therapie belangrijk is (competentie) en zelf keuzes kan maken binnen zijn behandeling (autonomie), stijgt de kans op langdurige therapietrouw aanzienlijk. In dit kader speelt de verpleegkundige een bemiddelende rol door informatie toegankelijk te maken, de patiënt actief te betrekken bij beslissingen en positieve feedback te geven op zijn inspanningen (Jeon et al., 2022; Schnorrerova et al., 2025).

Daarnaast fungeert de verpleegkundige als coach die het gedrag van de patiënt begeleidt en structureert volgens evidence-based gedragsmodellen. Het COM-B-model (Michie et al., 2011) biedt hierbij een praktisch kader: de verpleegkundige onderzoekt of de patiënt over voldoende bekwaamheid (capability), gelegenheid (opportunity) en motivatie (motivation) beschikt om zijn medicatie correct in te nemen. Op basis van deze analyse kan zij gericht interventies kiezen, zoals educatie bij kennisgebrek, herinneringshulpmiddelen bij vergeetachtigheid of motiverende gespreksvoering bij lage motivatie. Dit maakt de zorg persoonsgericht en effectief.

Motiverende gespreksvoering (MGV) is een van de krachtigste communicatiestrategieën binnen dit coachende proces. Deze methode, ontwikkeld door Miller en Rollnick (2013), helpt zorgverleners om ambivalentie bij patiënten te verkennen en om te buigen naar motivatie tot verandering. In de thuiszorgcontext betekent dit luisteren zonder oordeel, open vragen stellen en de patiënt helpen om zelf zijn redenen voor therapietrouw te formuleren. Onderzoek toont aan dat MGV de therapietrouw verhoogt door de autonomie en het gevoel van competentie van de patiënt te versterken (Butterworth et al., 2019).

Een bijkomende opdracht van de verpleegkundige is het observeren en signaleren van gedragsveranderingen. In de thuissituatie beschikt de verpleegkundige vaak over een uniek perspectief: zij ziet de leefomgeving, observeert routines en merkt subtiele veranderingen op die kunnen wijzen op therapieontrouw – zoals volle pillendozen, wisselend energieniveau of tegenstrijdige antwoorden bij vragen over medicatie (Mendorf et al., 2023). Door deze observaties systematisch te registreren in het Elektronisch Verpleegkundig Dossier (EVD) of via hulpmiddelen zoals de TAT app, ontstaat een continu en gedeeld beeld van de therapietrouw van de patiënt.

De verpleegkundige rol strekt zich echter verder uit dan individuele begeleiding. Binnen een interprofessioneel team neemt zij een coördinerende en educatieve functie op, gericht op het versterken van de kennis en betrokkenheid van mantelzorgers en andere zorgverleners. Educatie aan mantelzorgers over signalen van therapieontrouw – zoals verwardheid over

medicatie, verminderde alertheid of inconsistent gedrag – zorgt ervoor dat ook zij bijdragen aan vroegtijdige herkenning (Selcuk et al., 2025).

Tot slot vereist de rol van motivator en coach ook zelfreflectie. Verpleegkundigen dienen zich bewust te zijn van hun eigen overtuigingen en attitudes ten aanzien van therapieontrouw. Een empathische, niet-oordelende houding is essentieel om vertrouwen op te bouwen en patiënten te begeleiden zonder weerstand op te roepen (Peh et al., 2021). Scholing en intervisie kunnen hierbij helpen om communicatieve en coachende vaardigheden te versterken en de verpleegkundige rol te professionaliseren (Mackridge et al., 2025).

Kortom, de verpleegkundige vormt de schakel tussen kennis, gedrag en motivatie. Door haar rol als motivator en coach strategisch in te zetten – ondersteund door modellen zoals COM-B, ZDT en motiverende gespreksvoering – kan zij niet alleen therapieontrouw verminderen, maar ook het zelfvertrouwen, de autonomie en het welzijn van de oudere patiënt bevorderen. De combinatie van klinische expertise, empathische communicatie en gedragswetenschappelijke inzichten maakt de verpleegkundige tot een sleutelactor in het realiseren van duurzame gedragsverandering in de eerstelijnszorg.

8.6.4 Verankering van gedragsverandering: van motivatie naar volgehouden therapietrouw

Gedragsverandering bij therapietrouw is geen eenmalige gebeurtenis, maar een continu proces van motiveren, oefenen, evalueren en volhouden. In de thuiszorg blijkt het bijzonder moeilijk om nieuw gedrag – zoals consequente medicatie-inname – duurzaam te verankeren. Onderzoek toont aan dat veel patiënten na een initiële verbeterfase opnieuw terugvallen in oude gewoonten zodra externe motivatie of begeleiding wegvalt (Jeon et al., 2022). Daarom ligt de uitdaging voor verpleegkundigen niet enkel in het stimuleren van verandering, maar vooral in het onderhouden van het nieuwe gedrag en het voorkomen van terugval.

Het Stages of Change-model (Prochaska & DiClemente, 1983) biedt hierbij een bruikbaar kader. Nadat de patiënt de actie- en onderhoudsfase heeft bereikt, is voortdurende ondersteuning nodig om het nieuwe gedrag te stabiliseren. Kleine terugvallen zijn normaal en moeten worden gezien als leermomenten, niet als falen. De verpleegkundige begeleidt dit proces door regelmatige opvolging, positieve feedback en het herhalen van educatieve boodschappen. Volgens Schnorrerova et al. (2025) bevorderen periodieke contactmomenten en motiverende gesprekken de kans dat patiënten hun therapietrouw op lange termijn behouden.

Ook zelfmonitoring blijkt een effectieve strategie om gedrag te bestendigen. Door gebruik te maken van herinneringsapps of digitale hulpmiddelen zoals de Therapietrouw Assistent Tool (TAT) kunnen patiënten hun inname opvolgen en inzicht krijgen in hun eigen gedrag. Deze vorm van feedback versterkt het gevoel van competentie en verantwoordelijkheid, wat aansluit bij de basisprincipes van de zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 1985). Wanneer patiënten merken dat hun inspanningen tastbare resultaten opleveren – bijvoorbeeld stabielere glycemiewaarden of minder klachten – wordt hun intrinsieke motivatie verder versterkt.

Daarnaast spelen mantelzorgers en familieleden een cruciale rol in het behouden van therapietrouw. Sociale steun vermindert stress, bevordert verantwoordelijkheid en biedt praktische hulp bij medicatiebeheer (Wilder et al., 2021). Door mantelzorgers actief te betrekken in het opvolgproces en hen via de TAT-app inzicht te geven in risicosignalen, wordt

het netwerk rond de patiënt versterkt en kan tijdig worden ingegrepen bij terugval of vergetelheid.

Op organisatieniveau is de structurele verankering van gedragsverandering essentieel. Dit kan worden gerealiseerd door het gebruik van kwaliteitsmodellen zoals de PDCA-cyclus (Plan–Do–Check–Act), een model dat oorspronkelijk door Shewart en later verfijnd door Deming. Door resultaten van de TAT-app te monitoren – bijvoorbeeld via medicatie-evaluaties, feedbackrapporten of patiënttevredenheidsmetingen – kan de zorgorganisatie de effectiviteit objectief volgen en waar nodig optimaliseren.

Dit proces van continue gedragsverandering wordt binnen de TAT-app vertaald naar een stapsgewijze en cyclische aanpak waarin verschillende modellen met elkaar worden geïntegreerd. Het onderstaande schema illustreert hoe de verpleegkundige vanuit observatie en inzicht evolueert naar concrete actie en duurzame therapietrouw.



Figuur 9: Van inzicht naar actie: theoretisch werkmodel; eigen bewerking (Mioc, 2026)

8.6.5 Doelstelling en relevantie van de TAT-app binnen de eerstelijnszorg

Het centrale doel van de TAT-app is het bevorderen van de vroegtijdige herkenning en gedragsgerichte aanpak van therapieontrouw bij ouderen met chronische aandoeningen in de eerstelijnszorg. Binnen deze zorgcontext zijn verpleegkundigen vaak de spilfiguren die, in samenwerking met mantelzorgers, huisartsen, apothekers en familieleden, de continuïteit van medicatiebeheer waarborgen. Toch tonen verschillende studies aan dat signalen van therapieontrouw in de thuiszorg vaak laattijdig of helemaal niet worden opgemerkt, waardoor preventieve interventies uitblijven (Mendorf et al., 2023).

De TAT-app werd ontwikkeld om deze lacune te overbruggen. Het instrument ondersteunt verpleegkundigen in het systematisch observeren, analyseren en communiceren van signalen van therapieontrouw, met behulp van gedragsmodellen en digitale hulpmiddelen. Waar traditionele interventies vooral focussen op kennisoverdracht, integreert de TAT-app ook gedragsveranderingscomponenten gebaseerd op het COM-B-model (Capability, Opportunity, Motivation – Behavior). (Michie et al., 2011) Dit model stelt dat duurzaam gedrag pas kan ontstaan wanneer de bekwaamheid, mogelijkheid en motivatie van de patiënt in balans zijn. Door deze drie pijlers te vertalen naar concrete observatiepunten en interventievoorstellen, biedt de TAT-app een praktisch en evidence-based kader voor de thuiszorgpraktijk.

Een tweede doel van de TAT-app is het bevorderen van interdisciplinaire samenwerking in de thuissituatie. Onderzoek toont aan dat communicatie tussen formele en informele zorgverleners vaak fragmentarisch verloopt, wat kan leiden tot tegenstrijdige informatie of onduidelijkheid over medicatie-inname (Liquori, 2023). De TAT-app creëert een gemeenschappelijke taal en structuur waardoor verpleegkundigen, mantelzorgers en familieleden sneller kunnen signaleren wanneer therapieontrouw dreigt. Dit sluit aan bij de aanbevelingen van de WHO (WHO, 2003) die stelt dat therapietrouw enkel kan verbeteren via een multidimensionale en gecoördineerde aanpak waarin zowel patiënt- als contextfactoren in acht worden genomen.

Daarnaast draagt de TAT-app bij aan gedragsverandering bij zowel zorgverleners als patiënten. Voor verpleegkundigen fungeert de app als een geheugensteun om in elk zorgmoment aandacht te besteden aan therapietrouw en signalen vroegtijdig te registreren. Voor patiënten stimuleert de TAT-app gedragsbewustzijn en zelfmanagement via herinneringsfuncties, positieve feedback en toegankelijke informatie over hun medicatie. Dit sluit aan bij de principes van de zelfdeterminatietheorie, die stelt dat duurzame motivatie ontstaat wanneer de psychologische basisbehoeften aan autonomie, competentie en verbondenheid worden vervuld (Schnorrerova et al., 2025).

De relevantie van de TAT-app reikt verder dan de individuele patiëntenzorg. Op organisatieniveau ondersteunt de app kwaliteitsverbetering en medicatieveiligheid door gestandaardiseerde observaties mogelijk te maken. Door gebruik te maken van de PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act), een kwaliteitsverbeteringsmodel dat oorspronkelijk werd ontwikkeld door Shewart en later verfijnd door Deming, kunnen zorgorganisaties de toepassing en effectiviteit van de TAT-app monitoren en continu verbeteren. Dit creëert niet alleen inzicht in therapietrouw op individueel niveau, maar ook in trends binnen het werkveld, wat beleidsmatig van grote waarde is.

Binnen deze bachelorproef ligt de nadruk in de eerste plaats bij de oudere patiënt en de verpleegkundige. De TAT-app wordt daarbij beschouwd als een ondersteunend hulpmiddel dat verpleegkundigen kan helpen om signalen van therapieontrouw gestructureerd te herkennen en te bespreken met de oudere patiënt. Indirect kan dit ook bijdragen aan een betere betrokkenheid van mantelzorgers, aangezien zij vaak waardevolle observaties aanbrengen, maar niet altijd over de nodige kennis beschikken om deze correct te interpreteren. Door verpleegkundigen te ondersteunen in hun educatieve en coördinerende rol, kan de TAT-app het overleg met mantelzorgers faciliteren en zo bijdragen aan een gedeelde verantwoordelijkheid binnen het zorgnetwerk, zonder dat mantelzorgers als primaire eindgebruikers worden gepositioneerd (Selcuk et al., 2025).

Samenvattend is de TAT-app een innovatieve, geïntegreerde interventie die kennis, gedrag en technologie combineert om therapietrouw in de eerstelijnszorg te bevorderen. Door het bevorderen van observatie, communicatie en motivatie biedt de tool een concrete oplossing voor een van de meest hardnekkige uitdagingen in de eerstelijnszorg: het vroegtijdig herkennen en duurzaam aanpakken van therapieontrouw bij ouderen.

8.6.6 Besluit

Het verbetertraject rond de Therapietrouw Assistent Tool (TAT) toont aan dat gedragsverandering en vroegtijdige signalering onlosmakelijk verbonden zijn met kwalitatieve thuiszorg. Door verpleegkundigen, mantelzorgers en patiënten te ondersteunen met een gebruiksvriendelijk en gedragsgericht hulpmiddel, wordt therapieontrouw niet enkel herkend, maar ook duurzaam aangepakt.

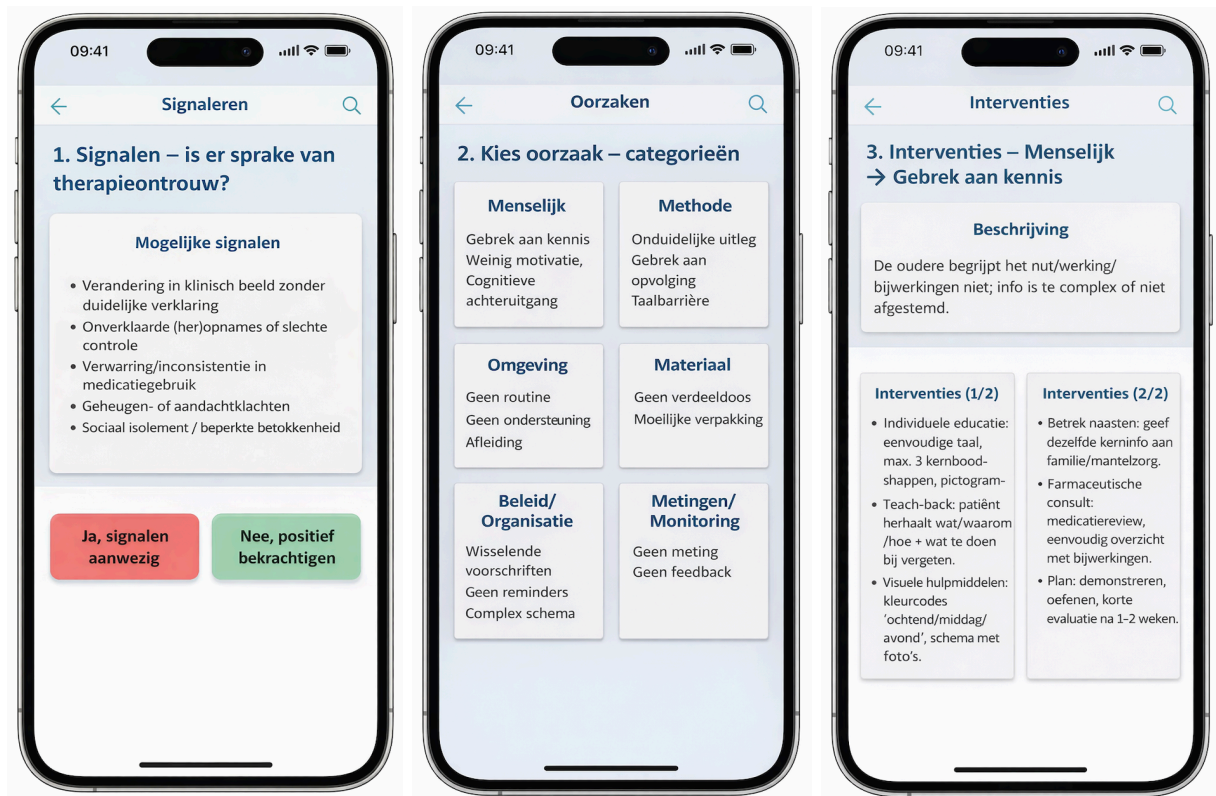
Duurzame gedragsverandering is pas mogelijk wanneer de patiënt niet enkel begrijpt wat hij moet doen, maar ook waarom hij het doet. Dit vraagt om voortdurende educatie, empathie en partnerschap tussen verpleegkundige en patiënt. Door gedragsverandering te benaderen als een gedeelde verantwoordelijkheid en niet als plicht, ontstaat een zorgrelatie gebaseerd op vertrouwen en samenwerking. Daarmee vormt verankering van therapietrouw niet alleen een klinisch doel, maar ook een stap naar meer autonomie, welzijn en levenskwaliteit voor de oudere patiënt in de thuiszorg (Selcuk et al., 2025).

Tijdens mijn stage in de thuiszorg ervaarde ik hoe moeilijk het is om subtiele signalen van therapieontrouw tijdig te herkennen. Dit versterkte mijn overtuiging dat een hulpmiddel zoals de TAT-app vermoedelijk een meerwaarde kan zijn om verpleegkundigen te ondersteunen.

