

Plan van aanpak afstudeeronderzoek

Vroegsignalering therapieontrouw kwetsbare oudere met somatische aandoeningen in de wijk



Student: Liesbeth den Besten – van Asperen
Opleiding: HBO-V Capabel Hogeschool
Groep: VKVD-LP05-RTD
Cohort: VSVD 1920
Versie: Afstudeeronderzoek plan van aanpak versie 5
Datum: 06-10-2020



Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inleiding.....	3
Leeswijzer.....	3
1. Aanleiding	4
2. Opdrachtgever	4
3. Verpleegkundige relevantie	5
4. Maatschappelijke relevantie	5
5. Doelstelling en eindresultaat (de eindproducten).....	6
5.1 Doelstelling.....	6
5.2 Eindresultaat.....	7
6. Probleemanalyse en probleemstelling	7
6.1 Centrale vraagstelling.....	8
6.2 Deelvragen	8
7. Invalshoeken/ Ontwikkelingslijnen	9
8. Randvoorwaarden en risicoanalyse	10
9. Theoretisch kader	10
10. Onderzoeksmethoden	13
10.1 Onderzoeksmethode(n).....	14
10.2 Onderzoekspopulatie.....	14
10.3 Data-analyse methoden.....	15
10.4 Betrouwbaarheid en validiteit	15
11. Globale planning c.q. activiteitenoverzicht.....	16
Concept inhoudsopgave scriptie	16
Bronnen- en literatuurlijst.....	17
Bijlage 1: Zoektermen	18

Samenvatting

Kwaliteit van zorg en die verbeteren, dit zijn items die in mij verankerd zijn. Ik vind dit een leuk onderwerp om mee bezig te zijn in mijn dagelijkse praktijk. Het is voor mij een uitdaging en ik zie het ook als een sport die mijn werkplezier vergroot.

Aanleiding

De aanleiding voor dit onderzoek is een casus die speelde bij een client van mij. Ik ben een doorgewinterde verpleegkundige en heb mijn organisatie en zorg voor de cliënten onder controle. Deze casus (na 6 jaar een eigen thuiszorgorganisatie te hebben) verbaasde me. Hoe kon het dat dit gebeurde terwijl ik dacht alles goed onder controle te hebben en hoe is dit te voorkomen of vroegtijdig te signaleren? Een intelligente client die eigen regie nam en wilde wat betreft medicatie inname, hierin ondersteund werd middels een baxterrol en wat toch niet ging zoals bedoeld was met de nodige gevolgen van dien.

Methode

Dit onderwerp wil ik onderzoeken, welke theorie is er over bekend, hoe vaak komt dit voor bij somatisch kwetsbare ouderen in de wijk, wat zijn oorzaken en gevolgen van therapieontrouw en wat hebben verpleegkundigen nodig om dit zo vroeg mogelijk in kaart te krijgen en zijn er ook modellen en richtlijnen over te vinden? Is een model of richtlijn afdoende of is er meer nodig? Een ruime meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden (85 procent) heeft in haar werk te maken met patiënten die hun geneesmiddelen niet goed gebruiken. (Deze info is afkomstig uit onderzoek van het Nivel juni 2017 'Bevorderen van therapietrouw door verpleegkundigen en verzorgenden').

Beoogde informatie

Door middel van theoretisch onderzoek en kwantitatief onderzoek onder verpleegkundigen, wil ik inzicht krijgen in dit fenomeen en oplossingsrichtingen vinden om problemen met het nemen van geneesmiddelen aan te pakken die passend zijn in de wijkverpleging en die ik wil implementeren binnen Adequaat Thuiszorg.

Inleiding

Wie wil dat niet, zo optimaal mogelijk oud worden? Als je kracht fysiek en mentaal zwakker wordt en je zo lang als het maar enigszins kan thuis wil blijven wonen, wie houdt jou goed in de gaten? Wie houdt een scherpe blik op je wanneer je niet verstandig handelt, je zaken zoals medicatie inname vergeet, je de afgesproken behandeling liever toch niet volgt en dat niet onder ogen wilt zien en het probeert te verdoezelen?

Mijn naam is Liesbeth en ik ben verpleegkundig eigenaar van Adequaat Thuiszorg. Mijn missie is om cliënten ondersteuning te bieden zodat zij zolang mogelijk in hun eigen woning kunnen blijven wonen met een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg. In mijn 26 jarig werkzame leven als verpleegkundige heb ik veel gezien. Veel goede zaken en ook zaken in zorgverlening en processen die droevig eindigden voor sommige cliënten. Door deze ervaringen is bij mij de drive ontstaan om een thuiszorgorganisatie op te zetten met en er kwalitatief hoogwaardige zorg te bieden met een scherpe blik op preventie. Vandaar mijn bedrijfsnaam: Adequaat Thuiszorg. Adequate zorgverlening, vroeg signalering en in een zo vroeg mogelijk stadium doorpakken om erger te voorkomen.

Dit is de motivatie voor mijn bedrijfsvoering en mede voor dit onderzoek. Mijn gedachte was dat ik mijn bedrijfsvoering goed op orde had en dat alles geregeld was. Totdat ik tegen een casus aanliep waarvan ik schrok dat ik die niet eerder onderkend had. Middels mijn afstudeerscriptie wil ik onderzoek doen naar wat er nodig is en kan helpen om zulke zaken te voorkomen en wat is er nodig in de bedrijfsprocessen om hierin vroeg te kunnen signaleren?

Leeswijzer

De vraagstellingen zijn beantwoord door middel van literatuurverkenning en een online vragenlijstonderzoek. In mijn scriptie staan de resultaten van de literatuurverkenning centraal en resultaten van de het vragenlijstonderzoek. Als laatste worden conclusies getrokken op basis van een synthese van de diverse onderzoekonderdelen.

1. Aanleiding

De aanleiding voor dit onderzoek is een casus met een client. Een intelligente meneer van 87 jaar oud, in zijn werkzame leven was hij directeur van een luchtvaartmaatschappij. Deze client heeft in de achterliggende paar jaar een paar TIA's doorgemaakt. Deze meneer stelde zijn medicijn inname uit, legde zijn medicatie op een andere plaats en vergat deze uiteindelijk waardoor hij deze niet meer innam.

Meneer had bloedverdunders die hij door zijn aanpak zeer regelmatig niet binnen kreeg. Hij kreeg een paar maal een TIA. Ik heb niet helder kunnen krijgen of dit verband hield met zijn aanpak qua medicatie inname, toch heb ik wel een sterk vermoeden dat er verband is tussen deze twee zaken. Deze situatie besprak ik met meneer en zijn wens was om toch zelf de regie te houden over zijn medicatie (middels baxterrol). Wij spraken met elkaar af dat wij bij ieder zorgmoment hem zouden herinneren aan zijn medicijnen om hem zoveel mogelijk regie te laten houden. Na deze afspraak bleek dat meneer alsnog medicatie niet innam, we vonden medicijnen in de zak van zijn badjas.

Dit soort situaties wil ik graag voor zijn.

2. Opdrachtgever

- 1) Type organisatie (NGO, eenmanszaak, etc.)
- 2) Oprichting eventueel de oprichter
- 3) De vestiging
- 4) De omvang van de organisatie (aantal vestigingen, transacties, winst, etc.)
- 5) Het aantal medewerkers
- 6) Uitvoeringswijze van de kernactiviteiten
- 7) De huidige situatie
- 8) Actuele ontwikkelingen in de omgeving
- 9) Actuele ontwikkelingen binnen de organisatie

Adequaat Thuiszorg is een eenmanszaak met verschillende verpleegkundigen die in de zorg participeren. Adequaat Thuiszorg is door mijn persoon opgezet in 2014 en is gevestigd aan de P.C. Boutenssingel 26 in Capelle aan den IJssel.

Ik heb er voor gekozen om Adequaat Thuiszorg heel kleinschalig te houden en niet verder uit te breiden kwa personeel. Op dit moment heb ik een HBO-V verpleegkundige in dienst en werk ik samen met 2 collega ZZP'ers. Wij komen met maximaal 4 medewerksters achter de voordeur van een client. Mijn collega en ik hebben jarenlange ervaring in de ziekenhuiszorg (22 jaar) daarnaast heb ik diverse leidinggevende functies gehad en ben verantwoordelijk geweest voor beleid en projecten. Adequaat Thuiszorg heeft een gezonde bedrijfsvoering en is winstgevend. Op zorgkaart Nederland scoort Adequaat Thuiszorg hoog, daar ben ik heel blij mee.

Door mijn jarenlange ervaring, het geringe aantal medewerksters en de korte lijntjes die ik heb met o.a. huisartsen, kan ik verschil maken ten opzichte van andere organisaties. Ik kan verschil maken in preventie, in de kwaliteit van zorg. Ik werk sinds 6 jaar op deze manier. Begin dit jaar heb ik een digitaal cliëntendossier ingevoerd, dit werkt erg prettig en praktisch. Ik lees en hoor dat er ontwikkelingen komen in het huidige zorgstelsel. Dit kan grote invloed hebben op mijn bedrijfsvoering. Ik volg deze ontwikkelingen nauwlettend. Stilstand is achteruitgang, ik wil graag in beweging blijven en mijn best doen om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren.

3. Verpleegkundige relevantie

De verpleegkundige dient methodisch te werken. In de praktijk wordt dit het verpleegkundig proces genoemd. Wanneer je methodisch werkt kun je weldoordacht handelen en de verleende zorg beargumenteren. Op die manier kan er zo efficiënt en effectief mogelijk gewerkt worden om zo het vooraf gestelde doel te bereiken.

Vroeg signalering is van groot belang om gezondheidsproblemen bij de client te voorkomen (secundaire preventie).

Een van de taken van een verpleegkundige is (Canmeds ..?) om de gezondheid te bevorderen en volgens de richtlijnen en verpleegkundig proces te werken.

Gevolgen therapieontrouw

Het grootste gevolg van therapieontrouw is dat de symptomen bij de client niet verlicht worden of dat de aandoening niet geneest. Dit heeft te maken met dat de therapieontrouw ervoor zorgt dat de ingenomen medicatie minder goed zijn werk kan doen. Er kunnen ook ongewenste bijwerkingen optreden als geneesmiddelen niet goed worden gebruikt.

Afhankelijk van de ernst van de aandoening en het soort geneesmiddel dat de cliënt gebruikt, zijn de risico's van therapieontrouw meer of minder ernstig. Zo kan het vergeten van een geneesmiddel tegen epilepsie ernstigere gevolgen hebben dan het overslaan van een pijnstillertje.

Uit onderzoek is gebleken

dat door vroegtijdig stoppen met cholesterolverlagende middelen er jaarlijks vierhonderd mensen met een hartaanval worden opgenomen.

Therapieontrouw heeft z'n uitwerking op diverse niveaus. Zie kopje 6 probleemanalyse en probleemstelling de gevolgen op microniveau.

(Niet alleen direct gevolgen voor de cliënt zelf. Als er bijvoorbeeld gekeken wordt naar antibioticagebruik zorgt het niet goed afmaken van antibiotica voor resistentie. Hierdoor moeten er bij een nieuwe infectie zwaardere en duurdere antibiotica gebruikt worden en deze resistentie kan in ziekenhuizen aan andere patiënten gegeven worden wat kan leiden tot ernstig zieke patiënten. Een bekend voorbeeld van zo'n bacterie is de MRSA bacterie.

Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in vroegsignalering en preventie. De kwaliteit van zorg wordt hiermee aanzienlijk verhoogd.)

4. Maatschappelijke relevantie

Waarom preventie/ vroeg signalering?

Preventie van ziekte wordt steeds belangrijker. Het aantal mensen met een chronische ziekte groeit zo hard, dat de gezondheidszorg onbetaalbaar wordt. Het RIVM voorziet een stijging van 5,3 miljoen chronisch zieken in 2011 naar 7 miljoen in 2030. In de helft van de gevallen is de chronische ziekte gerelateerd aan een ongezonde leefstijl. Er valt veel gezondheidswinst te boeken door mensen te stimuleren tot een gezondere manier van leven. De technologische ontwikkelingen maken het mogelijk dat mensen veel meer zelf de regie gaan voeren over hun gezondheid. Er komen steeds meer apps en apparaten op de markt waarmee mensen in de thuissituatie relevante waardes zelf kunnen meten en volgen, gezonder kunnen leven en zo preventie zelf ter hand kunnen nemen.

Het huidige zorgstelsel stimuleert preventie niet.

Het preventiebeleid in Nederland komt moeilijk van de grond. In ons zorgstelsel ontbreekt een regisseur voor preventie. Het Nederlandse zorgstelsel is ingesteld op ziekte. Zodra mensen ziek worden, is duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Zorgverleners krijgen betaald voor het

behandelen van zieke mensen. Als artsen of andere hulpverleners door een goed gesprek voorkomen dat er zorg wordt geleverd, dan krijgen ze daar niet voor betaald. Het stelsel prikkelt dus niet tot de inzet op preventie.