8.6.7 Visuele voorstelling TAT-app



Figuur 10: voorbeeld van het startscherm van de TAT-app: eigen ontwerp, Mioc (2026)



Figuur 11: voorbeelden van de TAT-app: eigen ontwerp, Mioc (2026)

8.7 Steekkaarten: een hulpmiddel voor het herkennen van signalen van therapieontrouw in het woonzorgcentrum (Ceulemans Stien)

8.7.1 Inleiding

Therapieontrouw vormt, net als in de eerstelijnszorg, ook binnen het woonzorgcentrum een belangrijk en vaak onderschat probleem. Ouderen met chronische aandoeningen hebben vaak te maken met polyfarmacie, cognitieve achteruitgang en een verminderde therapiebereidheid, wat het correct innemen van medicatie bemoeilijkt (Wilder et al., 2021). Binnen het WZC wordt medicatie doorgaans toegediend door verpleegkundigen of zorgkundigen, maar subtiele signalen van therapieontrouw — zoals terughoudendheid bij inname, achterdocht, of wisselend gedrag — blijven vaak onopgemerkt of onbesproken.

Om deze signalen beter te herkennen en bespreekbaar te maken, werden steekkaarten ontwikkeld als praktisch hulpmiddel. Deze steekkaarten ondersteunen verpleegkundigen en zorgkundigen bij het systematisch observeren van gedrag en communicatie rond medicatiegebruik. Ze bevatten herkenbare signalen, observatiecriteria en korte handelingsadviezen, waardoor zorgverleners sneller kunnen inschatten wanneer therapieontrouw dreigt of aanwezig is.

Het gebruik van deze steekkaarten sluit aan bij een multidisciplinaire benadering binnen het woonzorgcentrum. Door observaties te delen met het team en met de arts, kunnen tijdig interventies worden opgezet, zoals educatie, motiverende gesprekken of aanpassingen in de medicatieplanning. Dit bevordert niet alleen de therapietrouw van bewoners, maar versterkt ook de samenwerking en continuïteit binnen het zorgteam (Mendorf et al., 2023).

De steekkaarten kaderen binnen een bredere visie van persoonsgerichte zorg en kwaliteitsverbetering. Ze helpen zorgverleners om therapieontrouw niet enkel te beschouwen als een individueel probleem, maar als een gedeelde verantwoordelijkheid binnen het zorgproces. Door kennis, observatie en communicatie te combineren, dragen de steekkaarten bij aan een vroegtijdige signalering en een meer empathische, gedragsgerichte benadering van bewoners in het woonzorgcentrum (Schnorrerova et al., 2025).

8.7.2 Het belang van de vroegtijdige herkenning van therapieontrouw in het woonzorgcentrum

In het woonzorgcentrum bevindt de verpleegkundige zich in een unieke positie om therapieontrouw bij bewoners vroegtijdig te herkennen. Anders dan in de thuiszorg, waar verpleegkundigen soms kortstondig aanwezig zijn, biedt de WZC-context de mogelijkheid tot continue observatie. Toch worden signalen van therapieontrouw vaak gemist, vooral wanneer gedragsveranderingen subtiel zijn of verkeerd geïnterpreteerd worden. Bewoners die medicatie weigeren, pillen achterhouden, of wantrouwig reageren, worden soms niet begrepen in plaats van gezien als mogelijk therapieontrouw (Liquori, 2023).

Een belangrijke reden voor het missen van signalen is dat zorgverleners in het WZC onvoldoende eenduidige handvatten hebben om gedrag rond medicatie-inname te interpreteren. Daarnaast kan therapieontrouw verschillende oorzaken hebben: cognitieve achteruitgang, verminderde ziekte-inzicht, bijwerkingen, of een gevoel van afhankelijkheid (Schnorrerova et al., 2025). Zonder een gestructureerde manier van observatie is het moeilijk om tijdig te onderscheiden of het onderliggende gedrag medisch, psychologisch of sociaal van aard is.

De ontwikkeling van steekkaarten biedt hiervoor een concreet hulpmiddel. Deze kaarten verzamelen herkenbare gedragingen, verbale signalen en contextuele indicatoren die kunnen wijzen op therapieontrouw. Voorbeelden hiervan zijn:

- Medicatie weigeren of uitspuwen,
- Herhaaldelijk vragen waarvoor een medicijn dient,
- Veranderingen in stemming of alertheid na medicatiemomenten,
- Of uitspraken zoals “ik heb dat niet meer nodig” of “het helpt toch niet”.

Door dergelijke observaties te registreren aan de hand van de steekkaarten en te bespreken tijdens teamoverleg, ontstaat er een vroegtijdig signaleringssysteem. De verpleegkundige fungeert hierbij als coördinator die de observaties bundelt en samen met de arts, zorgkundige en psycholoog het gedrag bespreekt. Dit past binnen de multidisciplinaire benadering van kwaliteitszorg, waarbij signalering en communicatie hand in hand gaan (Selcuk et al., 2025).

Naast het observeren van bewoners is ook het observeren van contextfactoren cruciaal. Een onduidelijk of complex medicatieschema, wisselende toedienmomenten of onvoldoende uitleg kunnen bijdragen aan therapieontrouw. De steekkaarten moedigen zorgverleners aan om ook deze omgevingsfactoren te noteren, wat aansluit bij het COM-B-model van gedragsverandering (Michie et al., 2011). Volgens dit model ontstaat gedrag uit een samenspel van bekwaamheid, mogelijkheid en motivatie. In het WZC kunnen verpleegkundigen bijvoorbeeld het moment van toediening beïnvloeden door de omgeving rustiger te maken tijdens medicatieverstrekking, of de motivatie versterken door positieve feedback te geven na succesvolle inname.

Het vroegtijdig herkennen van signalen via de steekkaarten draagt niet enkel bij aan medicatieveiligheid, maar ook aan een meer persoonsgerichte en empathische zorgverlening. Door bewoners niet te veroordelen om hun gedrag, maar het te begrijpen binnen hun leefwereld, kan de zorg beter afgestemd worden op individuele noden en voorkeuren. Zoals Mackridge et al. (2025) benadrukken, is therapietrouw geen kwestie van gehoorzaamheid, maar van samenwerking, vertrouwen en begrip.

Kortom, de steekkaarten vormen een praktisch en laagdrempelig hulpmiddel om de kloof tussen observatie en interventie te verkleinen. Ze maken therapieontrouw bespreekbaar binnen het team, versterken de rol van de verpleegkundige als coördinator van persoonsgerichte zorg, en dragen bij aan een cultuur van vroegtijdige signalering en continue kwaliteitsverbetering in het woonzorgcentrum.

8.7.3 De rol van de verpleegkundige als observator, communicator en coördinator bij therapieontrouw in het woonzorgcentrum

Binnen het woonzorgcentrum speelt de verpleegkundige een centrale rol in het observeren, signaleren en communiceren van gedrag dat kan wijzen op therapieontrouw. Waar de focus in de thuiszorg meer ligt op motiveren en gedragsverandering, ligt in het WZC het accent meer op continue observatie en teamgerichte opvolging.

De verpleegkundige ziet de bewoner dagelijks, observeert non-verbale signalen, gedragspatronen en veranderingen in medicatie-inname, en fungeert als schakel tussen zorgkundigen, artsen, psychologen en familieleden (Mendorf et al., 2023).

De steekkaarten vormen hierbij een belangrijk hulpmiddel. Ze ondersteunen de verpleegkundige in haar rol als observator, door richting te geven aan wat en hoe er geobserveerd moet worden. Subtiele signalen — zoals verminderde alertheid, veranderingen in stemming, medicatieweigering of verwardheid — kunnen hiermee sneller worden herkend en gedocumenteerd. Het systematisch registreren van deze observaties bevordert de klinische redenering en voorkomt dat belangrijke signalen verloren gaan tijdens de overdracht of het teamoverleg (Schnorrerova et al., 2025).

Daarnaast treedt de verpleegkundige op als communicator binnen het team. De steekkaarten creëren een gemeenschappelijke taal waarmee observaties op een gestructureerde en objectieve manier kunnen worden besproken. Dit vergemakkelijkt de samenwerking met zorgkundigen en artsen en draagt bij aan een uniform beleid rond therapietrouw (Liquori, 2023). Een verpleegkundige die deze rol actief opneemt, bevordert niet alleen de informatiedoorstroming, maar versterkt ook het vertrouwen en de betrokkenheid van collega's bij het zorgproces.

De derde pijler van de verpleegkundige rol in dit kader is die van coördinator. Zij verbindt observatie met actie en vertaalt signalen naar concrete interventies, bijvoorbeeld door overleg met de arts, het aanpassen van medicatiemomenten of het inzetten van educatie bij bewoners. Binnen de PDCA-cyclus (Plan–Do–Check–Act) vervult de verpleegkundige een sleutelpositie: ze plant observaties, voert deze uit, evalueert resultaten en stuurt het beleid bij waar nodig.

Naast haar professionele kennis is ook de empathische houding van de verpleegkundige essentieel. Een respectvolle benadering bij bewoners die hun medicatie weigeren of wantrouwig staan tegenover behandelingen, voorkomt escalatie en bevordert wederzijds begrip. Door met open communicatie en geduld te handelen, kan de verpleegkundige weerstand verminderen en vertrouwen opbouwen — cruciale voorwaarden voor therapietrouw en welzijn in de woonzorgcontext (Mackridge et al., 2025).

Samenvattend is de verpleegkundige in het woonzorgcentrum niet enkel uitvoerder, maar ook observator, communicator en coördinator van het therapietrouwproces. Dankzij hulpmiddelen zoals de steekkaarten kan zij gedrag systematisch analyseren, kennis delen binnen het team en zorg op maat aanbieden. Dit versterkt niet alleen de kwaliteit van zorg, maar ook de autonomie, veiligheid en levenskwaliteit van bewoners.

8.7.4 Verankering van gedragsverandering: van observatie naar volgehouden therapietrouw

Het bevorderen van therapietrouw stopt niet bij het herkennen van signalen. Gedragsverandering wordt pas duurzaam wanneer de zorgverlener erin slaagt het nieuwe gedrag te verankeren in de dagelijkse routines van de bewoner én het zorgteam. In het woonzorgcentrum betekent dit dat observatie, communicatie en opvolging geïntegreerd worden in de zorgpraktijk. De steekkaarten kunnen hierbij fungeren als een continu hulpmiddel om gedrag niet alleen te signaleren, maar ook op te volgen en bij te sturen (Selcuk et al., 2025).

Duurzame therapietrouw vraagt om herhaling, consistentie en samenwerking. Het gedrag van bewoners verandert niet van de ene dag op de andere. Door regelmatig terug te koppelen naar de observaties op de steekkaarten en deze te bespreken tijdens teamvergaderingen,

ontstaat een lerend proces waarbij zorgverleners inzicht krijgen in patronen. Kleine verbeteringen — zoals een bewoner die minder vaak medicatie weigert of actiever vragen stelt over zijn behandeling — kunnen zo worden erkend en versterkt (Schnorrerova et al., 2025).

Ook het Stages of Change-model (Prochaska & DiClemente, 1983) kan helpen om gedrag binnen het woonzorgcentrum te begrijpen. Sommige bewoners bevinden zich niet in een fase van actieve motivatie, maar eerder in precontemplatie of contemplatie: ze zien de noodzaak tot therapietrouw niet of hebben twijfels. Door hun gedrag systematisch te observeren en te bespreken, kan de verpleegkundige kleine stappen ondersteunen richting actie en onderhoud (Mackridge et al., 2025). De steekkaarten helpen het team om deze fasen te herkennen en de interventies hierop af te stemmen.

Daarnaast is de omgeving in het WZC een belangrijke factor voor het bestendigen van nieuw gedrag. Wanneer de volledige zorgcontext therapietrouw als gezamenlijk doel omarmt — bijvoorbeeld via vaste routines, consistente uitleg, en positieve bekrachtiging — neemt de kans op terugval af (Mackridge et al., 2025).

Ten slotte draagt verankering van gedragsverandering bij aan autonomie en levenskwaliteit van de bewoner. Wanneer een bewoner beter begrijpt waarom medicatie nodig is en zich ondersteund voelt in zijn beslissingen, neemt zijn gevoel van controle en vertrouwen toe (Wilder et al., 2021). Het gebruik van steekkaarten versterkt deze benadering: ze maken gedrag bespreekbaar, stimuleren reflectie bij het team en zorgen voor continuïteit in opvolging. Zo evolueert therapietrouw van een zorgdoel naar een gedeeld proces van leren, begeleiden en groeien.

Kortom, duurzame gedragsverandering in het woonzorgcentrum vraagt om een geïntegreerde aanpak waarin observatie, reflectie en samenwerking centraal staan. De steekkaarten bieden hiervoor een praktisch en evidence-based kader dat verpleegkundigen helpt om gedrag te herkennen, te begeleiden en te verankeren binnen de dagelijkse zorgpraktijk.

8.7.5 Doelstelling en relevantie van de steekkaarten binnen het woonzorgcentrum

Het ontwikkelen en toepassen van steekkaarten heeft als voornaamste doel om verpleegkundigen en zorgkundigen te ondersteunen bij het vroegtijdig herkennen, interpreteren en bespreken van signalen van therapieontrouw bij bewoners in het woonzorgcentrum. Door deze signalen systematisch vast te leggen, wordt het mogelijk om tijdig gepaste interventies op te starten en zo complicaties, hospitalisaties of verdere achteruitgang van de gezondheid te voorkomen (Wilder et al., 2021).

Een bijkomend doel is het bevorderen van bewustwording en kennis bij alle betrokken zorgverleners over de verschillende vormen die therapieontrouw kan aannemen. Veel zorgverleners associëren therapieontrouw enkel met het weigeren van medicatie, terwijl dit gedrag vaak voortkomt uit onderliggende factoren zoals angst, depressie, cognitieve achteruitgang of een gebrek aan ziekte-inzicht (Schnorrerova et al., 2025). De steekkaarten maken deze signalen concreet en herkenbaar, waardoor ook minder ervaren teamleden of studenten sneller kunnen reageren.

De relevantie van deze steekkaarten reikt verder dan enkel het bevorderen van medicatie-inname. Ze dragen bij aan kwaliteitsvolle, persoonsgerichte zorg, waarin de bewoner centraal

staat. Door gedragsveranderingen tijdig te detecteren, kan het zorgteam preventief handelen en zo escalatie van problemen vermijden. Dit sluit aan bij de principes van de PDCA-cyclus (Plan–Do–Check–Act): observaties plannen, uitvoeren, evalueren en bijsturen. De steekkaarten fungeren hierbij als een instrument binnen deze kwaliteitsverbeteringscyclus.

Daarnaast bevorderen de steekkaarten de interdisciplinaire samenwerking binnen het woonzorgcentrum. Ze bieden een gemeenschappelijk observatiekader dat communicatie tussen verpleegkundigen, zorgkundigen, artsen en psychologen structureert. Op die manier wordt therapieontrouw niet langer gezien als een individuele tekortkoming van de bewoner, maar als een gedeelde verantwoordelijkheid binnen het team (Liquori, 2023).

Tot slot dragen de steekkaarten bij aan professionalisering van het verpleegkundig handelen. Ze stimuleren klinisch redeneren, observatievaardigheden en reflectie. Door het gebruik van deze steekkaarten leren verpleegkundigen niet enkel signalen te herkennen, maar ook gedrag te begrijpen binnen de context van het individu. Dat versterkt de rol van de verpleegkundige als kwaliteitsbevorderaar en coach, wat aansluit bij de CanMEDS-competenties binnen de verpleegkundige praktijk (Mackridge et al., 2025).

De steekkaarten vormen een laagdrempelig en evidence-based hulpmiddel dat therapietrouw bespreekbaar maakt binnen het woonzorgcentrum. Ze verbinden observatie met actie, en dragen zo bij aan veiligere zorg, beter teamwork en meer autonomie en levenskwaliteit voor de bewoner.

8.7.6 Besluit

Therapieontrouw in het woonzorgcentrum niet enkel een kwestie is van medicatie-inname, maar van observatie, communicatie en samenwerking. De steekkaarten vormen een concreet hulpmiddel waarmee verpleegkundigen en zorgkundigen signalen van therapieontrouw sneller herkennen, registreren en bespreekbaar maken. Hierdoor wordt therapieontrouw eerder gezien als een uitdrukking van noden, gevoelens of onzekerheden die professionele aandacht vereisen.

Door de toepassing van de steekkaarten worden kleine signalen vertaald naar betekenisvolle interventies. De verpleegkundige vervult hierbij een sleutelrol als observator, communicator en coördinator, en zorgt ervoor dat de verzamelde informatie wordt omgezet in concrete acties binnen het team. Dit sluit aan bij de principes van de PDCA-cyclus, waarin zorgverleners voortdurend leren, evalueren en verbeteren om de kwaliteit van zorg te bevorderen.

De verankering van gedragsverandering bij bewoners vraagt tijd, empathie en samenwerking. Wanneer verpleegkundigen op een gestructureerde en persoonsgerichte manier observeren, ontstaat er niet alleen meer inzicht in het gedrag van bewoners, maar ook meer vertrouwen, autonomie en levenskwaliteit. De steekkaarten ondersteunen deze evolutie door het team bewust te maken van hun gezamenlijke verantwoordelijkheid in het bevorderen van therapietrouw.

Dit verbetertraject bewijst dat binnen het woonzorgcentrum kleine observaties kunnen leiden tot grote verbeteringen. Door therapieontrouw niet enkel te signaleren, maar te begrijpen en te begeleiden, dragen verpleegkundigen en zorgkundigen bij aan een veilige, respectvolle en mensgerichte zorgcultuur waarin elke bewoner zich gezien en gehoord voelt.

8.7.7 Visuele voorstelling steekkaarten



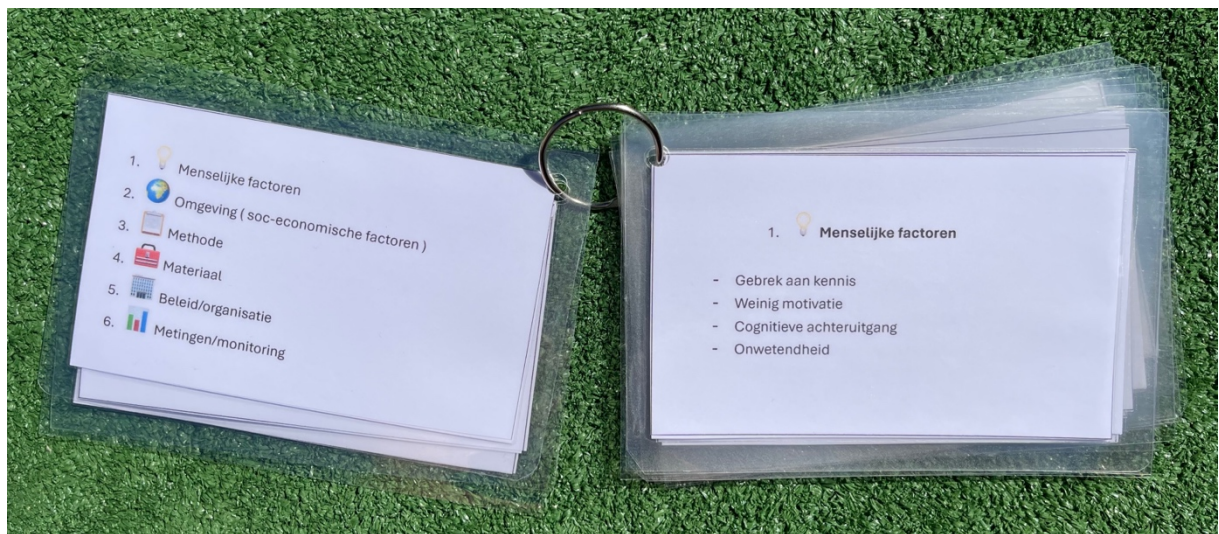
Figuur 12: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026)



Figuur 13: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026)



Figuur 14: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026)



Figuur 15: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026)



Figuur 16: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulamans (2026)



Figuur 17: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026)



Figuur 18: voorbeeld van de steekkaarten: eigen ontwerp, Ceulemans (2026)

9 Implementatieplan

9.1 Het belang van de TAT-app en steekkaarten bij het herkennen van therapieontrouw en het bevorderen van therapietrouw

De TAT-app en steekkaarten zijn belangrijk omdat deze een laagdrempelig, continu en gepersonaliseerd hulpmiddel bieden om therapieontrouw vroegtijdig te detecteren en therapietrouw te bevorderen.

Ten eerste kan de TAT-app en de steekkaarten de patiënt voorzien van duidelijke, begrijpelijke en visueel ondersteunde informatie over het belang van correcte medicatie-inname, mogelijke bijwerkingen, en praktische tips voor inname. Dit verhoogt de kennis en het inzicht in het eigen behandeltraject (Schnorrerova et al., 2025).

Daarnaast kan de TAT-app extra functionaliteiten bevatten zoals herinneringen, registratie van innamemomenten en terugkoppeling van voortgang. Deze functies helpen vooral bij het aanpakken van onopzettelijke therapieontrouw, bijvoorbeeld door vergeetachtigheid (Selcuk et al., 2025).

Bovendien maken zowel de TAT-app als steekkaarten het mogelijk om signalen van therapieontrouw in een vroeg stadium te detecteren. Dit geeft zorgverleners, zoals verpleegkundigen, de kans om tijdig in te grijpen en gepersonaliseerde ondersteuning te bieden. Het gebruik van digitale tools sluit aan bij moderne, patiëntgerichte zorg en kan geïntegreerd worden in bestaande behandelplannen, waardoor zowel de kwaliteit als de efficiëntie van zorg toeneemt (Mackridge et al., 2025).

9.2 Stapsgewijze en doordachte invoering van het hulpmiddel

De implementatie van de TAT-app en steekkaarten ter ondersteuning van therapietrouw vereist een doordachte aanpak waarbij zowel de inhoud als de inbedding in de zorgpraktijk zorgvuldig worden afgestemd op de doelgroep. Het idee voor deze interventies ontstond tijdens onze stageperiode in het vorige academiejaar, waarin wij samen op dezelfde leerafdeling actief waren. Tijdens deze stage observeerden wij herhaaldelijk dat signalen van therapieontrouw bij ouderen wel werden opgemerkt, maar vaak onvoldoende gestructureerd werden besproken of opgevolgd. Deze praktijkervaring vormde de eerste aanzet voor het ontwikkelen van ondersteunende hulpmiddelen die zorgverleners houvast bieden bij het herkennen van therapieontrouw en bevorderen van therapietrouw.

Het proces start met een behoefteanalyse, waarbij via observaties, informele gesprekken, interviews en vragenlijsten wordt nagegaan welke specifieke barrières en noden bestaan bij zowel patiënten als zorgverleners. Deze praktijkgerichte inventarisatie werd aangevuld en verdiept door een grondige literatuurstudie rond therapietrouw, gedragsverandering en verpleegkundige interventies. De inzichten uit de literatuur vormden samen met de praktijkobservaties de basis voor de inhoudelijke uitwerking van de conceptuele uitwerking van de applicatie en de steekkaarten, zodat deze maximaal aansluiten bij de noden van de zorgpraktijk (Selcuk et al., 2025).

De inhoud dient duidelijk, begrijpelijk en visueel aantrekkelijk te zijn, waarbij rekening wordt gehouden met het gezondheidsvaardigheidsniveau van de doelgroep. Praktische

hulpmiddelen zoals een medicatieschema, tips voor het omgaan met bijwerkingen en contactgegevens van zorgverleners verhogen de bruikbaarheid. Bij de TAT-app kunnen daarnaast herinneringsfuncties, voortgangsregistratie en feedbackmogelijkheden richting de zorgverlener worden geïntegreerd (Schnorrerova et al., 2025).

Voor een succesvolle implementatie is het essentieel dat zorgverleners een korte training krijgen over het gebruik van de TAT-app en steekkaarten, zodat zij deze effectief kunnen introduceren. Ook patiënten en mantelzorgers moeten duidelijke instructies ontvangen, eventueel ondersteund door een demonstratie bij eerste gebruik. Een pilotfase met een beperkte groep gebruikers maakt het mogelijk om feedback te verzamelen over de gebruiksvriendelijkheid en effectiviteit, waarna de TAT-app en steekkaarten kan worden bijgestuurd.

Vervolgens worden de TAT-app en steekkaarten geïntegreerd in concrete, terugkerende zorgmomenten, zodat het gebruik structureel verankerd raakt in het zorgproces. In de thuiszorg kan dit bijvoorbeeld gekoppeld worden aan het klaarzetten en controleren van medicatie op vaste dagen, bij voorkeur uitgevoerd door dezelfde verpleegkundige om continuïteit en vertrouwensopbouw te bevorderen. Tijdens vaste zorgmomenten zoals het ochtendtoilet, de medicatiebedeling, maaltijd, mictie....in het WZC kunnen de steekkaarten systematisch worden ingezet om signalen van therapieontrouw te observeren, te bespreken en te documenteren.

Tot slot is een structurele evaluatie noodzakelijk om de impact van de interventie op therapietrouw te meten. Deze evaluatie wordt gekoppeld aan vooraf vastgelegde momenten binnen het zorgproces, bijvoorbeeld bij periodieke medicatiecontroles, en kan gebeuren aan de hand van vragenlijsten, observatiegegevens of medicatieregistraties. Op basis van deze gegevens kan de inhoud en werking van de TAT-app en steekkaarten verder worden geoptimaliseerd. Door deze aanpak wordt de interventie niet alleen toegepast, maar ook duurzaam ingebed in de dagelijkse zorgpraktijk, wat essentieel is voor een blijvende impact op therapietrouw (Mackridge et al., 2025).

9.3 Gewenste einddoelen en succescriteria van de implementatie

Het beoogde eindresultaat van dit implementatieplan is dat de TAT-app en steekkaarten leiden tot een meetbare verbetering van therapietrouw bij de doelgroep, met als gevolg betere gezondheidssuitkomsten, minder complicaties en een hogere kwaliteit van leven voor patiënten met chronische aandoeningen. Door de inzet van duidelijke informatie, praktische hulpmiddelen en waar nodig herinnerings- en opvolgsystemen, wordt beoogd dat patiënten hun medicatie consequenter innemen volgens het voorgeschreven schema.

Daarnaast wordt verwacht dat het gebruik van de TAT-app en steekkaarten bijdraagt aan een betere communicatie tussen patiënt, mantelzorgers en zorgverleners, waardoor problemen met medicatie-inname eerder worden gesignaleerd en opgelost (Selcuk et al., 2025). Dit kan resulteren in minder ziekenhuisopnames, een vermindering van zorgkosten en een verhoogde efficiëntie in de zorgverlening (Mackridge et al., 2025).

Het uiteindelijke doel is dat de interventie structureel wordt ingebed in de zorgpraktijk, zodat het een duurzaam hulpmiddel vormt voor zowel het bevorderen als het monitoren van therapietrouw. Hierbij moet niet alleen de therapietrouw verbeteren, maar ook de

zelfredzaamheid en het gevoel van controle van de patiënt over zijn eigen gezondheid toenemen (Schnorrerova et al., 2025).

9.4 Verandering stimuleren: cultuur en leiderschap in gezondheidsbevordering

9.4.1 Een gezamenlijke visie: preventie begint bij tijdige herkenning

Een gedeelde visie binnen het zorgteam is essentieel om therapieontrouw effectief aan te pakken. Preventie begint met het vroegtijdig herkennen van signalen die wijzen op verminderde therapietrouw, zoals onregelmatig medicatiegebruik, gemiste afspraken of terugkerende gezondheidsproblemen die het gevolg zijn van suboptimale behandeling. Wanneer alle betrokken zorgverleners – van verpleegkundigen tot artsen en apothekers – dezelfde signalen herkennen en op een vergelijkbare manier interpreteren, ontstaat een uniforme aanpak die de kans op tijdige interventie vergroot (Peh et al., 2021).

Herkenning vereist niet alleen klinische alertheid, maar ook aandacht voor psychosociale en contextuele factoren. Door structureel gebruik te maken van screeningsinstrumenten, patiëntgesprekken en observaties in de thuissituatie, kan therapieontrouw in een vroeg stadium aan het licht komen (Pitchalard et al., 2022). Het delen van deze bevindingen binnen het team draagt bij aan een gezamenlijke verantwoordelijkheid en zorgt ervoor dat preventieve maatregelen – zoals extra educatie, vereenvoudiging van het medicatieschema of het inzetten van geheugensteuntjes – snel kunnen worden toegepast.

Een gedeelde visie bevordert bovendien het vertrouwen van de patiënt in de zorg, omdat de boodschap en aanpak vanuit alle zorgverleners consistent is. Dit versterkt de motivatie van de patiënt en vergroot de kans op duurzame gedragsverandering. Uiteindelijk vormt het vroegtijdig herkennen van therapieontrouw de eerste stap in een preventiestrategie die gezondheidsuitkomsten verbetert en onnodige zorgkosten voorkomt (Jeon et al., 2022).

9.4.2 Van bewustwording naar concrete actie in patiëntenvoorlichting

Het proces van gedragsverandering bij patiënten verloopt zelden abrupt; het begint doorgaans met bewustwording en mondt uit in concrete actie. Binnen het kader van therapietrouw is het essentieel dat patiënten eerst inzicht krijgen in het belang van hun behandeling, de gevolgen van therapieontrouw en de voordelen van correcte medicatie-inname. Deze bewustwording vormt de basis voor motivatie en gedragsverandering (Schnorrerova et al., 2025).

Effectieve patiënteneducatie gaat verder dan het louter overdragen van informatie. Het is een interactief proces waarbij de verpleegkundige of zorgverlener inspeelt op de individuele behoeften, vragen en zorgen van de patiënt. Hierbij kunnen modellen zoals het Health Belief Model en het Stages of Change-model richting geven. In de bewustwordingsfase wordt vooral gewerkt aan het vergroten van kennis en het verminderen van misvattingen. In de overgang naar actie worden praktische vaardigheden aangeleerd, zoals het gebruik van medicijnwekkers, het opstellen van innameschema's of het installeren van een herinneringsapplicatie (Selcuk et al., 2025).

Door educatie te combineren met motiverende gespreksvoering kan de zorgverlener de intrinsieke motivatie versterken, zodat de patiënt niet alleen begrijpt wat hij moet doen, maar ook bereid is dit daadwerkelijk te doen. Dit sluit aan bij de principes van de

zelfdeterminatietheorie, waarbij autonomie, competentie en verbondenheid centraal staan (Mackridge et al., 2025).

Het doel is om patiënten te begeleiden van passieve ontvangers van zorg naar actieve deelnemers aan hun eigen behandeling. Wanneer bewustwording wordt omgezet in actie, stijgt de kans op duurzame therapietrouw aanzienlijk, wat leidt tot betere gezondheidsuitkomsten en een vermindering van zorgkosten.

9.4.3 Leiderschap als motor van duurzame gedragsverandering

Effectief leiderschap binnen de zorgcontext kan een krachtige hefboom zijn om gedragsverandering te stimuleren, zowel bij zorgverleners als bij patiënten. Leiderschap in dit kader houdt in dat zorgprofessionals, en met name verpleegkundigen in coördinerende of voorbeeldfuncties, richting geven, inspireren en faciliteren om gezamenlijke gezondheidsdoelen te bereiken. Binnen het domein van therapietrouw betekent dit dat leiders een cultuur creëren waarin patiëntgerichte communicatie, educatie en opvolging vanzelfsprekende onderdelen van de zorg zijn (Jeon et al., 2022).

Een sterke leider weet gedragsverandering te bevorderen door duidelijke verwachtingen te formuleren, te motiveren en actief ondersteuning te bieden bij het implementeren van nieuwe werkwijzen, zoals het gebruik van de TAT-app en steekkaarten. Dit vraagt niet alleen om kennis van evidence-based interventies, maar ook om vaardigheden op het gebied van verandermanagement en interprofessionele samenwerking (Pitchalard et al., 2022). Bovendien spelen leiders een cruciale rol in het wegnemen van structurele barrières, zoals tijdsdruk of gebrek aan training, die het implementeren van interventies om therapietrouw te bevorderen in de weg kunnen staan.

Leiders hebben ook een voorbeeldfunctie: zorgverleners zijn eerder geneigd nieuw gedrag te omarmen wanneer zij zien dat hun leidinggevendenden het goede voorbeeld geven en actief betrokken zijn bij het veranderproces. Daarnaast bevordert leiderschap de betrokkenheid van het hele team, wat essentieel is voor consistentie in de uitvoering van interventies en het borgen van duurzame gedragsverandering (Peh et al., 2021).

Door leiderschap in te zetten als strategische hefboom, kan de implementatie van interventies rond therapietrouw niet alleen efficiënter, maar ook duurzamer verlopen. Dit komt ten goede aan de kwaliteit van zorg, de motivatie van zorgverleners en de gezondheidsuitkomsten van patiënten.

9.4.4 Van terughoudendheid naar betrokken eigenaarschap

Het proces van gedragsverandering bij therapietrouw vraagt vaak om een verschuiving van terughoudendheid naar eigenaarschap bij de patiënt. Terughoudendheid kan voortkomen uit onzekerheid, gebrek aan kennis, negatieve eerdere ervaringen of het gevoel dat de behandeling wordt opgelegd. In deze fase is het essentieel dat zorgverleners barrières erkennen en een open, niet-oordelende dialoog aangaan om de patiënt de ruimte te geven zijn twijfels te uiten (Pitchalard et al., 2022).

Eigenaarschap betekent dat de patiënt zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn behandeling, zich bewust is van de noodzaak van therapietrouw en actief keuzes maakt die zijn gezondheid ondersteunen. Deze overgang wordt bevorderd door een combinatie van educatie, motiverende gespreksvoering en gedeelde besluitvorming. Door de patiënt te betrekken bij het opstellen van het behandelplan, wordt het gevoel van autonomie versterkt,

wat volgens de zelfdeterminatietheorie cruciaal is voor duurzame gedragsverandering (Schnorrerova et al., 2025).