Initiatieven voor preventie

Toch zijn er wel veel initiatieven op het gebied van preventie. Ziekenhuizen willen verantwoordelijkheid nemen voor de gezondheid van de bevolking in hun werkgebied. Specialisten gaan de wijk in en geven voorlichting aan huisartsen en andere zorgverleners in de eerstelijnszorg. Wijkverpleegkundigen proberen mensen aan te zetten tot gezonder gedrag. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders experimenteren met populatiebepaling, waarbij ze verantwoordelijkheid nemen voor gezondheid van de bevolking in een gebied. Gemeenten richten zich op risicogroepen, zoals jeugdigen met een risico op overgewicht, mensen met een verhoogd risico op diabetes, vroeg signalering van overbelasting bij mantelzorgers van thuiswonende ouderen met dementie. Knelpunt bij dit soort initiatieven is dat de baten van deze investeringen door gemeenten terecht komen bij zorgverzekeraars. Het lijkt dan ook redelijk dat zij mee betalen aan preventie. Samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten staat echter nog in de kinderschoenen.

De zorgkosten zijn de laatste jaren fors aan het stijgen door de vergrijzing. Dit is een belangrijke reden geweest om in de 2015 de transitie in de zorg door te voeren. Wij hebben als verpleegkundigen de verantwoordelijkheid om efficiënt en doelmatig te werken, verspillingen tegen te gaan en bewust te zijn van de maatschappelijke kosten.

Medicatieontrouw zorgt voor een toename in de zorgkosten. Door adequaat te anticiperen kunnen wij kostenbewust acteren en dure (ziekenhuis) zorg voorkomen.

Wanneer hierop gefocust wordt gaat dit veel geld besparen voor de gezondheidszorg en daarmee voor de maatschappij.

5. Doelstelling en eindresultaat (de eindproducten)

In onze huidige manier van werken laten we vooral zoveel als mogelijk de regie bij de client. Hoe bewerkstelligen dat we zoveel mogelijk regie bij de client laten en toch de touwtjes strak houden zodat medicatieontrouw voorkomen wordt of zo vroeg als mogelijk gesignaleerd wordt?

Het doel is: Inzicht om te kunnen sturen en daarmee **preventief** te kunnen werken.

Het eindresultaat/product:

- Uitgangspunten methodisch handelen
- Werkwijze intercollegiale toetsing
- Handleiding voor begeleiding

5.1 Doelstelling

De doelstelling is om inzichtelijk te krijgen welke competenties van wezenlijk belang zijn en verder ontwikkeld dienen te worden binnen Adequaat thuiszorg om medicatieontrouw binnen 3 weken na start van zorg te signaleren en daarop te anticiperen zodat de client medicatietrouw wordt.

5.2 Eindresultaat

Het eindresultaat/product:

- Competentieprofiel voor vroegtijdige signalering therapieontrouw
- Handleiding voor begeleiding
- Routine opbouwen in motiverende gespreksvoering

6. Probleemanalyse en probleemstelling

De verpleegkundige ZZP'er heeft een belangrijke rol in de totale gezondheid van de client. Zij draagt verantwoordelijkheid ten aanzien van preventie en vroeg signalering. Uiteindelijk is de client eigenaar van het probleem maar de verpleegkundige moet in staat zijn problemen te voorkomen. Zij is namelijk gezondheidsbevorderaar (Canmedsrol 5) en de professional en kwaliteitsbevorderaar (Canmedsrol 7). In deze casus is in een vroeger stadium de medicatie besproken. Nadat wij medicatie vonden van een paar dagen daarvoor is meneer overgegaan op een baxterrol. Dit loste het probleem niet op. Er is meer nodig om te voorkomen dat meneer belangrijke medicatie niet inneemt. Bij meneer zijn er onderliggende oorzaken die er aan bijgedragen hebben dat meneer zijn medicatie niet innam. Dit is een grijs gebied waar ik heel graag grip op wil hebben. Ik wil onderzoeken wat die onderliggende oorzaken kunnen zijn en hoe daarop te anticiperen is en hoe vroeg signalering mogelijk is.

Wanneer dit probleem anders en eerder wordt aangepakt blijven we niet achter de feiten aanlopen, wat gevolgen heeft voor meneer en voor ons en voor de maatschappij, maar kunnen we bijdragen aan kwaliteit van zorg en gezondheid en welbevinden bevorderen en werkt het kostenbesparend voor de maatschappij.

Dit fenomeen heeft invloed op diverse niveaus;

Macroniveau

Waarom preventie/ vroeg signalering?

Preventie van ziekte wordt steeds belangrijker. Het aantal mensen met een chronische ziekte groeit zo hard, dat de gezondheidszorg onbetaalbaar wordt. Het RIVM voorziet een stijging van 5,3 miljoen chronisch zieken in 2011 naar 7 miljoen in 2030. In de helft van de gevallen is de chronische ziekte gerelateerd aan een ongezonde leefstijl. Er valt veel gezondheidswinst te boeken door mensen te stimuleren tot een gezondere manier van leven. De technologische ontwikkelingen maken het mogelijk dat mensen veel meer zelf de regie gaan voeren over hun gezondheid. Er komen steeds meer apps en apparaten op de markt waarmee mensen in de thuissituatie relevante waardes zelf kunnen meten en volgen, gezonder kunnen leven en zo preventie zelf ter hand kunnen nemen.

Het huidige zorgstelsel stimuleert preventie niet.

Het preventiebeleid in Nederland komt moeilijk van de grond. In ons zorgstelsel ontbreekt een regisseur voor preventie. Het Nederlandse zorgstelsel is ingesteld op ziekte. Zodra mensen ziek worden, is duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Zorgverleners krijgen betaald voor het behandelen van zieke mensen. Als artsen of andere hulpverleners door een goed gesprek, voorkomen dat er zorg wordt geleverd, dan krijgen ze daar niet voor betaald. Het stelsel prikkelt dus niet tot de inzet op preventie.