Daarnaast spelen positieve ervaringen en succesmomenten een belangrijke rol. Wanneer patiënten merken dat hun acties leiden tot meetbare gezondheidsverbeteringen, neemt hun vertrouwen in eigen kunnen toe. Dit versterkt het commitment om ook op lange termijn therapietrouw te blijven (Mackridge et al., 2025).

Door patiënten te begeleiden in deze overgang van terughoudendheid naar eigenaarschap, vergroten zorgverleners niet alleen de kans op therapietrouw, maar bevorderen zij ook de zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de patiënt.

9.5 Methodologische overwegingen voor implementatie

9.5.1 Effectief stakeholdermanagement als succesfactor

Een effectieve implementatie van interventies ter bevordering van therapietrouw, zoals de TAT-app en steekkaarten, staat of valt met goed stakeholdersmanagement. Stakeholders zijn alle personen of partijen die direct of indirect betrokken zijn bij of invloed hebben op de uitvoering en het succes van de interventie. Dit kunnen interne partijen zijn, zoals verpleegkundigen, artsen, apothekers en leidinggevendenden, maar ook externe actoren, zoals patiënten, mantelzorgers, zorgverzekeraars en beleidsmakers (Baby et al., 2024).

Het betrekken van stakeholders vanaf de start van het project zorgt voor draagvlak, vergroot de kans op succesvolle implementatie en vermindert weerstand tegen verandering. Door vroegtijdig de behoeften, verwachtingen en mogelijke bezwaren van alle betrokkenen in kaart te brengen, kan de interventie beter worden afgestemd op de praktijk. Daarbij is het essentieel om duidelijke communicatielijnen te hanteren en regelmatig terugkoppeling te geven over de voortgang en behaalde resultaten (Mertens et al., 2021).

In het kader van therapietrouw betekent effectief stakeholdersmanagement bijvoorbeeld dat patiënten worden betrokken bij het ontwerp en de gebruiksvriendelijkheid van de TAT-app en steekkaarten, terwijl zorgverleners meedenken over de inhoudelijke relevantie en praktische toepasbaarheid. Leidinggevendenden en beleidsmakers kunnen ondersteunen door middelen beschikbaar te stellen en de interventie te verankeren in beleidsplannen.

Door stakeholders niet alleen te informeren, maar ook actief te betrekken bij besluitvorming en evaluatie, ontstaat een gedeeld gevoel van eigenaarschap. Dit versterkt de motivatie om de interventie consequent toe te passen en draagt bij aan duurzame gedragsverandering en betere gezondheidssuitkomsten.

Binnen deze bachelorproef wordt dit principe concreet toegepast in de ontwikkeling en implementatie van de prototypes, namelijk de TAT-app en de steekkaarten. Zorgverleners worden actief betrokken via testmomenten en feedbackrondes, waarbij hun ervaringen en suggesties rechtstreeks meegenomen worden in de verdere optimalisatie van de interventies. Daarnaast wordt ook de input van de mantelzorgers en, waar mogelijk, de zorgvrager zelf meegenomen, zodat de tools maximaal aansluiten bij de praktijk en de leefwereld van de gebruiker. Door deze co-creatieve aanpak wordt niet alleen de bruikbaarheid verhoogd, maar ook het draagvlak binnen het team versterkt, wat essentieel is voor een succesvolle en duurzame implementatie in de zorgpraktijk.

9.5.2 Een stevig kader voor duurzame en meetbare implementatie

Dit fundament wordt gevormd door drie cruciale pijlers: duidelijke doelstellingen, evidence-based onderbouwing en structurele inbedding in de zorgpraktijk. Door vooraf helder te formuleren welke resultaten beoogd worden – zoals een meetbare verbetering in therapietrouw, hogere patiënttevredenheid of een vermindering van ziekenhuisopnames – wordt richting gegeven aan het hele implementatieproces (Mackridge et al., 2025).

Een solide fundament betekent ook dat de interventie gestoeld is op wetenschappelijk bewijs en bewezen effectieve strategieën. Hierbij is het essentieel om inzichten uit de literatuur te combineren met praktijkervaring van zorgverleners en de leefwereld van patiënten. Dit vergroot niet alleen de relevantie en toepasbaarheid, maar versterkt ook het draagvlak bij alle betrokken stakeholders (Peh et al., 2021).

Verder vraagt impactvolle implementatie om een planmatige aanpak waarin training van zorgverleners, goede communicatie, en continue monitoring en evaluatie zijn opgenomen. Het gebruik van implementatiekaders, zoals het *Plan-Do-Check-Act* (PDCA)-model of het *Stepped Wedge Design*, kan helpen om stapsgewijs te werken, verbeterpunten te identificeren en bij te sturen waar nodig (Pitchalard et al., 2022).

Door vanaf het begin te investeren in een stevig fundament wordt de kans op duurzame gedragsverandering en blijvende meerwaarde van de interventie aanzienlijk vergroot. Het resultaat is niet alleen een hogere therapietrouw, maar ook betere gezondheidsuitkomsten en een efficiënter gebruik van zorgmiddelen.

Binnen deze bachelorproef werd gekozen voor het GPS-model omdat dit model een praktijkgericht, cyclisch en verpleegkundig bruikbaar kader biedt om complexe zorgproblemen, zoals therapieontrouw bij ouderen, systematisch aan te pakken. Het model sluit nauw aan bij de realiteit van de eerstelijnszorg en woonzorgcentra, waar zorgverlening voortdurend afgestemd moet worden op veranderende noden van de patiënt en de zorgcontext.

Het GPS-model (Gestructureerd Procesmatig Stappenplan) vertrekt vanuit een grondige verkenning van de gebruiker en diens context, waardoor de focus niet enkel ligt op het probleem (therapieontrouw), maar ook op de persoon achter het gedrag. Dit sluit aan bij een persoonsgerichte en holistische benadering van zorg. Door het probleem vervolgens multidimensionaal te analyseren, wordt therapieontrouw niet gereduceerd tot een individueel tekort, maar benaderd als een samenspel van cognitieve, sociale, praktische en organisatorische factoren.

Daarnaast biedt het GPS-model ruimte om doelgerichte strategieën en interventies te ontwikkelen, te testen en bij te sturen. Dit sluit naadloos aan bij het gefaseerde karakter van deze bachelorproef, waarin prototypes zoals de steekkaarten worden ontworpen, geëvalueerd en verfijnd op basis van feedback uit de praktijk. Het model ondersteunt zo een continue verbetercyclus, wat essentieel is bij de implementatie van nieuwe hulpmiddelen in de zorgpraktijk.

Tot slot werd er voor het GPS-model gekozen omdat het combineerbaar is met andere theoretische kaders, zoals het COM-B model en het gedragswiel. Hierdoor konden gedragsdeterminanten systematisch worden geanalyseerd en vertaald naar concrete,

verpleegkundige interventies, zonder de complexiteit van het zorgprobleem uit het oog te verliezen.

9.5.3. Scholing en professionalisering van zorgverleners voor optimaal gebruik van de TAT-app/ steekkaarten

9.5.3.1. Verdieping van klinische expertise

Een goed begrip van de onderliggende oorzaken van therapieontrouw is essentieel voor effectieve begeleiding van patiënten. Scholing richt zich daarom op het herkennen van medische, psychosociale en contextuele factoren die therapietrouw beïnvloeden. Dit stelt zorgverleners in staat om signalen vroegtijdig te identificeren en gerichte interventies te kiezen (Liquori, 2023).

9.5.3.2. Effectieve communicatie en patiëntgerichte voorlichting

Effectieve communicatie vormt de kern van patiënteneducatie. Training in gesprekstechnieken zoals motiverende gespreksvoering en de teach-backmethode helpt zorgverleners om complexe informatie helder over te brengen en de motivatie van de patiënt te versterken. Hierbij worden de TAT-app en steekkaarten gebruikt als visueel hulpmiddel om adviezen concreet te maken (Pitchalard et al., 2022).

9.5.3.3. Zelfreflectie en bewustwording van vooroordelen

Zorgverleners worden gestimuleerd om kritisch te reflecteren op hun eigen houding, overtuigingen en mogelijke vooroordelen die de interactie met patiënten kunnen beïnvloeden. Bewustwording van bias draagt bij aan cultuursensitieve zorg en voorkomt dat aannames of stereotypering de therapiebegeleiding negatief beïnvloeden (Peh et al., 2021).

9.5.3.4. Praktische toepassing in de dagelijkse zorgpraktijk

De training bevat praktische modules waarin zorgverleners leren hoe zij de TAT-app en steekkaarten efficiënt kunnen inzetten tijdens consulten, huisbezoeken of multidisciplinaire overleggen. Hierbij wordt aandacht besteed aan het koppelen van de interventie aan bestaande zorgprocessen, zodat deze naadloos in de dagelijkse praktijk kan worden toegepast (Selcuk et al., 2025).

9.5.3.5. Kennis als fundament voor impactvolle gezondheidseducatie

Om patiënten goed te kunnen begeleiden, moeten zorgverleners beschikken over actuele kennis van medicatiemanagement, gedragsveranderingstechnieken en digitale hulpmiddelen. Scholing voorziet in up-to-date informatie en evidence-based richtlijnen, zodat zorgverleners met vertrouwen en deskundigheid de TAT-app en steekkaarten kunnen gebruiken als onderdeel van een bredere therapietrouwstrategie (Mackridge et al., 2025).

9.5.4. Innovatie en risicobeheer in gezondheidsvoorlichting

9.5.4.1. Digitale distributie en doelgerichte communicatie

Digitale verspreiding van voorlichtingsmateriaal via e-mail, apps of patiëntportalen maakt het mogelijk om informatie snel en op maat te delen. Door gebruik te maken van gepersonaliseerde berichten, bijvoorbeeld gebaseerd op het medicatieschema of specifieke aandoeningen, kan de boodschap beter aansluiten bij de behoeften van de patiënt en wordt therapietrouw gestimuleerd (Selcuk et al., 2025).

9.5.4.2. Interactief leren via microlearning en visuele animaties

Microlearning – het aanbieden van korte, gerichte leereenheden – en animaties bevorderen de betrokkenheid en begrijpelijkheid van complexe informatie. Animaties kunnen bijvoorbeeld stap voor stap tonen hoe medicatie moet worden ingenomen of welke gevolgen therapieontrouw heeft. Deze methoden zijn bijzonder effectief bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden of taalbarrières (Schnorrerova et al., 2025).

9.5.4.3. Gebruik van data-analyse voor het opstellen van risicoprofielen

Door gegevens over medicatiegebruik, therapietrouwmetingen en patiëntkenmerken te analyseren, kunnen zorgverleners risicoprofielen opstellen. Deze profielen maken het mogelijk om patiënten die een verhoogd risico lopen op therapieontrouw vroegtijdig te identificeren en gerichte interventies aan te bieden (Pitchalard et al., 2022).

9.5.4.4. Ethische en juridische randvoorwaarden

Het gebruik van digitale middelen en data-analyse vereist zorgvuldige aandacht voor privacy, gegevensbeveiliging en toestemming van de patiënt. Hierbij moeten de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en relevante medische beroepscode strikt worden nageleefd. Transparantie over hoe gegevens worden verzameld, opgeslagen en gebruikt, is essentieel om vertrouwen te behouden (Peh et al., 2021).

9.5.4.5. Afweging tussen effectiviteit en praktische uitvoerbaarheid

Innovatieve technieken moeten niet alleen effectief zijn, maar ook haalbaar in de dagelijkse praktijk. Hierbij spelen kosten, beschikbare infrastructuur en digitale vaardigheden van zowel zorgverleners als patiënten een rol. Het is daarom belangrijk om de gekozen oplossingen te testen op gebruiksgemak en kostenefficiëntie voordat grootschalige implementatie plaatsvindt (Mackridge et al., 2025).

9.5.4.6. Conclusie: technologie als katalysator voor preventie en bewustwording

Technologie kan patiëntenvoorlichting aanzienlijk bevorderen door informatie toegankelijker, interactiever en beter afgestemd te maken. Wanneer digitale innovaties zorgvuldig worden ingevoerd met oog voor ethiek, haalbaarheid en gebruiksvriendelijkheid, vormen zij een waardevolle aanvulling op traditionele voorlichtingsmethoden. Dit leidt tot betere bewustwording, hogere therapietrouw en uiteindelijk betere gezondheidssuitkomsten. (Mackridge et al., 2025)

9.6. Stapsgewijze implementatie volgens het GPS-model

Om het implementatieproces overzichtelijk en transparant weer te geven, wordt bij elke fase van het GPS-model een visuele tijdslijn toegevoegd. Deze tijdslijn maakt in één oogopslag duidelijk waar de betreffende fase zich situeert binnen het volledige traject van analyse tot projectafsluiting.

De tijdsbalk geeft het volledige implementatietraject weer, met aanduiding van alle zes fasen: analyse, doelen formuleren, interventieontwikkeling, praktijkintroductie, evaluatie en

verankering, en projectafsluiting. De fase die in het betreffende hoofdstuk wordt besproken, wordt telkens visueel benadrukt in blauw. De overige fasen blijven in zwart weergegeven.

Naast de naam van de fase wordt ook de voorziene duur (in maanden) en de concrete kalenderperiode (met vermelding van maanden en jaartallen) weergegeven. Dit verhoogt de transparantie van het implementatieplan en onderstreept de realistische planning van het project.

9.6.1. Fase 1: Analyse – in kaart brengen van uitdagingen en noden



Figuur 19: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026)

Tijdspad: 0-1 maand (juli'25-aug'25): voorbereiding en behoefteanalyse:

In deze eerste fase wordt onderzocht welke factoren binnen de doelgroep bijdragen aan therapieontrouw. Dit gebeurt door middel van observaties, interviews met patiënten en zorgverleners, en het analyseren van bestaande patiëntgegevens. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de vijf dimensies van therapietrouw volgens de WHO (sociaaleconomische, patiënt-, therapie-, ziekte- en zorgsysteem gerelateerde factoren). Door deze analyse ontstaat een volledig beeld van de huidige situatie en de specifieke barrières en noden die de interventie moet aanpakken (Liquori, 2023).

Aandachtspunten per setting:

- In de thuiszorg: De nadruk ligt op persoonlijke interviews met patiënten en mantelzorgers om inzicht te krijgen in motivatie, kennis en routines rond medicatie-inname. Hier wordt ook gekeken naar contextuele factoren zoals woonomgeving, digitale vaardigheden en mate van zelfredzaamheid.
- In het woonzorgcentrum (WZC): De analyse focust voornamelijk op observaties bij bewoners met polyfarmacie, cognitieve achteruitgang en afhankelijkheid van zorgverleners. Er wordt gekeken naar structurele oorzaken van therapieontrouw, zoals wisselende medicatievoorschriften, beperkte communicatie tussen disciplines en het risico op verwarring bij meerdere zorgverleners. Bewoners zelf worden minder bevraagd, maar observaties van verpleegkundigen en medicatielogboeken zijn essentieel.

De borging in deze fase bestaat uit het documenteren en structureren van alle verzamelde gegevens, zodat deze als onderbouwde basis kunnen dienen voor de volgende fase van het implementatieproces. De resultaten van de analyse worden gebundeld en vertaald naar duidelijke aandachtspunten die richting geven aan het formuleren van doelstellingen en de verdere uitwerking van de interventie in fase 2.

9.6.2. Fase 2: Doelen formuleren – vastleggen van concrete en haalbare resultaten



Figuur 20: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026)

Tijdspad: 1-2 maanden (aug'25-sept'25) : doelstellingen formuleren:

Op basis van de probleemanalyse worden concrete doelstellingen geformuleerd die richting geven aan de verdere uitwerking en implementatie van de interventie. Deze doelstellingen zijn specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden (SMART) geformuleerd en houden rekening met de beschikbare middelen, tijd en zorgcontext. De doelen richten zich zowel op het bevorderen van therapietrouw als op het versterken van processen die vroegtijdige signalering en adequate opvolging mogelijk maken (Mackridge et al., 2025).

Aandachtspunten per setting:

- In de thuiszorg: hier ligt de focus op gedragsverandering bij de oudere patiënt, ondersteund door de verpleegkundige. De doelstellingen zijn voornamelijk gedragsgericht en omvatten het bevorderen van de zelfredzaamheid in medicatiegebruik, het bevorderen van kennis en inzicht in het belang van medicatie, en het versterken van intrinsieke motivatie om het voorgeschreven behandelingsplan te volgen. Door middel van educatie, opvolging en gestructureerde signalering beoogt de interventie het therapiegedrag van ouderen positief te beïnvloeden en vroegtijdige signalen van therapieontrouw sneller zichtbaar te maken.
- In het WZC: de doelstellingen richten zich zowel op gedragsverandering bij bewoners als op het optimaliseren van het zorgproces. Hoewel de mate van zelfstandige gedragsverandering bij bewoners vaak beperkter is, wordt wél ingezet op het bevorderen van gewenst therapiegedrag, zoals therapietrouw, begrip van het medicatiegebruik en bereidheid tot samenwerking met het zorgteam. Daarnaast vormen de steekkaarten een hulpmiddel om verpleegkundigen en zorgkundigen te ondersteunen in het vroegtijdig herkennen van therapieontrouw, het voeren van gerichte gesprekken en het eenduidig rapporteren van observaties. Dit draagt bij aan verbeterde medicatieveiligheid, consistente communicatie binnen het team en een gedeelde verantwoordelijkheid in het medicatiebeheer.

Door per setting duidelijke en contextgebonden doelstellingen te formuleren, wordt zowel het therapiegedrag van ouderen als het professioneel handelen van zorgverleners versterkt. Deze doelgerichte aanpak creëert een realistisch kader voor evaluatie en bijsturing in de volgende fasen van het implementatieproces.

De borging in deze fase bestaat uit het documenteren en expliciet vastleggen van de doelstellingen als referentiekader voor de verdere ontwikkeling, implementatie en evaluatie van de interventie.

Door deze doelstellingen vroeg in het proces te verankeren, ontstaat een gedeelde richting binnen het projectteam en wordt een stabiele basis gecreëerd voor opvolging, evaluatie en bijsturing in de volgende fasen van het implementatieproces.

9.6.3. Fase 3: Interventieontwikkeling – inhoudelijke en visuele uitwerking van de TAT-app/ steekkaarten



Figuur 21: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026)

Tijdspad: 2-3 maanden (okt'25-dec'25): visuele uitwerking van app en steekkaarten:

De inhoud en vormgeving van de TAT-app en steekkaarten worden ontwikkeld op basis van de geconstateerde behoeften en evidence-based interventies. De TAT-app kan functies bevatten zoals medicatiereminders, voortgangsregistratie en contactmogelijkheden met zorgverleners. De steekkaarten worden visueel aantrekkelijk en eenvoudig te begrijpen, afgestemd op het gezondheidsniveau van de doelgroep. Patiënten en zorgverleners worden betrokken bij het ontwerpproces om de gebruiksvriendelijkheid en relevantie te waarborgen (Selcuk et al., 2025).

Aandachtspunten per setting:

- In de thuiszorg: De TAT-app wordt ontwikkeld met nadruk op gebruiksgemak voor zowel patiënt als verpleegkundige. Er wordt rekening gehouden met leeftijdsgebonden beperkingen zoals verminderd zicht, motoriek en digitale vaardigheden. De TAT-app stimuleert gedragsverandering via herinneringen, feedback en motiverende boodschappen. De TAT-app kan functies bevatten zoals medicatiereminders, voortgangsregistratie en contactmogelijkheden met zorgverleners.
- In het WZC: De steekkaarten worden ontwikkeld als klinisch hulpmiddel voor verpleegkundigen en zorgkundigen. Ze helpen bij het herkennen van signalen van therapieontrouw, het analyseren van oorzaken en het kiezen van gepaste interventie. Het taalgebruik is eenvoudig en gericht op observatie en reflectie. De steekkaarten zijn visueel aantrekkelijk en eenvoudig te begrijpen, afgestemd op het gezondheidsvaardigheidsniveau van de verpleegkundigen en zorgkundigen.

De borging in deze fase bestaat uit het systematisch afstemmen van inhoud, vormgeving en functionaliteiten op het gezondheidsvaardigheidsniveau van de doelgroep en de praktische zorgcontext. Door de oudere en zorgverleners actief te betrekken bij het ontwerpproces, wordt de relevantie, bruikbaarheid en acceptatie van de interventie versterkt. Deze aanpak creëert een solide basis voor verdere testing, implementatie en evaluatie in de volgende fasen van het traject.

9.6.4. Fase 4: Praktijkintroductie – gefaseerde uitrol en ondersteuning



Figuur 22: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026)

Tijdspad: 3-12 maanden (maart'26-mart'27): praktijkintroductie en gefaseerde uitrol met ondersteuning:

De gefaseerde implementatie van de TAT-app en steekkaarten ter bevordering van therapietrouw wordt vormgegeven volgens het Stepped Wedge Design. Dit onderzoeks- en implementatiemodel houdt in dat de interventie niet bij alle deelnemers of afdelingen tegelijk wordt ingevoerd, maar stapsgewijs in opeenvolgende fasen. Alle deelnemende groepen starten in de beginfase met de gebruikelijke zorg (usual care), waarna zij op vooraf vastgestelde momenten overstappen naar de nieuwe interventie. Op deze manier ontvangt elke groep uiteindelijk de interventie, maar wordt de volgorde van implementatie gefaseerd ingepland (Kruoch et al., 2025).

Dit ontwerp heeft meerdere voordelen. Ten eerste maakt het mogelijk om tijdens de implementatie continue data te verzamelen, zowel in de fase van usual care als na de invoering van de interventie. Hierdoor kan het effect van de TAT-app en steekkaarten op therapietrouw beter worden geëvalueerd. Ten tweede wordt de impact op de dagelijkse praktijk beperkt, omdat slechts een deel van de populatie tegelijk met de interventie start, waardoor er tijd is om bij te sturen op basis van tussentijdse bevindingen (Agarwal et al., 2025).

In de context van deze bachelorproef betekent dit dat bijvoorbeeld één afdeling of een beperkte groep patiënten in een eerste fase start met het gebruik van de TAT-app en steekkaarten, terwijl andere groepen voorlopig de gebruikelijke zorg blijven ontvangen. Na een vooraf vastgelegde periode, bijvoorbeeld 6 weken, wordt de interventie stapsgewijs uitgebreid naar een volgende groep, totdat alle betrokken afdelingen of patiënten met de interventie werken. Deze gefaseerde implementatie maakt het mogelijk om ervaringen en knelpunten uit de eerste fase te detecteren en mee te nemen naar volgende stappen.

De inzichten die tijdens deze opeenvolgende implementatiefasen worden verzameld, vormen de basis voor de systematische evaluatie en bijsturing van de interventie, zoals verder toegelicht in het volgende onderdeel van dit implementatieproces. Op die manier sluit de gefaseerde invoering naadloos aan bij de evaluatiefase en wordt een continue verbetering van de interventie nagestreefd, wat de kans op een succesvolle en duurzame inbedding in de zorgpraktijk vergroot.

Aandachtspunten per setting:

- In de thuiszorg: De TAT-app wordt tijdens huisbezoeken geïntroduceerd bij de oudere die therapieontrouw vertonen of risico lopen daarop. De verpleegkundige begeleidt in overleg het eerste gebruik, stelt herinneringen in en licht mantelzorgers in. De nadruk ligt op coaching, motivatie en het versterken van zelfmanagement.
- In het WZC: De implementatie verloopt via teamvergaderingen en observatiemomenten. Er wordt aandacht besteed aan het inbedden van de steekkaarten in de dagelijkse werkprocessen, zoals medicatierondes en overdrachten. Feedback van verpleegkundigen en zorgkundige wordt systematisch verzameld om de bruikbaarheid te verbeteren.

De borging in deze fase bestaat uit het structureel begeleiden van verpleegkundige en zorgkundige, het systematisch verzamelen van ervaringen en feedback, en het continu monitoren van het gebruik en de toepasbaarheid van de interventie. Door de gefaseerde invoering ontstaat ruimte om knelpunten tijdig te identificeren en gerichte bijsturing door te voeren, zonder de continuïteit van zorg te verstoren.

Deze langdurigere tijdspanne maakt het mogelijk om de interventie niet alleen te testen, maar ook duurzaam te verankeren binnen de zorgpraktijk. De inzichten die tijdens deze fase worden opgebouwd, vormen een essentieel fundament voor de evaluatie, optimalisatie en verdere opschaling van de interventie in de volgende fasen van het implementatieproces.

9.6.5. Fase 5: Evaluatie en verankering – structurele opname in beleid en werkwijze



Figuur 23: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026)

Tijdspad: 12 maanden tot 2 jaar (maart'27-maart'29): structurele opname in beleid en werkwijze

Na de implementatie wordt de effectiviteit van de interventie geëvalueerd aan de hand van vooraf vastgestelde indicatoren, zoals therapietrouwmetingen, patiënttevredenheid en zorguitkomsten. Succesvolle elementen worden geïntegreerd in het beleid en werkprocessen,

zodat de interventie duurzaam wordt toegepast. Borging kan bijvoorbeeld plaatsvinden via protocollen, kwaliteitsindicatoren en jaarlijkse herziening van de inhoud van de TAT-app en steekkaarten (Peh et al., 2021).

Aandachtspunten per setting:

- In de thuiszorg: De evaluatie richt zich op kwantitatieve verbetering van therapietrouw en kwalitatieve feedback van patiënten. De TAT-app kan periodiek worden geüpdatet op basis van gebruiksdata en feedback. Structurele verankering gebeurt via integratie in het elektronisch patiëntendossier (EPD) en teambegeleiding.
- In het WZC: De focus ligt op structurele opname van de steekkaarten in kwaliteitsbeleid, opleidingen en teamoverleg. Evaluatie gebeurt via observaties, teamreflecties en feedback over bruikbaarheid. Structurele verankering gebeurt op systematische gebruik van steekkaarten en registratie in het bewonersdossier en teambegeleiding.

De borging in deze fase bestaat uit het formaliseren van succesvolle interventieonderdelen door opname in bestaande protocollen, kwaliteitsindicatoren en opleidingsstructuren. Door periodieke evaluatie- en feedbackmomenten in te bouwen, blijft de interventie afgestemd op veranderende noden van patiënten en zorgverleners.

Deze langere tijdshorizon maakt het mogelijk om de interventie niet enkel te evalueren, maar ook duurzaam te integreren in het organisatorisch beleid, waardoor therapietrouw structureel aandacht krijgt binnen de zorgverlening en de continuïteit en kwaliteit van zorg op lange termijn worden versterkt.

9.6.6. Fase 6: Projectafsluiting en duurzame doorontwikkeling van de interventie



Figuur 24: tijdlijn: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026)

Tijdspad: maart'29: projectafsluiting en duurzame doorontwikkeling van de interventie:

Na de afronding van de implementatie- en borgingsfase verschuift de focus van dit project naar de duurzame doorontwikkeling en blijvende inzet van de interventie binnen de zorgpraktijk. Het doel van deze projectafsluiting is niet enkel het afronden van het traject, maar vooral het creëren van een lerend en flexibel systeem dat blijvend bijdraagt aan gezondheidsvoorlichting en therapietrouw.

Om de effectiviteit en gebruiksvriendelijkheid van de TAT-app en steekkaarten te evalueren en blijvend te verbeteren, wordt een gestructureerd feedbackdocument voorzien. Dit

document wordt gebruikt tijdens de stage en latere implementatiefasen om ervaringen van zorgverleners systematisch te verzamelen. De verzamelde feedback vormt de basis voor gerichte bijsturing en doorontwikkeling, en ondersteunt zo de duurzame verankering van de interventie binnen blijvende gezondheidseducatie. Door deze systematische terugkoppeling wordt vermeden dat de interventie statisch blijft en kan zij evolueren in functie van veranderende zorgcontexten en noden van de oudere en zorgverleners.

Daarnaast biedt deze aanpak mogelijkheden om het ontwikkelde model breder inzetbaar te maken binnen andere settings. Door de interventie te koppelen aan bestaande preventie- en kwaliteitsinitiatieven kan de opgebouwde expertise worden doorvertaald naar andere doelgroepen en thema's, zoals leefstijladviezen of chronische zorgopvolging (Peh et al., 2021).

De projectafsluiting markeert aldus geen eindpunt, maar vormt een overgang naar continue kwaliteitsverbetering, waarbij feedback, evaluatie en bijsturing structureel verankerd blijven in de dagelijkse praktijk. Deze visie sluit aan bij hedendaagse inzichten rond duurzame implementatie en gezondheidsbevordering, waarbij interventies pas echt waardevol zijn wanneer zij blijvend gedragen en verder ontwikkeld worden binnen de zorgcontext (Agarwal et al., 2025).

9.6.6.1. Visuele voorstelling feedbackdocument

Om de effectiviteit en gebruiksvriendelijkheid van de TAT-app en steekkaarten systematisch te evalueren, werd een gestructureerd feedbackdocument ontwikkeld. Dit instrument is bedoeld om zorgverleners op een laagdrempelige manier hun ervaringen te laten delen na het gebruik van de TAT-app en steekkaarten in de praktijk. Het feedbackdocument combineert gesloten vragen, gebaseerd op Likertschaal-items, met open vragen die ruimte laten voor nuance en praktijkgerichte suggesties.

Het document focust op drie kernaspecten: gebruiksvriendelijkheid, inhoudelijke toepasbaarheid en ervaren meerwaarde. Hierdoor wordt niet enkel inzicht verkregen in hoe de TAT-app en steekkaarten worden gebruikt, maar ook in welke mate zij ondersteuning bieden bij het herkennen van therapieontrouw en het begeleiden van patiënten. De open feedback vormt een waardevolle aanvulling om context gebonden knelpunten en verbetervoorstellen te identificeren.

Het feedbackdocument wordt ingezet tijdens de stage en in latere implementatiefasen, waardoor het fungeert als een continu evaluatie- en bijsturingsinstrument. De verzamelde feedback vormt de basis voor gerichte aanpassingen aan de inhoud en vormgeving van de TAT-app en steekkaarten en ondersteunt zo de duurzame doorontwikkeling en verankering van de interventie binnen de dagelijkse zorgpraktijk. Deze aanpak sluit aan bij principes van kwaliteitsverbetering en continue feedback in zorginnovaties (Agarwal et al., 2025; Peh et al., 2021).

Feedbackformulier – TAT-app en steekkaarten therapietrouw

Dit feedbackformulier kadert binnen een bachelorproef verpleegkunde en heeft als doel de gebruiksvriendelijkheid en effectiviteit van de TAT-app en steekkaarten rond therapietrouw te evalueren in de praktijk van het woonzorgcentrum. De feedback wordt anoniem verwerkt en uitsluitend gebruikt voor het verbeteren van de interventie.

1. Algemene gegevens

Functie: ☐ Verpleegkundige ☐ Zorgkundige ☐ Andere: _____

Aantal jaren werkervaring: ☐ < 5 jaar ☐ 5–10 jaar ☐ > 10 jaar

Afdeling / context waarin de steekkaarten gebruikt werden: _____

2. Gebruik van de TAT-app/steekkaarten

In welke situaties hebt u de TAT-app/steekkaarten gebruikt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Bij vermoeden van therapieontrouw
- ☐ Tijdens medicatietoediening
- ☐ In overleg met collega's
- ☐ In gesprek met bewoner/familie
- ☐ Andere: _____

3. Gebruiksvriendelijkheid

De TAT-app/steekkaarten zijn duidelijk en overzichtelijk.

☐ Helemaal niet akkoord ☐ Niet akkoord ☐ Neutraal ☐ Akkoord ☐ Helemaal akkoord

De pictogrammen ondersteunen de inhoud voldoende.

☐ Helemaal niet akkoord ☐ Niet akkoord ☐ Neutraal ☐ Akkoord ☐ Helemaal akkoord

De taal is begrijpelijk en toepasbaar in de praktijk.

☐ Helemaal niet akkoord ☐ Niet akkoord ☐ Neutraal ☐ Akkoord ☐ Helemaal akkoord

De TAT-app/steekkaarten zijn snel inzetbaar tijdens zorgmomenten.

☐ Helemaal niet akkoord ☐ Niet akkoord ☐ Neutraal ☐ Akkoord ☐ Helemaal akkoord

4. Effectiviteit

De TAT-app/steekkaarten helpen om therapieontrouw sneller te herkennen.

☐ Helemaal niet akkoord ☐ Niet akkoord ☐ Neutraal ☐ Akkoord ☐ Helemaal akkoord

Figuur 25: voorbeeld van het feedbackdocument: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026)

De TAT-app/steekkaarten ondersteunen mij in het kiezen van passende interventies.

☐ Helemaal niet akkoord ☐ Niet akkoord ☐ Neutraal ☐ Akkoord ☐ Helemaal akkoord

Het gebruik van de TAT-app/steekkaarten draagt bij aan betere communicatie met de bewoner.

☐ Helemaal niet akkoord ☐ Niet akkoord ☐ Neutraal ☐ Akkoord ☐ Helemaal akkoord

De TAT-app/steekkaarten zijn een meerwaarde binnen het team.

☐ Helemaal niet akkoord ☐ Niet akkoord ☐ Neutraal ☐ Akkoord ☐ Helemaal akkoord

5. Ervaring in de praktijk

Wat vond u sterk aan de TAT-app/steekkaarten?

Welke moeilijkheden of beperkingen hebt u ervaren?

In welke mate sluiten de TAT-app/steekkaarten aan bij uw dagelijkse werking?

6. Suggesties voor verbetering

Wat zou volgens u aangepast of toegevoegd kunnen worden?

Zijn er steekkaarten die u mist of overbodig vindt?

7. Algemene beoordeling

Hoe beoordeelt u de TAT-app/steekkaarten in het algemeen?

☐ Zeer onvoldoende ☐ Onvoldoende ☐ Voldoende ☐ Goed ☐ Zeer goed

Zou u de TAT-app/steekkaarten aanraden aan collega's? ☐ Ja ☐ Nee ☐ Twijfel

Hartelijk dank voor uw feedback en medewerking!