Mesoniveau

Therapieontrouw is een relevant fenomeen voor huisartsen, zij schrijven in Nederland 80% van alle receptplichtige geneesmiddelen voor. Er is al veel bekend over de manier waarop de (huis)arts therapietrouw kan bevorderen. Een echte dialoog met de patiënt over het daadwerkelijk gebruik van de medicatie is daarbij het belangrijkste middel. Ondanks alle aandacht voor patiëntgerichte communicatie, gaat de huisarts deze dialoog vaak uit de weg. Huisartsopleidingen trainen hun aiOS sinds jaar en dag in patiëntgerichte communicatie en

tijdschriften publiceren er regelmatig over. Zo publiceerde Huisarts & Wetenschap in 2013 'Medicatie-trouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie'. Er is dus al geruime tijd veel informatie beschikbaar over 'hoe het moet', maar ook de Nederlandse huisarts past de kunst van het voorschrijven blijkens onderzoek weinig toe. Het NIVEL heeft in 2010 aan huisartsen gevraagd wat hen ervan weerhoudt therapietrouw met hun patiënten te bespreken. De uitkomst hiervan wil ik verder uitwerken in mijn scriptie.

Microniveau

Therapieontrouw heeft niet alleen direct gevolgen voor de cliënt zelf. Als er bijvoorbeeld gekeken wordt naar antibioticagebruik zorgt het niet goed afmaken van antibioticakuren voor resistentie. Hierdoor moeten er bij een nieuwe infectie zwaardere en duurdere antibiotica gebruikt worden en deze resistentie kan in ziekenhuizen leiden tot ernstig zieke patiënten. Een bekend voorbeeld van zo'n bacterie is de MRSA bacterie.

Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in vroegsignalering en preventie. De kwaliteit van zorg wordt hiermee aanzienlijk verhoogd.

6.1 Centrale vraagstelling

Welke competenties heeft de verpleegkundig ZZP'er nodig, om therapieontrouw vroegtijdig te signaleren en daarop te anticiperen bij kwetsbare ouderen met somatische aandoeningen in de thuiszorg, om kwaliteit van zorg en de gezondheid te bevorderen?

6.2 Deelvragen

Literatuuronderzoek:

1. Wat zijn de meest voorkomende somatische aandoeningen bij kwetsbare ouderen van 80+ in de wijk?
2. Wat is therapieontrouw en welke redenen liggen daaraan ten grondslag bij kwetsbare ouderen in de wijk?
3. In welke fase van therapie wordt therapieontrouw bij kwetsbare ouderen in de wijk doorgaans gesignaleerd?
4. Wat zijn de gevolgen van therapieontrouw op microniveau bij kwetsbare ouderen in de wijk?

Praktijkonderzoek:

5. Op welke wijze signaleert de verpleegkundige therapieontrouw bij kwetsbare ouderen in de wijk?
6. Welke instrumenten worden gebruikt om therapieontrouw bij kwetsbare ouderen in de wijk te kunnen signaleren?
7. Welke EBP interventies zijn er om therapieontrouw bij kwetsbare ouderen in de wijk te signaleren?
8. Welke aspecten zijn van belang in de attitude, kennis en vaardigheden van de verpleegkundige wanneer er sprake is van therapieontrouw bij kwetsbare ouderen in de wijk, om gedragsverandering te bewerkstelligen?

7. Invalshoeken/ Ontwikkelingslijnen

Er zijn meerdere disciplines die te maken hebben met medicatieontrouw van de client. Dat zijn: De huisarts, apotheker, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, verzorgenden, praktijkondersteuners en de mantelzorgers.

Vanuit de studie HBO-V bij Capabel Hogeschool zijn er diverse ontwikkelingslijnen die van belang zijn in dit onderzoek en samenkomen. In genoemde lijnen worden ook de rollen van betrokken partijen benoemd op micro-, meso- en macro niveau.

Ontwikkelingslijn 2: Anatomie, fysiologie en pathologie

De verpleegkundige monitort voortdurend de gezondheidstoestand van haar cliënten onder andere door de verbale en non-verbale uitingen van haar cliënten en haar observaties te toetsen aan de kennis die zij heeft van anatomie, fysiologie en de symptomatologie van de pathologie.

Het doel is voorkomen van ziekte, of verergering van ziekte en complicaties.

Ontwikkelingslijn 4: Preventie en gezondheidsbevordering

Het doel van deze ontwikkelingslijn is inzicht te verkrijgen en vaardigheden aan te leren om dit thema toe te passen. Deze kennis stelt de verpleegkundige in staat om **doelgericht haar werk uit te voeren**. Overstijgend aan deze kennis **kent zij de (inter)nationale opvattingen over gezondheid en gezond gedrag en de relatie met preventie en gezondheidsbevordering op micro, meso en macro niveau**.

Ontwikkelingslijn 6: Maatschappelijke ontwikkelingen

Een belangrijke vraag die de verpleegkundige zich steeds moet stellen is hoe om te gaan met de sociaal demografische ontwikkelingen die invloed hebben op de zorg zoals; de (dubbele) vergrijzing, maatschappelijke participatie, **kosten en baten van de gezondheidszorg, zelfbeschikking en zelfzorg**.

Ontwikkelingslijn 9: Uitvoeren van werkprocessen

In deze ontwikkelingslijn staan de uitvoering, organisatie en regie van de werkprocessen centraal. De verpleegkundige zorg wordt **methodisch gepland, gemonitord en vastgelegd** in het zorgplan.

Ontwikkelingslijn 11: Onderzoeksvaardigheden

De student leert zich het principe van evidence based practice (EBP) eigen te maken. Aan het einde van de opleiding kan de student een **wetenschappelijk onderzoek vinden, interpreteren en beoordelen of deze voor de eigen praktijk bruikbaar is**. Ook kan zij (eenvoudig) kwalitatief of kwantitatief verpleegkundig praktijk onderzoek opzetten en uitvoeren met behulp van (sociaal) wetenschappelijke methoden en technieken van praktijkonderzoek.

Ontwikkelingslijn 12: Communicatie

De verpleegkundige communiceert met **collega's, in het multidisciplinaire team, in de ketenzorg**, met de client en diens mantelzorgers. Het ondersteunen van de client in zelfredzaamheid, voorlichten en adviseren en instrueren **vraagt om specifieke gesprekstechnieken**. Thema's zijn bijvoorbeeld het afnemen van de anamnese, communicatie bij het omgaan met weerstand, gespreksvoering over de (on)mogelijkheden van behandelingen en levensbeëindiging, regie over eigen leven, motiverende gespreksvoering, digitale communicatie en het schrijven van beoordelingsrapporten, het coachen van collega's en het presenteren van onderzoeksresultaten.

Ontwikkelingslijn 14: Klantgerichtheid

Het onderzoeken van en anticiperen op de wensen van de client en diens naasten. **De zorg afstemmen met client en diens naasten binnen de wettelijke kaders** en (on)mogelijkheden met als doel optimale zorg op maat.

Ontwikkelingslijn 16: probleemanalyse en oordeelsvorming

In het verpleegkundig proces monitort de verpleegkundige op systematische wijze de gezondheidstoestand van de client. Het gaat hierbij om het signaleren van de problemen, herkennen van belangrijke informatie en symptomen en het leggen van verbanden tussen gegevens. Situaties doorgronden: oorzaak en gevolg relaties en het trekken van juiste en realistische conclusies met als doel het bieden van optimale zorg op maat. In deze ontwikkelingslijn **leert de verpleegkundige om klinisch te redeneren, risico's in te schatten en vroeg-signalering van (dreigende) zorgproblemen**, het achterhalen van angsten en behoeften bij cliënten en diens naasten.

Ontwikkelingslijn 18: Zelfontwikkeling

Inzicht in eigen sterktes en zwaktes en gericht actie kunnen ondernemen om eigen vakgebonden kennis en vaardigheden alsook de overige kwaliteiten zoals professionele kenmerken en beroepsrelevante persoonskenmerken te kunnen vergroten/verbeteren. Dat gebeurt door middel van **zelfreflectie en om met andere disciplines te werken aan professionalisering van de verpleegkundige discipline**.

8. Randvoorwaarden en risicoanalyse

Bij dit onderzoek en afstuderen zijn er drie partijen betrokken:

- Capabel Hogeschool
- Docent afstudeerbegeleider
- Adequaar Thuiszorg /mijn persoon

Voorafgaand aan de uitvoering is er af gesproken welke regels er zullen gelden bij de opdracht, dit zijn de randvoorwaarden.

Het spreekt vanzelf dat ik binnen de randvoorwaarden van de opleiding moet blijven werken. Capabel geeft als randvoorwaarde aan dat het afstuderen 20 weken in beslag neemt. Dat betekent dat eind december 2020 de afstudeerfase voltooid dient te zijn. Mijn randvoorwaarde ligt iets eerder in de tijd, ik wil eind oktober 2020 mijn studie afgerond hebben.

Wat ik nodig heb om mijn energie en flow te behouden is een begeleider die snel schakelt en binnen 2 dagen reactie geeft op mijn e-mails.

Verder zal ik met de docent overleg momenten plannen. Dit initiatief neem ik nadat dit plan van aanpak goed gekeurd is.

9. Theoretisch kader

Welke competenties heeft de verpleegkundig ZZP'er nodig qua attitude, kennis en vaardigheden, om therapieontrouw vroegtijdig te signaleren en daarop te anticiperen bij kwetsbare ouderen met somatische aandoeningen in de thuiszorg, om kwaliteit van zorg en de gezondheid te bevorderen?

Begrippenkader uit centrale vraagstelling

Ondergenoemde begrippen spelen een grote rol in het onderzoek. Dit zijn daarom de kernbegrippen die in dit theoretisch kader worden afgebakend.

Verpleegkundige niv 4,5,6

Een persoon die opgeleid is in het uitvoeren van verpleegkundige taken.

Competenties

Het vermogen om een taak met de juiste kennis en vaardigheden te verrichten.

Therapieontrouw

Therapieontrouw is de mate waarin de patiënt zijn behandeling niet of nauwelijks uitvoert in overeenstemming met de afspraken die hij heeft gemaakt met zijn behandelaar.

Vroegsignalering

Het zo vroeg mogelijk signaleren van problemen, zodat ingegrepen kan worden als het probleem nog in een vroeg stadium is.

Anticiperen

Vooraf rekening houden met wat er kan gebeuren, vooruit lopen op en herkennen van situaties

kwetsbare oudere

Alle ouderen vanaf 80 jaar en ouder waarvan de TFI index score vijf of hoger is.

Somatische aandoeningen

Afwijking van een gezonde lichamelijke toestand.

Thuiszorg

verzorging en verpleging die bij cliënten thuis wordt geleverd

Kwaliteit van zorg

Niveau van de gezondheidszorg dat zowel voor het individu als voor de bevolking de kans vergroot op gewenste uitkomsten, waarbij de verleende zorg in overeenstemming is met gangbare medische kennis en inzichten

Gezondheidsbevordering

Bevorderen dat mensen zich gezonder gedragen

Welke theorieën en modellen zijn er ten aanzien van therapieontrouw?

De WHO verstaat onder **therapietrouw**: de mate waarin de patiënt zijn behandeling uitvoert in overeenstemming met de afspraken die hij heeft gemaakt met zijn behandelaar. Bij ontrouw gaat het om het niet of in beperkte mate uitvoeren van de therapie.

Verondersteld wordt dat een verminderde terapietrouw kan leiden tot een verhoogd risico op ziekte, sterfte en hogere kosten. Het gaat erom hoe goed de patiënt een voorgeschreven therapie blijft volgen.

Met Engelstalige termen worden onderscheiden:

- Adherence: in hoeverre de patiënt afspraken nakomt.
- Compliance: de mate waarin de patiënt de aanbevelingen van de voorschrijver opvolgt.
- Concordance: in hoeverre patiënt en behandelaar het eens worden over de behandeling.
- Persistence: in hoeverre de patiënt het geneesmiddelgebruik volhoudt.

Van belang is om inzicht te krijgen wat therapieontrouw omvat. Het doel van het formuleren van het theoretische kader is om inzicht in therapieontrouw te krijgen (in de thuissituatie) en in de factoren die bijdragen aan een succesvolle of falende terapietrouw. Tot slot is het theoretisch kader van belang om inzicht te bieden in het aspect vroegsignalering om in de toekomst er vakkundig op te kunnen anticiperen.

De deelvragen ten behoeve van het theoretisch kader zijn geformuleerd in paragraaf 2.5.

Het model van Vrijens & Urquhart

Fasen in terapietrouw

In het proces van het chronisch gebruiken van geneesmiddelen zijn verschillende fasen te onderkennen. Urquhart en Vrijens (2005) onderscheiden er drie:

1. Acceptatiefase:

De patiënt krijgt net te horen dat hij een chronische aandoening heeft en voor langere tijd, misschien wel levenslang, geneesmiddelen moet gebruiken. Dit is de periode waarin de patiënt het medicijngebruik leert accepteren en leert inpassen in de dagelijkse routines. Of de periode waarin de patiënt kan besluiten de behandeling niet in te zetten. Deze fase duurt gemiddeld een aantal maanden.