Figuur 26: voorbeeld van het feedbackdocument: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026)

9.7. Slotbeschouwing

Educatieve voorlichting, ondersteund door de TAT-app en steekkaarten, vormt een veelbelovende strategie om therapieontrouw bij ouderen met chronische aandoeningen te voorkomen. Door informatie toegankelijk, begrijpelijk en patiëntgericht aan te bieden, kunnen kennis, bewustzijn en motivatie bij patiënten worden vergroot, wat de kans op duurzame gedragsverandering vergroot (Selcuk et al., 2025). Wanneer deze voorlichting wordt gecombineerd met interactieve elementen, zoals herinneringsfuncties, visuele hulpmiddelen en gepersonaliseerde content, neemt de effectiviteit verder toe (Mackridge et al., 2025).

Toch is het belangrijk om kritisch te blijven. Educatie alleen is zelden voldoende om therapieontrouw structureel op te lossen. Factoren zoals cognitieve beperkingen, lage gezondheidsvaardigheden, sociale isolatie en economische barrières blijven van invloed, ook wanneer educatief materiaal optimaal is vormgegeven (Liquori, 2023). Bovendien bestaat het risico dat digitale oplossingen niet iedereen bereiken, bijvoorbeeld door beperkte digitale vaardigheden of gebrek aan toegang tot technologie, wat kan leiden tot ongelijkheid in zorg.

Een succesvolle preventiestrategie vereist daarom een geïntegreerde aanpak, waarbij educatieve voorlichting wordt gecombineerd met persoonlijke begeleiding, motiverende gespreksvoering, context specifieke ondersteuning en structurele veranderingen in de zorgorganisatie. Daarnaast is continue evaluatie nodig om de inhoud en vorm van de TAT-app en steekkaarten af te stemmen op de veranderende behoeften van de doelgroep en nieuwe wetenschappelijke inzichten (Pitchalard et al., 2022).

Gezondheidseducatie kan dus een krachtig middel zijn binnen een breder pakket aan interventies, maar alleen wanneer deze ingebed is in een holistische, patiëntgerichte en inclusieve aanpak, ondersteund door voldoende middelen, training en beleidsverankering.

9.8. Beleidsaanbevelingen op micro-, meso- en macroniveau

9.8.1. Microniveau: gerichte gedragsverandering en individuele begeleiding

Op microniveau staat de individuele patiënt centraal. Het doel is om therapietrouw te bevorderen door gedragsverandering te stimuleren en ondersteuning af te stemmen op de persoonlijke situatie, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt. Dit wordt gerealiseerd door het combineren van educatie, motivatie en praktische hulpmiddelen, waarbij de TAT-app en steekkaarten als kerninstrument fungeert.

Allereerst wordt gewerkt met gepersonaliseerde informatie: de inhoud van de TAT-app en steekkaarten wordt afgestemd op de specifieke aandoening, het medicatieschema en het gezondheidsvaardigheidsniveau van de patiënt. Visuele elementen, eenvoudige taal en duidelijke instructies maken de informatie toegankelijk, ook voor patiënten met beperkte lees- of taalvaardigheden (Selcuk et al., 2025).

Daarnaast worden gedragsveranderingstechnieken toegepast, zoals motiverende gespreksvoering, de stages of change-benadering en de zelfdeterminatietheorie, om intrinsieke motivatie te versterken. Hierbij wordt niet alleen gefocust op kennisoverdracht, maar ook op het vergroten van zelfeffectiviteit en eigenaarschap over de eigen behandeling (Schnorrerova et al., 2025).

Tot slot wordt praktische ondersteuning geboden, zoals het instellen van herinneringsfuncties in de TAT-app, het aanbieden van hulpmiddelen (bv. medicijndoosjes) en het betrekken van mantelzorgers bij het opvolgen van medicatie-inname. Door regelmatige evaluatie en feedbackmomenten wordt de voortgang gemonitord en kan de begeleiding indien nodig worden aangepast.

In de thuiszorg is de context wezenlijk anders: patiënten wonen zelfstandig en behouden meer autonomie over hun gezondheid. Hier ligt de nadruk op actieve gedragsverandering, motivatie en zelfmanagement. De TAT-app wordt ingezet als coachend instrument om patiënten te ondersteunen bij het integreren van medicatie-inname in hun dagelijkse routine. Herinneringen, feedbackboodschappen en educatieve tips helpen de patiënt om inzicht te krijgen in zijn eigen medicatiegedrag.

Verpleegkundigen gebruiken de TAT-app om samen met de patiënt doelen te formuleren, zoals het verbeteren van regelmaat in medicatie-inname of het verminderen van gemiste doses. Door middel van motiverende gespreksvoering en de teach-backmethode wordt gecontroleerd of de patiënt de instructies begrijpt en bereid is deze op te volgen. Mantelzorgers worden actief betrokken bij de opvolging, vooral bij patiënten met beginnende cognitieve problemen of beperkte gezondheidsvaardigheden.

Binnen het woonzorgcentrum ligt de nadruk op observatie, stabiliteit en comfort eerder dan op actieve gedragsverandering. Bewoners bevinden zich vaak in een gevorderde levensfase waarin de nadruk ligt op levenskwaliteit, comfortzorg en preventie van medicatiefouten. De steekkaarten worden hier ingezet als ondersteunend observatie-instrument voor verpleegkundigen en zorgkundigen, waarmee zij snel signalen van therapieontrouw kunnen herkennen en gepaste acties kunnen ondernemen.

In deze context worden de steekkaarten gebruikt tijdens dagelijkse medicatierondes of multidisciplinaire overlegmomenten om systematisch factoren te screenen die therapietrouw beïnvloeden, zoals slikproblemen, cognitieve verwarring of nevenwerkingen. De focus ligt op het waarborgen van medicatieveiligheid, het voorkomen van fouten en het behouden van vertrouwen tussen patiënt en zorgverlener. Educatie wordt op een laagdrempelige manier aangeboden, vaak via korte uitleg of visuele ondersteuning, afgestemd op het cognitieve vermogen van de bewoner.

Deze persoonsgerichte aanpak op microniveau zorgt ervoor dat interventies niet alleen theoretisch effectief zijn, maar ook aansluiten bij de realiteit en leefwereld van de patiënt. Door binnen elk van beide settings – thuiszorg en woonzorgcentrum – specifieke accenten te leggen, wordt therapietrouw zowel stabiel ondersteund bij kwetsbare ouderen als actief bevorderd bij zelfstandig wonende patiënten, wat de kans op duurzame therapietrouw aanzienlijk vergroot.

9.8.2. Mesoniveau: opname van de tools in organisatiebeleid en zorgprocessen

Op mesoniveau ligt de focus op het verankeren van de TAT-app en steekkaarten in de werkprocessen en het beleid van de zorgorganisatie. Dit betekent dat de interventie niet als losse toevoeging wordt ingezet, maar structureel onderdeel wordt van de dagelijkse zorgverlening en kwaliteitszorg.

Allereerst worden de TAT-app en steekkaarten opgenomen in protocollen en richtlijnen, zodat het gebruik ervan voor alle zorgverleners duidelijk en eenduidig is. Dit kan bijvoorbeeld door de tool op te nemen in medicatiebegeleidingsprocedures of opname-/ontslaggesprekken. Ook wordt vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het aanbieden, toelichten en opvolgen van het gebruik van de tool (Pitchalard et al., 2022).

Daarnaast is training en ondersteuning van personeel cruciaal. Regelmatige bijscholing zorgt ervoor dat zorgverleners goed vertrouwd zijn met de inhoud en het gebruik van de tool, en deze effectief kunnen inzetten in hun interactie met patiënten (Mackridge et al., 2025).

Om de TAT-app effectief te integreren, wordt ook digitale koppeling met bestaande systemen onderzocht, zoals het elektronisch patiëntendossier (EPD). Hierdoor kunnen relevante informatie en reminders automatisch worden afgestemd op het medicatieschema en de zorgplanning van de patiënt.

Tot slot wordt de implementatie ondersteund door monitoring en evaluatie op organisatieniveau, waarbij management en kwaliteitsmedewerkers periodiek de toepassing en resultaten van de tool analyseren. Zo kan de effectiviteit worden bewaakt en kunnen verbeteringen tijdig worden doorgevoerd.

Door deze structurele inbedding worden de TAT-app of steekkaarten niet alleen een praktisch hulpmiddel, maar ook een vast onderdeel van het kwaliteitsbeleid, wat bijdraagt aan een consistente en duurzame bevordering van therapietrouw binnen de hele organisatie.

In de thuiszorg ligt de focus op digitale integratie, autonomie en interdisciplinaire samenwerking. De TAT-app kan worden gekoppeld aan bestaande systemen, zoals het elektronisch verpleegdossier of MyCareNet, zodat gegevens over medicatie-inname, observaties en signalen automatisch worden bijgewerkt. Dit vergemakkelijkt de communicatie tussen verpleegkundigen, huisartsen en apothekers, en verhoogt de continuïteit van zorg.

Binnen de thuiszorgorganisatie is het belangrijk dat elke verpleegkundige training krijgt in het gebruik van de TAT-app en de bijbehorende gesprekstechnieken. Regelmatige intervisiemomenten en teamreflecties kunnen worden ingericht om ervaringen te delen, technische vragen te bespreken en verbeterpunten te formuleren.

Daarnaast kan de TAT-app ook deel uitmaken van organisatie brede preventieprogramma's gericht op therapietrouw of polyfarmacie. Door samenwerking met huisartsenkringen en lokale apotheken kan de tool een brug vormen tussen verschillende zorgniveaus. Op deze manier draagt de TAT-app bij aan een transmurale en patiëntgerichte zorgcontinuïteit, waarbij de nadruk ligt op gedragsverandering, motivatie en zelfmanagement in de thuissituatie.

Binnen het woonzorgcentrum wordt het mesoniveau vooral vertaald naar organisatie brede kwaliteitszorg en teamwerking. De steekkaarten worden geïntegreerd in het beleid rond medicatiebegeleiding en observatie, en opgenomen in het kwaliteitshandboek of het elektronisch patiëntendossier (EPD). Ze fungeren als vast onderdeel van de dagelijkse rapportage, zodat elk teamlid dezelfde structuur gebruikt bij het signaleren van mogelijke therapieontrouw.

Daarnaast kunnen de steekkaarten deel uitmaken van interne vormingsmomenten of team overleggen, waar verpleegkundigen samen casussen bespreken en ervaringen uitwisselen

over het gebruik van de steekkaarten. Dit versterkt niet alleen de deskundigheid, maar ook de samenwerking en uniformiteit binnen het team.

Bij implementatie in het WZC is het belangrijk dat het management en de kwaliteitscoördinator de toepassing actief ondersteunen. Door de steekkaarten te koppelen aan bestaande protocollen – zoals medicatieveiligheid, overdracht of palliatieve zorg – wordt hun gebruik verankerd in het beleid. Op die manier dragen de steekkaarten bij aan een gedeelde visie op veilige en persoonsgerichte medicatiezorg.

9.8.3. Macroniveau: samenwerking tussen sectoren en beleidsmatige borging

Op macroniveau draait het om het creëren van een sector brede en beleidsmatige verankering van de interventie, zodat de TAT-app en steekkaarten niet alleen binnen één organisatie, maar in de hele zorgketen wordt toegepast. Dit vraagt om samenwerking tussen eerstelijnszorg, zorginstellingen, farmaceutische sector, patiëntenorganisaties en beleidsmakers.

Deze samenwerking tussen verschillende zorgsectoren en een beleidsmatige borging zijn essentieel om therapietrouw duurzaam te verbeteren. In dit kader kan het e-healthplatform een belangrijke rol vervullen. Digitale systemen maken het mogelijk om te werken met een gedeeld en up-to-date medicatieschema dat toegankelijk is voor verschillende zorgactoren, zoals huisartsen, verpleegkundigen, apothekers en andere betrokken zorgverleners.

Een dergelijk gedeeld medicatieschema bevordert de continuïteit en veiligheid van zorg, doordat wijzigingen in medicatie onmiddellijk zichtbaar zijn voor alle betrokken partijen. Dit vermindert het risico op fouten, dubbelmedicatie of onduidelijkheden, en ondersteunt een meer consistente opvolging van therapietrouw. Bovendien maakt het een betere communicatie en afstemming tussen sectoren mogelijk, wat essentieel is in de eerstelijnszorg en bij de overgang tussen verschillende zorgsettings.

Door deze digitale ondersteuning beleidsmatig te verankeren en te integreren in bestaande zorgstructuren, kan e-health bijdragen aan een meer gecoördineerde en patiëntgerichte aanpak van therapietrouw, waarbij informatie-uitwisseling en samenwerking centraal staan.

Een belangrijke stap is tevens ook het opnemen van therapietrouwbevordering in nationale en regionale gezondheidsstrategieën. Hierdoor wordt de toepassing van evidence-based hulpmiddelen, zoals de TAT-app en steekkaarten, een standaardonderdeel van preventie- en zorgprogramma's (Mackridge et al., 2025).

Daarnaast is samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties cruciaal om de interventie breed uit te rollen. Dit kan door het ontwikkelen van gezamenlijke richtlijnen, het delen van best practices en het opzetten van interprofessionele scholing. Door kennis en middelen te bundelen, wordt de schaalbaarheid en effectiviteit vergroot (Pitchalard et al., 2022).

Ook de financiering en vergoeding van therapietrouw interventies is een beleidsprioriteit. Structurele opname in vergoedingssystemen maakt het mogelijk dat zorgverleners tijd en middelen kunnen inzetten voor educatie en begeleiding zonder financiële drempels.

Een bijkomend aandachtspunt op macroniveau is de huidige tendens binnen het gezondheidszorgsysteem, dat historisch en structureel sterk gericht is op curatieve zorg (“care”) eerder dan op preventie en gezondheidsbevordering. De financieringsmodellen, kwaliteitsindicatoren en organisatie van zorg zijn voornamelijk afgestemd op het behandelen van ziekte en complicaties, terwijl gezondheidspromotie vaak minder structureel ingebed en minder zichtbaar gefinancierd worden. Dit zorgt ervoor dat therapietrouwbevordering, ondanks haar bewezen impact op gezondheidsuitkomsten en kostenbesparing, niet altijd prioriteit krijgt binnen de huidige beleidsagenda’s (Mackridge et al., 2025).

Therapietrouw interventies situeren zich nochtans duidelijk binnen gezondheidspromotie: zij voorkomen ziekte-exacerbaties, hospitalisaties, complicaties en vroegtijdige mortaliteit. Door therapietrouw expliciet te positioneren als een vorm van secundaire en tertiaire preventie kan een verschuiving worden gestimuleerd van een reactief naar een proactief zorgmodel. Dit vraagt een beleidsmatige heroriëntatie waarbij preventieve indicatoren, zoals therapietrouw en continuïteit van zorg, evenwaardig worden opgenomen naast klassieke curatieve parameters (Mackridge et al., 2025).

Een structurele verankering van therapietrouwbevordering binnen nationale gezondheidsplannen, kwaliteitskaders en financieringsmechanismen draagt bij aan een fundamentele verandering in manier van denken of kijken. Wanneer inspanningen binnen gezondheidspromotie ook beleidsmatig en financieel worden erkend, ontstaat ruimte voor zorgverleners om tijd te investeren in educatie, motiverende gespreksvoering en opvolging, zonder dat deze inspanningen als “extra” of niet-productieve zorg worden beschouwd. Op die manier kan het gezondheidssysteem evolueren naar een meer geïntegreerd model waarin preventie en zorg hand in hand gaan (Pitchalard et al., 2022).

Tot slot is het essentieel dat op beleidsniveau monitorings- en kwaliteitsindicatoren worden vastgelegd, zodat de effecten van therapietrouw interventies transparant worden gemeten en gerapporteerd. Dit bevordert niet alleen verantwoording, maar ook continue verbetering op sectorniveau. Door deze beleidsmatige verankering en sectorbrede samenwerking kunnen de TAT-app en steekkaarten uitgroeien tot een duurzaam instrument dat bijdraagt aan hogere therapietrouw, betere gezondheidsuitkomsten en efficiënter gebruik van zorgmiddelen op nationaal niveau.

9.8.4. Eindconclusie: een structurele stap naar gelijkwaardige en therapietrouwe zorg

De implementatie van de TAT-app en steekkaarten ter bevordering van therapietrouw is meer dan een praktische interventie; het is een structurele investering in gelijkwaardige, patiëntgerichte en kwalitatief hoogstaande zorg. Door de combinatie van duidelijke informatie, gedragsveranderingstechnieken en gepersonaliseerde ondersteuning wordt niet alleen ingespeeld op de kennisbehoefte van patiënten, maar ook op hun motivatie en zelfredzaamheid. Dit maakt de kans op duurzame therapietrouw aanzienlijk groter.

De implementatie van de TAT-app en de steekkaarten onderscheidt zich door een geïntegreerde aanpak op micro-, meso- en macroniveau, waarbij de interventie wordt ingebed in zowel de dagelijkse zorgpraktijk als in organisatie- en sectorbeleid. Deze gelaagde benadering zorgt voor consistentie, continuïteit en schaalbaarheid, waardoor de impact verder reikt dan één patiënt of één instelling.