2. Uitvoeringsfase:

Dit is de fase waarin de patiënt het medicijn gebruikt. De vraag daarbij is: hoe goed voert de patiënt de afgesproken behandeling uit? Sommige patiënten zullen alle medicijnen innemen. Anderen slaan af en toe een dosis over. Weer anderen nemen een zogenaamde "drug holiday", een periode waarin een tijd lang geen geneesmiddelen worden genomen. Na de 'holiday' wordt er dan weer begonnen.

3. Discontinueringsfase:

Dit is de fase waarin de patiënt stopt met het gebruik van geneesmiddelen. De tijd tussen de start van het eerste recept en het laatste gebruik wordt **persistentie** genoemd. Stoppen kan gewenst en ongewenst zijn. Bij bepaalde middelen, zoals antidepressiva, geldt dat deze meestal niet levenslang genomen hoeven te worden. In overleg met de voorschrijver kan de therapie worden afgebouwd. Dit is een gewenste situatie. Patiënten kunnen ook zelfstandig besluiten om te stoppen. Ook met medicatie die eigenlijk levenslang moet worden genomen. Dit is een ongewenst scenario.

Hoe groot is het probleem?

Therapieontrouw is al meerdere decennia onderwerp van zorg in de medische wereld. Maar om hoeveel mensen gaat het nu precies? Dit is een lastig te beantwoorden vraag, zonder eenduidig antwoord. Een grote internationale overzichtsstudie (569 studies) over de periode 1948-1998 laat zien dat de therapieontrouw gemiddeld genomen 25% was. Er waren grote verschillen tussen aandoeningen. In Nederland liggen de getallen nog iets hoger: in 2004 is het percentage geschat op 30% tot 40%. De Nederlandse therapieontrouwpercentages lopen echter nogal uiteen. Onder andere door verschillen in definitie en onderzoeksopzet en verschillen in de onderzochte medicijnen. De cijfers zijn daardoor niet goed onderling vergelijkbaar. Feit is wel dat een aanzienlijk deel van de patiënten die chronische medicatie (moeten) gebruiken dit niet volgens het afgesproken voorschrift doet.

Het model van Vrijens & Urquhart gaat alleen uit van de client. Bij sprake van therapieontrouw zijn er altijd meerdere partijen betrokken.

Onderstaande theorieën en onderzoeken wil ik als kader gebruiken in dit onderzoek.

Project van het Nivel dat gestart is in oktober 2018

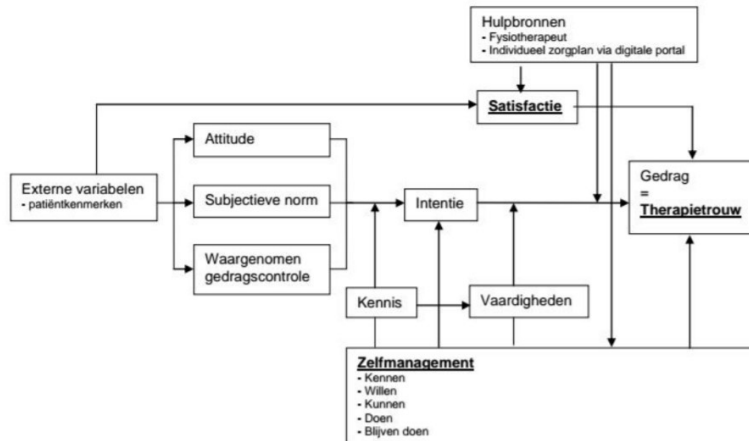
Het doel van deze aanvraag is om een kwaliteitsstandaard te ontwikkelen die concrete handvatten biedt aan verpleegkundigen en verzorgenden voor het ondersteunen en bevorderen van de medicatietrouw bij patiënten.

De kwaliteitsstandaard zal aansluiten op de behoeften en knelpunten van verpleegkundigen, verzorgenden én van patiënten rondom medicatietrouw in de dagelijkse praktijk. Bij verpleegkundigen en verzorgenden en bij patiënten (en naasten) zullen ervaringen, knelpunten, suggesties en wensen rondom medicatietrouw geïnventariseerd worden. Tevens zullen zij nauw betrokken zijn bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.

De kwaliteitsstandaard zal ontwikkeld worden conform de geldende leidraad (AQUA) en zal bestaan uit een generieke zorgmodule, opleiding specifieke zorgmodules en een organisatiemodule.

Onderstaande theorieën en onderzoeken wil ik als kader gebruiken in dit onderzoek.

Modellen:



Dit model heeft als basis het TPB-model, waaraan de concepten zelfmanagement en satisfactie en de overige factoren zijn toegevoegd. Therapietrouw is samengevoegd met gedrag, omdat therapietrouw een vorm van gedrag is. Zelfmanagement staat in relatie met kennis, intentie, vaardigheden en therapietrouw op basis van de vijf stappen van het LAZ (2011) om tot zelfmanagement te komen: kennen, willen, kunnen, doen en blijven doen.

<http://www.therapietrouwmonitor.nl>.

<https://www.scribbr.nl/taalregels-schrijftips/standaardzinnen-verwijzen-naar-literatuur/>

<https://www.scribbr.nl/scriptie-structuur/theoretisch-kader-van-scriptie/>

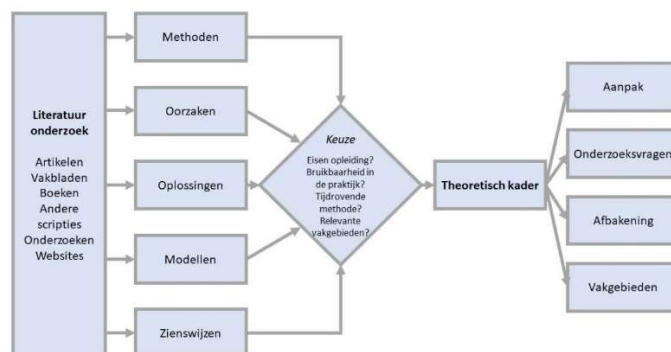
<http://www.therapietrouwmonitor.nl/achtergrond-therapietrouw>

<https://www.ntvg.nl/artikelen/het-deelnemen-aan-klinisch-onderzoek-verbetert-therapietrouw/volledig>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3403197/>

In het gesprek op 6-10-2020 met J. de Meij gaf hij aan dat ik dit Plan van aanpak kan uploaden en verder kan gaan met mijn scriptie met het theoretisch kader. Dit wordt verder uitgewerkt in mijn onderzoek.

10. Onderzoeksmethoden



Zoekstrategieën en selectie van literatuur. Hiertoe is gezocht in de database PubMed en Google scholar. De zoektermen gebruikt voor PubMed zijn te zien in het onderstaande tekst. Gezocht is naar Systematic Reviews vanaf 2011 tot 1 juni 2020. Dit leverde 18 hits op.

Gebruikte zoektermen in de literatuurstudie:
("Medication Adherence"[Mesh]) AND (((("Frail Elderly"[Mesh]) OR "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND (systematic review OR cochrane review))

10.1 Onderzoeksmethode(n)

De data verzameling van het praktijkonderzoek vindt plaats door een gestructureerde, gestandaardiseerde vragenlijst online. 30 tot 50 Werkzame verpleegkundigen in de directe cliëntenzorg in de thuiszorg, zullen via email en app uitgenodigd worden deze vragenlijst online in te vullen. De vragenlijst zal vorm krijgen middels het 10-

stappenplan voor het construeren van alle verzamelingstechnieken van praktijkgericht onderzoek door F. Michelbrink.

Door behoefte aan cijfermatige informatie is gekozen voor een kwantitatief onderzoek. Dit werkt voor de respondenten gebruiksvriendelijk en is goed om te zetten in tabellen en grafieken.

Hierdoor is een adequate betrouwbare verwerking en analyse mogelijk.

Om een hoge respons te bereiken zal er veel aandacht **aan de** tekst in de uitnodigingsbrief/e-mail besteed worden. De tekst moet uitnodigen om de vragenlijst in te vullen. De respondenten kunnen de gesloten vragen beantwoorden via keuze a,b,c en d. De laatste vraag uit de vragenlijst is open. Hierin wordt gevraagd wat de verpleegkundige als oplossing ziet voor dit probleem.

De onderzoeksvraag en deelvragen worden onderbouwd met onderzoekpublicaties en de data vanuit de enquête onder verpleegkundigen.

Er wordt een enquête uitgezet onder ongeveer 50 verpleegkundigen

Vragen die hen gesteld worden zijn:

1. Hoe vaak zij in aanraking komen met therapieontrouw in de dagelijkse praktijk
2. Welke gevoelens dit oproept bij verpleegkundigen
3. Hoe de verpleegkundige handelt wanneer zij met therapieontrouw te maken heeft
4. Welke problemen ervaren zij wat betreft het signaleren en begeleiden van mensen die Therapieontrouw zijn?
5. Wat zien collega verpleegkundigen als oplossing?

10.2 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek zal plaatsvinden bij 50-75 verpleegkundigen die werkzaam zijn in de thuiszorg. Deze verpleegkundigen worden geworven uit een kennisdelingsnetwerk en verpleegkundig ZZP'ers netwerk van de onderzoeker en bij een thuiszorgorganisatie. De doelpopulatie van het onderzoek betreft de betrokkenen bij de samenwerking.

De **inclusiecriteria** zijn:

De betrokkenen moeten zowel als na het onderzoek gewerkt hebben in de wijkverpleging en minimaal een half jaar werkzaam zijn in de wijk bij 75+ cliënten.

- a. Verpleegkundig ZZP'ers in de wijk
- b. Verpleegkundigen werkzaam bij Duozorg (in de wijk)
- c. Verpleegkundigen (werkzaam in de wijk) in een kennisdelingsnetwerk van de onderzoeker.

De **exclusiecriteria** zijn:

- a. Verpleegkundigen die korter dan een half jaar werkzaam zijn in de wijk.
- b. Verpleegkundigen die via bemiddelingsbureaus werken.

Voor de doelgroepen geldt dat het onderzoek zal plaatsvinden onder de gehele populatie. Op de enquête zal worden aangegeven dat de gegevens anoniem zijn. Verondersteld wordt dat dit ook de respons zal verhogen.

10.3 Data-analyse methoden

De onderzoeker zet een kwantitatief online onderzoek in. Deze zal plaatsvinden onder de verpleegkundigen van Duozorg, Joy for Care, ZZP netwerk en de Zorgprofessional. Naar verwachting zal er een respons zijn van 40%. De uitkomst zal omgezet worden in grafieken en tabellen en spreadsheets met behulp van Excel.

Het kwantitatief onderzoek betreft de data-verzameling door online enquêtes met een ordinale schaal. Deze data worden vervolgens in een database geladen en geanalyseerd. De data zullen verwerkt worden in Excel.

In de analyse komt naar voren welke aspecten het beste lijken te werken bij therapieontrouw, hierbij wordt een onderbouwing gegeven.

Op basis van de uitkomst van de enquêtes volgt een conclusie, aanbeveling, adviesnota, implementatieplan of vervolgonderzoek.

10.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Ik moet nog even wennen aan het feit mezelf een onderzoeker te noemen 😊. De onderzoeker heeft voor een kwantitatief onderzoek gekozen omdat middels deze manier een groter aantal verpleegkundigen bevestigd kan worden.

De onderzoeker heeft gekozen voor 5% foutmarge en kiest voor een betrouwbaarheidsniveau van 95%. De geadviseerde minimale steekproefgrootte heeft een omvang van 45. De onderzoeker wil een grotere omvang bewerkstelligen.

Als een onderzoek niet betrouwbaar is, is de validiteit per definitie niet in orde. De validiteit van het onderzoek geeft aan dat gemeten wordt wat bedoeld is te worden gemeten. De validiteit wordt bedreigd door een onjuiste selectie van de (personen in de) te onderzoeken doelgroep, door een onjuiste meting van de variabelen die onderwerp zijn van studie en door versturende variabelen die de resultaten vertekenen (Bouter et al, 1988). Het theoretisch onderzoek moet inzicht geven in de variabelen die kunnen worden gemeten om een goed beeld te krijgen van de

beleving van betrokkenen m.b.t. therapieontrouw bij cliënten in de wijkverpleging. De kans op een onjuiste selectie is in dit onderzoek beperkt van betekenis aangezien de doelpopulatie wordt benaderd. Om een goede respons te krijgen, zal de onderzoeker zelf de respondenten benaderen. Een hoge respons bevordert de validiteit van het onderzoek.

De betrouwbaarheid wordt vergroot door reflectie door de onderzoeker, de enquêtes anoniem te laten zijn. Ook zullen de resultaten van de schriftelijke enquêtes en de waardes die hieruit komen getoetst worden door een collega zodat de kans op een onjuiste telling of berekening wordt beperkt (Nieswaidomy et al, 2013). Verder

temporeert de onderzoeker regelmatig zodat de analyse zo betrouwbaar en objectief mogelijk plaats vindt. Tot slot zullen alle instrumenten die zijn gebruikt als bijlage bij het onderzoeksverslag worden gevoegd zodat het onderzoek reproduceerbaar is.