Tegelijkertijd erkent het implementatieplan dat therapietrouw een complex vraagstuk is, beïnvloed door medische, psychosociale en contextuele factoren. Daarom wordt educatie niet als op zichzelf staande oplossing gepresenteerd, maar als onderdeel van een bredere strategie die ook persoonlijke begeleiding, structurele beleidsverankering en continue kwaliteitsbewaking omvat.

Door deze aanpak wordt niet alleen de kans op betere gezondheidsuitkomsten vergroot, maar ook de basis gelegd voor een zorgsysteem dat recht doet aan de diversiteit en behoeften van elke patiënt. Dit implementatieplan vormt daarmee een belangrijke stap richting duurzame, gelijkwaardige en preventieve zorg, waarin therapietrouw niet langer een toevallig resultaat is, maar een structureel en meetbaar doel.

10. **Discussie**

Deze bachelorproef heeft als doel om inzicht te krijgen in de effectiviteit van interventies die therapietrouw bevorderen bij ouderen met chronische aandoeningen. Uit de resultaten blijkt dat het probleem van therapieontrouw een multidimensionaal karakter heeft en beïnvloed wordt door zowel educatieve, gedragsmatige, communicatieve, technologische als psychologische factoren. Hoewel de literatuur een breed scala aan interventies beschrijft, verschillen de methodologische kwaliteit, de context en de uitkomsten van de studies, waardoor het trekken van eenduidige conclusies complex blijft.

Een eerste vaststelling is dat educatie en kennisverhoging op zichzelf slechts een beperkt effect hebben op therapietrouw. Zowel de Cochrane-review van Cross et al. (2020) als de studies van Smith et al. (2021) en Sheilini et al. (2019) toonden aan dat educatie pas effectief wordt wanneer het geïntegreerd wordt in bredere gedrags- en ondersteuningsprogramma's. Dit wijst erop dat verpleegkundigen educatie steeds moeten combineren met andere strategieën, zoals follow-up, coaching of gedragsinterventies. Dit sluit aan bij de praktijk, waar enkel informeren vaak niet volstaat om blijvende gedragsverandering te realiseren.

Een tweede belangrijk punt is het belang van communicatie en gespreksstrategieën. Studies benadrukken dat technieken zoals motiverende gespreksvoering en gedeelde besluitvorming een positieve invloed hebben op therapietrouw, vooral omdat zij het gevoel van autonomie en betrokkenheid van de patiënt versterken. (Butterworth et al., 2019; Mendorf et al., 2023) Toch tonen de resultaten ook dat cognitieve beperkingen of lage gezondheidsvaardigheden dit proces kunnen bemoeilijken (Adachi et al., 2025). Voor verpleegkundigen betekent dit dat communicatie steeds moet worden afgestemd op het cognitieve en emotionele profiel van de patiënt. Het inzetten van laagdrempelige communicatie en het herhalen van informatie zijn hierbij cruciaal.

Daarnaast blijkt dat gedragsveranderingstechnieken en modellen, zoals het Health Belief Model, waardevolle kaders bieden om interventies te structureren (Jeon et al., 2022; Pitchalard et al., 2022). De effectgroottes in deze studies suggereren dat gedragsmatige interventies, vooral wanneer gepersonaliseerd, een aanzienlijke impact hebben op therapietrouw. Dit bevestigt dat therapietrouw niet enkel een kwestie is van kennis, maar dat motivatie, zelfeffectiviteit en sociale steun evenzeer bepalend zijn. De verpleegkundige praktijk kan hierbij een brugfunctie vervullen door gedragsmodellen te vertalen naar haalbare en patiëntgerichte strategieën.

Opvallend is ook de toenemende aandacht voor digitale hulpmiddelen en geheugensteuntjes. Interventies zoals apps, sms-herinneringen en weekdozen tonen veelbelovende resultaten, vooral bij patiënten die kampen met vergeetachtigheid of complex medicatieschema (Belete et al., 2024; Marieke Verlaan-Snieders, 2018; Selcuk et al., 2025). Tegelijkertijd zijn er belangrijke kanttekeningen: de effectiviteit van digitale hulpmiddelen hangt sterk af van de gebruiksvriendelijkheid en de mate van ondersteuning door zorgverleners. Bovendien is de digitale kloof bij ouderen een belangrijke uitdaging. Niet elke oudere heeft toegang tot of ervaring met digitale technologie. Dit benadrukt dat digitale oplossingen steeds ingebed moeten worden in een bredere, verpleegkundige context waarin begeleiding en opvolging centraal staan.

Verder wijzen de resultaten op de grote invloed van psychologische en cognitieve factoren. Geheugenproblemen, beperkte gezondheidsvaardigheden, angst en gebrek aan ziekte-inzicht

blijken substantiële barrières voor therapietrouw (Verlaan-Snieders, 2018; Selcuk et al., 2025). Interventies die enkel inspelen op cognitieve ondersteuning, zoals weekdozen, blijken minder effectief bij ernstige cognitieve stoornissen. Dit benadrukt de noodzaak van een geïndividualiseerde aanpak, waarbij verpleegkundigen het cognitieve en psychologische functioneren systematisch screenen en interventies afstemmen op de mogelijkheden van de patiënt.

Ondanks deze bevindingen moeten de resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Verschillende studies in deze literatuurstudie hebben methodologische beperkingen, zoals kleine steekproefgroottes, korte follow-upperiodes of een hoge kans op bias. Bovendien is de heterogeniteit tussen de studies groot: verschillen in patiëntpopulaties, gebruikte meetinstrumenten en interventies bemoeilijken het trekken van algemeen geldende conclusies. Het is dan ook aangewezen om in toekomstig onderzoek meer grootschalige, multicentrische RCT's te verrichten, waarin interventies langdurig worden geëvalueerd.

Voor de verpleegkundige praktijk impliceren de resultaten dat therapietrouw enkel duurzaam bevorderd kan worden door een integrale aanpak waarin educatie, communicatie, gedragsverandering, digitale hulpmiddelen en psychologische ondersteuning gecombineerd worden. Verpleegkundigen spelen hierin een sleutelrol als coördinator van zorg, als educator en als motivator. Het vertalen van theoretische modellen naar concrete en haalbare interventies op maat van de oudere patiënt is daarbij essentieel.

Een bijkomend aandachtspunt is het gebruik van verschillende meetinstrumenten om therapietrouw in kaart te brengen. Studies maakten onder meer gebruik van de MARS (Medication Adherence Report Scale), de MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) en de BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire). Elk instrument legt de nadruk op andere aspecten: MARS en MMAS meten vooral feitelijk medicatiegedrag, terwijl de BMQ bijkomende inzichten biedt in percepties en overtuigingen. Deze variatie in meetinstrumenten draagt enerzijds bij aan de diversiteit van resultaten, maar bemoeilijkt anderzijds het vergelijken van studies. Voor toekomstig onderzoek is het wenselijk om te streven naar meer uniformiteit of een gecombineerde toepassing van meetinstrumenten, zodat zowel gedrag als motivatie en overtuigingen systematisch worden meegenomen.

Verder tonen de resultaten aan dat therapietrouw niet uitsluitend een individueel probleem is, maar ook een maatschappelijke en organisatorische dimensie heeft. Beleidsmakers en zorgorganisaties dienen te investeren in toegankelijke digitale hulpmiddelen, structurele educatieprogramma's en voldoende tijd en middelen voor zorgverleners om therapietrouw systematisch op te volgen. In het bijzonder vervult de verpleegkundige hierbij een sleutelrol. Verpleegkundigen staan vaak het dichtst bij de patiënt/bewoner, zowel in de eerstelijns als in een WZC, en bevinden zich daardoor in een unieke positie om signalen van therapieontrouw vroegtijdig te detecteren.

Binnen het CanMEDS-competentiekader neemt de verpleegkundige hierbij verschillende complementaire rollen op. Als gezondheidsbevorderaar bevordert de verpleegkundige actief therapietrouw door educatie, preventie en het versterken van zelfmanagementvaardigheden. Als communicator bouwt zij een vertrouwensrelatie op en past zij motiverende gespreksvoering toe om barrières en overtuigingen rond medicatiegebruik te exploreren. In de samenwerkingspartner werkt de verpleegkundige interprofessioneel samen met artsen, apothekers en andere zorgverleners om therapietrouw structureel te ondersteunen.

Daarnaast fungeert de verpleegkundige ook als leider door mee te denken over kwaliteitsverbetering en implementatie van innovatieve hulpmiddelen, zoals de in deze bachelorproef ontwikkelde TAT-app en steekkaarten.

Volgens Sabaté, (2003) is langdurige therapietrouw bij chronische aandoeningen sterk afhankelijk van continue ondersteuning, interprofessionele samenwerking en patiëntgerichte begeleiding. Dit impliceert dat verpleegkundige niet enkel uitvoerende taken heeft, maar ook een coördinerende en preventieve functie vervult binnen het zorgproces.

Om deze rol duurzaam te kunnen opnemen, is het noodzakelijk dat verpleegkundigen beleidsmatig ondersteund worden met voldoende tijd, opleiding en praktische instrumenten, zoals de in deze bachelorproef ontwikkelde TAT-app en steekkaarten. Enkel door samenwerking op micro-, meso- en macroniveau, en door de verpleegkundige rol expliciet te erkennen als motor van gezondheidspromotie en persoonsgerichte zorg, kan therapieontrouw bij ouderen structureel worden aangepast.

Ondanks de theoretische onderbouwing en de praktische meerwaarde van de ontwikkelde steekkaarten, bleek de implementatie in de praktijk uitdagender dan initieel verwacht. Tijdens de testfase werd er aanzienlijke weerstand ervaren bij zowel verpleegkundigen als zorgkundigen. Veel zorgverleners gaven aan reeds jarenlang volgens hun eigen routines te werken en beschouwden hun werkwijze als adequaat, waardoor de noodzaak tot verandering niet altijd werd ingezien. Deze vastgeroeste werkwijzen vormden een belangrijke barrière voor het introduceren van de steekkaarten, zelfs wanneer deze gericht waren op kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid.

Daarnaast werd vastgesteld dat de motivatie en bereidheid om nieuwe werkwijzen te integreren bij sommige zorgverleners beperkt was. Bestaande gewoontes en routines bleken sterk verankerd, waardoor verandering als belastend, tijdsintensief of zelfs overbodig werd ervaren. Dit kan geïnterpreteerd worden als een vorm van routinegedrag, waarbij zorgverleners terugvallen op vertrouwde handelingen, zelfs wanneer er nieuwe, potentieel verbeterende interventies worden aangeboden. In sommige gevallen leek er ook sprake van een beperkt gevoel van urgentie, waarbij therapieontrouw niet altijd als een prioritair probleem werd ervaren binnen de dagelijkse zorgpraktijk.

Opvallend hierbij is dat, ondanks het bestaan van duidelijke richtlijnen binnen de instelling omtrent een uniforme medicatiebedeling, deze in de praktijk niet consequent werden nageleefd. Dit wijst op een duidelijke kloof tussen beleid en uitvoering. Hoewel op organisatieniveau ingezet wordt op standaardisatie en veiligheid, blijkt de vertaling naar de werkvloer niet vanzelfsprekend. Gewoontes, persoonlijke voorkeuren en tijdsdruk lijken hierbij een grotere rol te spelen dan de formeel vastgelegde procedures. Dit onderstreept dat het louter ontwikkelen van richtlijnen onvoldoende is om gedragsverandering te realiseren.

Aanvankelijk lag de focus van deze bachelorproef voornamelijk op de oudere zorgvrager en diens therapieontrouw. De veronderstelling was dat gedragsverandering in eerste instantie bij de patiënt moest worden gestimuleerd, met de verpleegkundige in een begeleidende en ondersteunende rol. Uit ervaring is gebleken dat de grootste uitdaging ligt bij de gedragsverandering bij de zorgverleners. Dit inzicht vormde een belangrijke verschuiving in het denken binnen deze bachelorproef.

Deze bevinding onderstreept dat therapieontrouw niet uitsluitend een patiëntgebonden probleem is, maar ook sterk beïnvloed wordt door factoren op het niveau van de zorgverlener en de organisatie. Weerstand tegen verandering, routinegedrag, tijdsdruk en een beperkt probleembesef vormen belangrijke barrières voor een succesvolle implementatie van interventies. Bovendien toont dit aan dat kwaliteitsverbetering in de zorg niet enkel afhankelijk is van de ontwikkeling van nieuwe hulpmiddelen, maar vooral van de mate waarin zorgverleners bereid en in staat zijn om hun gedrag aan te passen.

Daarom kan gesteld worden dat een duurzame aanpak van therapieontrouw niet enkel gericht mag zijn op de patiënt, maar ook expliciet aandacht moet besteden aan gedragsverandering bij zorgverleners. Dit vraagt om bijkomende strategieën zoals sensibilisering rond het belang van therapietrouw, actieve betrokkenheid van het zorgteam bij de ontwikkeling en implementatie van interventies, gerichte opleiding en ondersteuning, en het creëren van voldoende draagvlak binnen de organisatie. Daarnaast is het essentieel om ruimte te voorzien voor feedback en dialoog, zodat zorgverleners zich gehoord voelen en betrokken worden in het veranderingsproces.

Tot slot benadrukt deze ervaring het belang van een gefaseerde en begeleide implementatie, waarbij niet enkel de interventie zelf centraal staat, maar ook het veranderproces binnen het team. Het creëren van eigenaarschap, het zichtbaar maken van meerwaarde in de praktijk en het inspelen op motivatie en barrières bij zorgverleners zijn hierbij cruciale succesfactoren. Zonder deze elementen blijft het risico bestaan dat goed onderbouwde interventies onvoldoende worden toegepast in de dagelijkse zorgpraktijk.

11. Conclusie

Deze bachelorproef bevestigt dat therapietrouw bij ouderen met chronische aandoeningen een complex, multidimensionaal en hardnekkig probleem is dat diep verweven is met medische, psychologische, sociale en organisatorische factoren. De resultaten uit de literatuur tonen duidelijk dat er geen eenvoudige of eenduidige oplossing bestaat: therapietrouw kan enkel duurzaam verbeterd worden via een geïntegreerde, multifactoriële aanpak die rekening houdt met de individuele noden van de oudere patiënt en de context waarin zorg verleend wordt.

Een eerste belangrijke bevinding is dat educatie en kennisverhoging op zichzelf slechts een beperkt effect hebben. Studies zoals die van Jeon et al. (2022) tonen aan dat educatieve programma's pas effectief worden wanneer zij ingebed zijn in bredere gedragsmatige interventies en face-to-face begeleiding. Verpleegkundigen spelen hierin een sleutelrol als educator en coach, waarbij zij niet enkel informatie over medicatie verstrekken, maar deze ook vertalen naar concrete handvatten afgestemd op de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Dit sluit aan bij de bevindingen van Schnorrerova et al. (2025) die benadrukken dat een patiëntgerichte en op maat gemaakte benadering noodzakelijk is om duurzame gedragsverandering te realiseren.

Daarnaast komt uit de literatuur duidelijk naar voren dat gedragsmodellen, zoals het COM-B-model en het Stages of Change-model, een waardevol kader vormen om interventies te structureren. Deze modellen helpen verpleegkundigen om niet enkel symptomen van therapieontrouw te signaleren, maar ook om de onderliggende determinanten (zoals motivatie, capaciteit en omgevingsfactoren) systematisch te analyseren en aan te pakken. Het toepassen van dergelijke modellen in de praktijk kan leiden tot meer gerichte en haalbare strategieën die de kans op succes aanzienlijk vergroten (Schnorrerova et al., 2025).

Een tweede belangrijke vaststelling is dat digitale hulpmiddelen zoals herinneringsapps, sms-berichten en digitale medicatieplanners effectief kunnen bijdragen aan therapietrouw, mits zij eenvoudig, gebruiksvriendelijk en aangepast aan de doelgroep worden ontwikkeld. Het onderzoek van Selcuk et al. (2025) bevestigt dat ouderen baat hebben bij digitale tools die rekening houden met hun cognitieve en fysieke beperkingen, zoals duidelijke visuele signalen, eenvoudige navigatie en praktische reminders. Cruciaal hierbij is dat dergelijke hulpmiddelen niet op zichzelf staan, maar geïntegreerd worden in de bredere verpleegkundige zorgpraktijk. Alleen zo kan voorkomen worden dat technologische oplossingen op termijn hun effect verliezen door een gebrek aan opvolging of aansluiting bij de leefwereld van ouderen.

Verder blijkt dat psychologische en cognitieve factoren, geheugenstoornissen of beperkte gezondheidsvaardigheden een sterke negatieve invloed hebben op therapietrouw. Uit de werken van (Adachi et al., 2025; Ge et al., 2023) blijkt dat patiënten met cognitieve achteruitgang significant lagere therapietrouw vertonen, vooral op het vlak van samenwerking met zorgverleners en het actief zoeken naar informatie. Dit benadrukt de noodzaak van een geïndividualiseerde benadering waarin verpleegkundigen alert blijven voor kwetsbaarheden en extra ondersteuning bieden waar nodig. Ook laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vormen een vaak onderschatte barrière, zoals Boland & van der Velden (2018) aantonen. Dit vraagt van verpleegkundigen een aangepaste communicatie, waarbij eenvoudige taal, visuele hulpmiddelen en herhaling centraal staan.

Voor de verpleegkundige praktijk betekent dit dat therapietrouw enkel duurzaam kan verbeteren via een holistische en patiëntgerichte benadering. Op microniveau houdt dit in dat verpleegkundigen persoonlijke educatie, gedragsmatige ondersteuning en geheugensteuntjes aanbieden die afgestemd zijn op de noden van de individuele patiënt. Op mesoniveau vereist dit structurele inbedding in organisatiebeleid en zorgprocessen, waarbij voldoende tijd, middelen en training voorzien worden om verpleegkundigen in staat te stellen hun rol als educator, motivator en coördinator ten volle op te nemen. Op macroniveau is er nood aan beleidsmatige erkenning van therapietrouw als kwaliteitsindicator, gekoppeld aan investeringen in toegankelijke digitale hulpmiddelen, brede educatiecampagnes en intersectorale samenwerking.

Vanuit kritisch perspectief moeten we echter ook erkennen dat de huidige evidentie beperkingen kent. Hoewel systematische reviews en meta-analyses (Liquori, 2023; Jeon et al., 2022; Wilder et al., 2021) het belang van multifactoriële interventies bevestigen, blijft de methodologische kwaliteit van studies vaak variabel en zijn resultaten niet altijd eenduidig. Verder tonen meerdere auteurs aan dat interventies hun effectiviteit verliezen wanneer zij niet herhaald, aangepast of verankerd worden in de dagelijkse zorgpraktijk. Dit benadrukt het belang van duurzaamheid en continue evaluatie. Een bijkomende uitdaging ligt in de implementatie: zelfs bewezen interventies stranden vaak in de praktijk door organisatorische barrières, beperkte middelen of weerstand tegen verandering.

Samenvattend bevestigt dit eindwerk dat therapieontrouw bij ouderen met chronische aandoeningen enkel effectief aangepakt kan worden door een geïntegreerde strategie die educatie, gedragsmodellen, communicatie, psychologische ondersteuning en digitale hulpmiddelen combineert. Verpleegkundigen bevinden zich in een unieke positie om deze strategieën te implementeren en te verankeren, dankzij hun nabijheid tot de patiënt en hun centrale rol in de coördinatie van zorg. De ontwikkeling van praktische hulpmiddelen, zoals de TAT-app en steekkaarten binnen dit project, vormt een concrete stap richting duurzame verbetering van therapietrouw en kan bijdragen aan betere gezondheidssuitkomsten, verhoogde levenskwaliteit en een efficiënter gebruik van zorgmiddelen.

Deze bachelorproef toont aan dat therapieontrouw niet enkel een patiëntgebonden probleem is, maar ook sterk samenhangt met het gedrag en de attitude van zorgverleners. Zonder voldoende draagvlak en bereidheid tot verandering binnen het zorgteam blijft de implementatie van zelfs goed onderbouwde interventies een belangrijke uitdaging.

Message to take home: Met deze combinatie van educatie, communicatie, gedragsveranderingstechnieken en digitale ondersteuning willen we een brug slaan tussen zorgverlener en patiënt, zodat medicatie-inname niet enkel wordt gecontroleerd, maar vooral ook begrepen en gedragen – een aanpak die bewezen effectiever is op lange termijn. Verpleegkundigen gewapend met praktische tools en theoretische kaders, kunnen het verschil maken in de strijd tegen therapieontrouw bij ouderen!

12. Referentielijst

- Adachi, T., Tsunekawa, Y., & Tanimura, D. (2025). Association between cognitive impairment and medication adherence score, including psychological aspects in older patients with cardiovascular disease. *Geriatric Nursing*, 62, 229–235. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.02.016>
- Agarwal, S., Chin, W. Y., Vasudevan, L., Henschke, N., Tamrat, T., Foss, H. S., Glenton, C., Bergman, H., Fønhus, M. S., Ratanaprayul, N., Pandya, S., Mehl, G. L., & Lewin, S. (2025). Digital tracking, provider decision support systems, and targeted client communication via mobile devices to improve primary health care. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2025, Issue 4). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012925.pub2>
- Baby, B., McKinnon, A., Patterson, K., Patel, H., Sharma, R., Carter, C., Griffin, R., Burns, C., Chang, F., Guilcher, S. J. T., Lee, L., Fadaleh, S. A., & Patel, T. (2024). Tools to measure barriers to medication management capacity in older adults: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 24(1) Article 187. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04893-7>
- Belete, A. M., Melese, D. M., Asefa, A., Aynalem, Y. A., Bewket, B., Shiferaw, W. S., & Yazie, T. S. (2024). The effectiveness of short mobile phone text message reminders compared to usual care on medication adherence in patients with hypertension: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 13(1), Article 54. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02394-z>
- Ben Tiggelaar. (2005). *Dromen durven doen*. Unibook-Het spectrum.
- Boland, G. M., & van der Velden, J. J. C. (2018). Samenwerken aan veilig medicijngebruik bij laaggeletterde patiënten in de eerste lijn. *Bijblijven*, 34(3–4), 299–308. <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0300-z>
- Butterworth, J. E., Hays, R., McDonagh, S. T. J., Richards, S. H., Bower, P., & Campbell, J. (2019). Interventions for involving older patients with multi-morbidity in decision-making during primary care consultations. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2019, Issue 10), Article CD013124 John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013124.pub2>
- Cross, A. J., Elliott, R. A., Petrie, K., Kuruvilla, L., & George, J. (2020). Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2020, Issue 5). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012419.pub2>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *The General Causality Orientations Scale: Self-Determination in Personality*. *Journal of Research in Personality*, 19(2), 109–134. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(85\)90023-6](https://doi.org/10.1016/0092-6566(85)90023-6)
- G. Liquori, S. D. N. G. (2023). *Elderly patients with multimorbidity in the home setting: umbrella review on therapeutic non-adherence causes*. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 27(19), 9234–9247. https://doi.org/10.26355/eurrev_202310_33951
- Ge, L., Heng, B. H., & Yap, C. W. (2023). Understanding reasons and determinants of medication non-adherence in community-dwelling adults: a cross-sectional study comparing young and older age groups. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09904-8>
- Han, X., & Ding, F. (2024). *Han-Health Management and Drug Self-management Education in the Control of Chronic Diseases ALTERNATIVE THERAPIES, [E-PUB AHEAD OF PRINT] The Application of Health Management and Drug Self-management Education in the Control of Chronic Diseases in the Elderly: A Retrospective Study ORIGINAL RESEARCH*.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). PATIENTS' BELIEFS ABOUT PRESCRIBED MEDICINES AND THEIR ROLE IN ADHERENCE TO TREATMENT IN CHRONIC PHYSICAL ILLNESS. In *Journal of Psychosomatic Research* (Vol. 47, Issue 6).
- Huesken, A., Hoffmann, R., & Ayed, S. (2021). Persistent effect of nurse-led education on self-care behavior and disease knowledge in heart failure patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(2), 161–167. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.03.002>
- Jeon, H. O., Chae, M. O., & Kim, A. (2022). Effects of medication adherence interventions for older adults with chronic illnesses: a systematic review and meta-analysis. In *Osong Public Health*

- and Research Perspectives (Vol. 13, Issue 5, pp. 328–340). Korea Centers for Disease Control and Prevention. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2022.0168>
- Kramers, C. (2019). Minderen met medicijnen, bij wie en hoe? *Huisarts En Wetenschap*, 62(11), 53–55. <https://doi.org/10.1007/s12445-019-0310-9>
- Kruoch, Z., Amin, P., Shelton, E., Zimmerman, A. B., Stephey, E., Hunter, M., Downie, L. E., & Qureshi, R. (2025). Multifaceted behavioral interventions to improve topical glaucoma therapy adherence in adults. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2025, Issue 6). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015788.pub2>
- Mackridge, A. J., Wood, E. M., & Hughes, D. A. (2025). Improving medication adherence in the community: a purposive umbrella review of effective patient-directed interventions that are readily implementable in the United Kingdom National Health Service. In *International Journal of Clinical Pharmacy* (Vol. 47, Issue 3, pp. 640–653). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s11096-025-01885-4>
- Marcum, Z. A., Hanlon, J. T., & Murray, M. D. (2017). Improving Medication Adherence and Health Outcomes in Older Adults: An Evidence-Based Review of Randomized Controlled Trials. In *Drugs and Aging* (Vol. 34, Issue 3, pp. 191–201). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s40266-016-0433-7>
- Marieke Verlaan-Snieders. (2018). Weekdoos verbetert therapietrouw bij ouderen. *Huisarts en wetenschap*, 1.
- Mendorf, S., Teschner, U., Lehmann, T., Prell, T., & Mühlhammer, H. M. (2023). Tailored interventions to improve adherence to medication in elderly patients with Parkinson's disease: a study protocol for a randomized controlled trial (AdhCare). *Trials*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07663-9>
- Mertens, B., Kwint, H. F., Eekhof, J., van Marum, R., & Bouvy, M. (2021). Medicatie op rol voor de thuiswonende oudere patiënt. *Huisarts En Wetenschap*, 65(1), 33–36. <https://doi.org/10.1007/s12445-021-1351-4>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. In *Journal of Clinical Hypertension* (Vol. 10, Issue 5, pp. 348–354). <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
- Peh, K. Q. E., Kwan, Y. H., Goh, H., Ramchandani, H., Phang, J. K., Lim, Z. Y., Loh, D. H. F., Østbye, T., Blalock, D. V., Yoon, S., Bosworth, H. B., Low, L. L., & Thumboo, J. (2021). An Adaptable Framework for Factors Contributing to Medication Adherence: Results from a Systematic Review of 102 Conceptual Frameworks. In *Journal of General Internal Medicine* (Vol. 36, Issue 9, pp. 2784–2795). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06648-1>
- Pitchalard, K., Moonpanane, K., Wimolphan, P., Singkhorn, O., & Wongsurapakit, S. (2022). Implementation and evaluation of the peer-training program for village health volunteers to improve chronic disease management among older adults in rural Thailand. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(3), 328–333. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.06.011>
- Ploeg, E. S. van der., & Gobbens, R. J. J. . (2016). *Werken met thuiswonende kwetsbare ouderen* (6(1), 3–5.). Bohn Stafleu Van Loghum.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Ruggeri, S. Y., Emerson, A., & Russell, C. L. (2023). A concept analysis of routines for improving health behaviors. In *International Journal of Nursing Sciences* (Vol. 10, Issue 3, pp. 277–287). Chinese Nursing Association. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.06.004>
- Sabaté, Eduardo. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
- Savini, S., Iovino, P., Monaco, D., Marchini, R., Di Giovanni, T., Donato, G., Pulimeno, A., Matera, C., Quintavalle, G., & Turci, C. (2021). A family nurse-led intervention for reducing health services' utilization in individuals with chronic diseases: The ADVICE pilot study. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(3), 264–270. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.001>

- Schnorrerova, P., Matalova, P., & Wawruch, M. (2025). Medication Adherence and Intervention Strategies: Why Should We Care. In *Bratislava Medical Journal*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s44411-025-00227-0>
- Schönfeld, M. S., Pfisterer-Heise, S., & Bergelt, C. (2021). Self-reported health literacy and medication adherence in older adults: A systematic review. In *BMJ Open* (Vol. 11, Issue 12). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056307>
- Selcuk, A., Soydan, S., Atmis, V., Yalcin, A., Bozkir, A., & Varli, M. (2025). Development of content for a mobile application aimed to increase medication adherence among older adults. *BMC Geriatrics*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05994-7>
- Sheilini, M., Hande, H. M., Prabhu, M. M., Pai, M. S., & George, A. (2019). Impact of multimodal interventions on medication nonadherence among elderly hypertensives: A randomized controlled study. *Patient Preference and Adherence*, 13, 549–559. <https://doi.org/10.2147/PPA.S195446>
- Shewart Walteren Deming Edward. (2025). *The foundation and history of the PDSA Cycle*.
- Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T., & Fortin, M. (2021). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2021, Issue 1). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub4>
- Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42(3), 241–247. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00130-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00130-9)
- Wang, Y., Wong, E. L. Y., Qiu, H., Cheung, A. W. L., Tang, K. S., & Yeoh, E. K. (2024). The influence of written medication reminder on patient experience among older adult patients: a repeat cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05253-1>
- Wang, Y., & Zheng, S. (2016). *Research on the Application of PDCA Theory in Nursing Quality Management*.
- Wilder, M. E., Kulie, P., Jensen, C., Levett, P., Blanchard, J., Dominguez, L. W., Portela, M., Srivastava, A., Li, Y., & McCarthy, M. L. (2021). The Impact of Social Determinants of Health on Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. In *Journal of General Internal Medicine* (Vol. 36, Issue 5, pp. 1359–1370). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06447-0>

13 Bijlagen

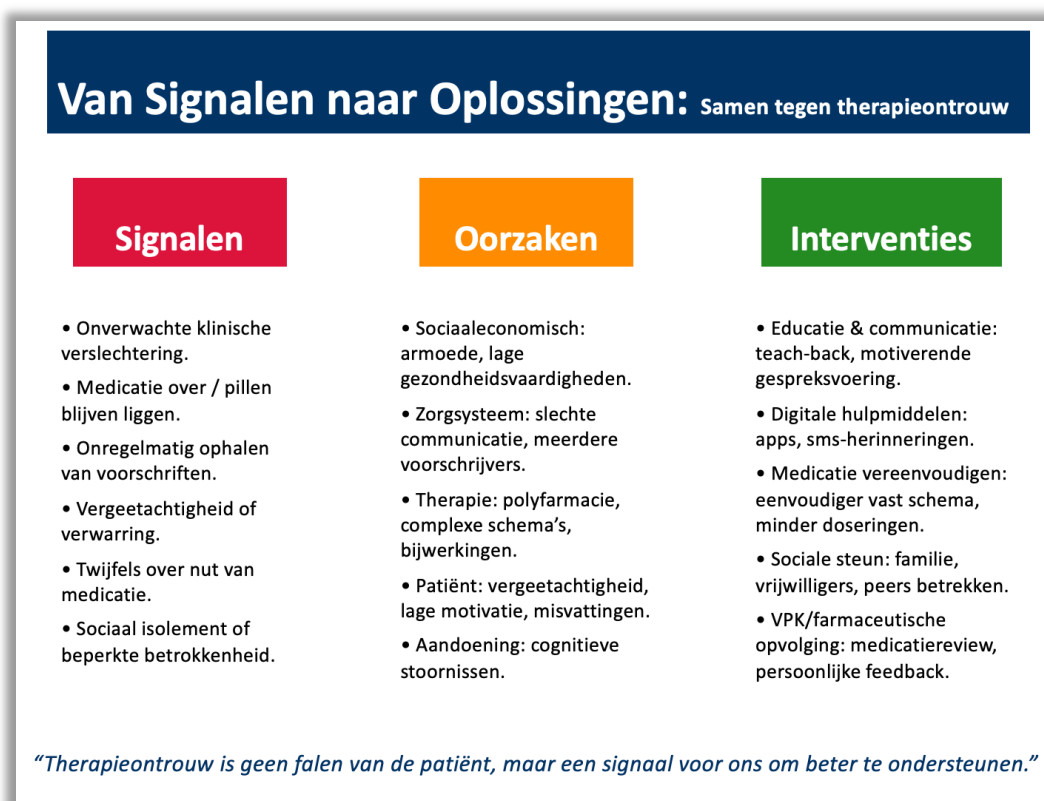
13.1 Bijlage 1: Didactisch overzicht: “van signalen naar oplossingen”

Dit overzicht vertaalt de kernboodschap van deze bachelorproef naar de dagelijkse verpleegkundige praktijk. Therapieontrouw bij ouderen met chronische aandoeningen is geen op zichzelf staand probleem, maar het resultaat van een samenspel van signalen, onderliggende oorzaken en contextuele factoren. Door signalen tijdig te herkennen en te koppelen aan mogelijke oorzaken, kunnen zorgverleners gericht en effectiever ingrijpen.

Het benadrukt dat therapieontrouw niet gezien mag worden als een tekortkoming van de patiënt, maar als een belangrijk alarmsignaal binnen het zorgproces. Vanuit een multidimensionale benadering – zoals beschreven door Sabaté (2003)– wordt duidelijk dat interventies pas succesvol zijn wanneer zij afgestemd zijn op de individuele patiënt, diens leefwereld en de organisatie van zorg.

Met deze visuele samenvatting willen we zorgverleners sensibiliseren om therapieontrouw bespreekbaar te maken, multidisciplinair te benaderen en verpleegkundige interventies doelgericht in te zetten. Zo vormt het een laagdrempelige herinnering aan de sleutelrol van verpleegkundigen in het bevorderen van therapietrouw en persoonsgerichte zorg.

Onderstaande overzicht kan gebruikt worden tijdens medicatiereviews, opnamegesprekken, multidisciplinair overleg of bij signalen van klinische verslechtering zonder duidelijke oorzaak. Door het systematisch te integreren in bestaande zorgmomenten wordt therapietrouw een vast aandachtspunt binnen de dagelijkse verpleegkundige praktijk, eerder dan een ad-hoc-interventie.



Figuur 27: didactisch overzicht: eigen ontwerp, Ceulemans-Mioc (2026)