11. Globale planning c.q. activiteitenoverzicht

Half juni heb ik mijn stage afgerond. Aansluitend ben ik verder gegaan met mijn laatste traject, het afstuderen. Ik ben gestart met het nadenken over het onderwerp kwaliteit en preventie. Uiteindelijk ben ik op preventie uitgekomen aan de hand van een eerdere casus.

Betreft	WK	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
		juni			juli			augustus				september			oktober						
Orientatie onderwerp, onderzoeksvraag		X	X	X	X	X															
Plan van aanpak						X	X	X	X												
Beoordeling PVA docent en feedback										X	X										
Vakantie Liesbeth										X	X										
Start scriptie												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gesprek docent												X		X		X		X		X	X
Onderzoek opzetten												X									X
Onderzoek uitvoeren													X	X							
Onderzoek verwerken																X	X				
Presentatie voorstel + evt. bijstellen																			X		
Eindbeoordeling presentatie																					X

Concept inhoudsopgave scriptie

<u>Samenvatting</u> .....	.....
<u>Inleiding</u>.....	.....
<u>Leeswijzer</u>.....	.....
<u>1. Aanleiding</u>.....	.....
<u>2. Opdrachtgever</u>.....	.....
<u>3. Verpleegkundige relevantie</u>.....	.....
<u>4. Maatschappelijke relevantie</u>.....	.....
<u>5. Doelstelling en eindresultaat (de eindproducten)</u>.....	.....
<u>5.1 Doelstelling</u>.....	.....
<u>5.2 Eindresultaat</u>.....	.....
<u>6. Probleemanalyse en probleemstelling</u>.....	.....
<u>6.1 Centrale vraagstelling</u>.....	.....
<u>6.2 Deelvragen</u>.....	.....
<u>7. Invalshoeken/ Ontwikkelingslijnen</u>.....	.....
<u>8. Randvoorwaarden en risicoanalyse</u>.....	.....
<u>9. Theoretisch kader</u>.....	.....
<u>10. Onderzoeksmethoden</u>.....	.....
<u>10.1 Onderzoeksmethode(n)</u>.....	.....

10.2	Onderzoekspopulatie
10.3	Data-analyse methoden
10.4	Betrouwbaarheid en validiteit
11.	Globale planning c.q. activiteitenoverzicht
	Concept inhoudsopgave scriptie
	Bronnen- en literatuurlijst

Bronnen- en literatuurlijst

Geriatr Gerontol Int. (2016),

The barriers affecting medication adherence in older adults. *Systematic Reviews 2019*
DOI: 10.1111/ggi.12616. Epub 2015 Oct 20. Geraadpleegd op 5 augustus 2020

Drugs Aging. 2017 Feb;34(2):97-113. Theory-Based Interventions to Improve Medication Adherence in Older Adults Prescribed Polypharmacy. *Systematic Review.*
DOI: 10.1007/s40266-016-0426-6. Geraadpleegd op 5 augustus 2020

Technol Health Care. 2014 Jan 1;22(2):189-98. Persuasive attributes of medication adherence interventions for older adults. *Systematic Review* DOI: 10.3233/THC-140812. Geraadpleegd op 5 augustus 2020

Int J Clin Pharm. 2017 Feb;39(1):1-15. Assessment of the elderly's functional ability to manage their medication. A systematic literature review DOI: 10.1007/s11096-016-0409-z. Epub 2016 Dec 10. Geraadpleegd op 5 augustus 2020

J Am Geriatr Soc. 2018 Nov;66(11):2128-2135. Caregiver-Based Interventions to Optimize Medication Safety in Vulnerable Elderly Adults: A *Systematic Evidence-Based Review.* DOI: 10.1111/jgs.15556. Epub 2018 Aug 23. Geraadpleegd op 5 augustus 2020

Bijlage 1: Zoektermen

Deelvraag	Zoektermen Nederlands	Zoektermen Engels
Wat zijn de meest voorkomende somatische aandoeningen bij kwetsbare ouderen in de wijk van 75+?	Meest voorkomende aandoeningen ouderen Kwetsbare ouderen Somatische aandoeningen 75+ Combinatie van bovenstaande woorden	Most common somatic conditions elderly somatic disorders Frail Elderly Medication Adherence Aged, 75 and over Non-adherence to therapy Combinatie van bovenstaande woorden
Wat is therapieontrouw en welke redenen liggen daaraan ten grondslag bij kwetsbare ouderen in de wijk?	Vormen van therapieontrouw Medicatieontrouw Apotheek medicatieontrouw Psychologische factoren therapieontrouw Medicatieveiligheid Therapietrouw Combinatie van bovenstaande woorden	Forms of Medication Adherence Eldery care Psychological factors non-adherence to therapy Medication safety Therapy compliance Combinatie van bovenstaande woorden
In welke fase van therapie wordt therapieontrouw bij kwetsbare ouderen in de wijk doorgaans gesignaleerd?	Fasen van zorgverlening Signalering therapieontrouw Signaleringsfase therapieontrouw Therapieontrouw kwetsbare oudere wijkverpleging Combinatie van bovenstaande woorden	Phases of care delivery Signaling phase non-adherence to therapy Non-adherence to vulnerable elderly Frail Elderly Combinatie van bovenstaande woorden
Wat zijn de gevolgen van therapieontrouw bij kwetsbare ouderen in de wijk op microniveau	Gevolgen therapieontrouw microniveau Combinatie van bovenstaande woorden	Consequences of non-compliance vulnerable elderly Combinatie van bovenstaande woorden
Welke EBP interventies zijn er om therapieontrouw bij kwetsbare ouderen in de wijk te signaleren?	Reductie therapieontrouw EBP interventies therapieontrouw Combinatie van bovenstaande woorden	Reduction of non-compliance EBP interventions non-adherence to therapy Combinatie van bovenstaande woorden
Welke aspecten zijn van belang in de attitude, kennis en vaardigheden van de verpleegkundige wanneer er sprake is van therapieontrouw bij kwetsbare ouderen in de wijk?	Verpleegkundige vaardigheden Verpleegkundige attitude Verpleegkundige kennis t.a.v. therapieontrouw	Nursing skills with regard to non-compliance Nursing attitude towards non-compliance Nursing knowledge with regard to non-compliance