

De relatie tussen vertrouwen in de reumatoloog,
tevredenheid met de
reumatoloog/reumaverpleegkundige, zelf-
effectiviteit en medicatie therapietrouw bij
reumatoïde artritis patiënten

Bachelorthese

Marietta Comsa (S1352237)

Bachelorthese Gezondheidspsychologie
Universiteit Twente, Enschede
19 juni 2015

Eerste begeleider: Dr. E. Taal
Tweede begeleidster: Dr. S. Drossaert

Samenvatting

Achtergrond: Medicatie therapietrouw onder patiënten met reumatoïde artritis (RA) is laag, variërend van 30 tot 80%. Therapietrouw zijn aan de voorgeschreven medicatie is echter essentieel voor het bereiken van een goede kwaliteit van leven onder RA-patiënten.

Aangezien niet duidelijk is waarom RA-patiënten hun medicatie niet altijd therapietrouw innemen, is het van belang om factoren te identificeren die de oorzaak kunnen zijn van medicatie therapieontrouw. In dit onderzoek is de tevredenheid met de reumatoloog, vertrouwen in de reumatoloog en zelf-effectiviteit van de RA-patiënt in de communicatie met de reumatoloog onderzocht, aangezien deze onderwerpen relatief weinig bestudeerd zijn. Wanneer bekend is in hoeverre deze factoren van belang zijn voor medicatie therapietrouw onder RA patiënten, kunnen interventies worden ontworpen die bijdragen aan deze factoren.

Methode: Het onderzoek betreft een secundaire analyse. De RA-patiënten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt, zijn geworven uit de patiënten database van het Reuma Centrum Twente in Enschede, Nederland. Via zelf-rapportage vulden tweehonderdzestig patiënten vier vragenlijsten in die de mate van medicatie therapietrouw (MMAS), tevredenheid met de reumatoloog/reumaverpleegkundige (QUOTE voor reumatische patiënten), vertrouwen in de reumatoloog (TRIP_sf) en zelf-effectiviteit in communicatie met de reumatoloog (PEPPI-5) meten. Ook zijn de patiënten gevraagd naar hun sociaal-demografische en ziekte-gerelateerde factoren. Patiënten zijn toegewezen aan de therapietrouwe of therapieontrouwe groep op basis van de score op MMAS, waarna de scores van de bovengenoemde meetinstrumenten tussen de groepen zijn vergeleken. Resultaten: 48.8% Van de RA-patiënten in de steekproef bleken medicatie therapieontrouw te zijn. Van de socio-demografische factoren bleek de factor leeftijd significant te verschillen tussen beide groepen, waarbij de medicatie therapietrouwe groep gemiddeld genomen 6 jaar ouder is dan de therapieontrouwe groep. Ziekte-gerelateerde factoren en de gezondheidszorg factoren blijken niet significant te verschillen tussen de medicatie therapietrouwe en medicatie therapieontrouwe groep. Conclusie: De mate van tevredenheid in de reumatoloog/reumaverpleegkundige, vertrouwen in reumatoloog en zelf-effectiviteit blijken geen invloed te hebben op medicatie therapietrouw onder RA patiënten. Wel blijkt dat leeftijd van invloed is op medicatie therapierouw. Hierop zullen interventies in kunnen spelen om medicatie therapie te verhogen. Daarnaast is het belangrijk om onderzoek te richten op de redenen die gerapporteerd worden om medicatie niet therapietrouw in te nemen.

Abstract

Background: Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis is low, varying between 30 to 80 percent. However, medication adherence in RA-patients is essential in achieving a good quality of life. Since it is not clear why RA-patients do not always adhere to their medication, it is important to identify the factors that may influence nonadherence. In this current study, satisfaction with the rheumatologist, trust in the rheumatologist/rheumatology nurse and self-efficacy of RA-patients were examined, since these subjects are relatively unstudied. If these factors seem to influence medication adherence among patients with RA, then interventions would be required to improve trust, satisfaction and self-efficacy. **Method:** In this study, secondary data was used. The participating RA-patients in this study were recruited from the patient database of the Arthritis Center Twente in Enschede, the Netherlands. In total two hundred sixty patients completed four self-report questionnaires that assesses medication adherence (MMAS), satisfaction with their rheumatologist (QUOTE for rheumatic patients), trust in their rheumatologist/rheumatology nurse (TRIP_sf) and self-efficacy in communication with their rheumatologist (PEPPI-5). Further, the patients were asked about their social-demographics and disease-related factors. The patients were assigned to either a medication adherence group or a nonadherence group based on the MMAS score, after which both groups were compared for differences in socio-demographics, disease-related factors and healthcare related factors. **Results:** 48.8% of the RA-patients in the sample were found to be noncompliance. Disease-related and health care factors were not significantly different between the adherence and nonadherence groups. Age appeared to differ significantly between the two groups, where on an average, the adherence group is six years older than the nonadherence group. **Conclusion:** The degree of satisfaction with the rheumatologist/ rheumatic nurse, trust in rheumatologist and perceived self-efficacy does not differ between the medication adherent and non-adherent among RA-patients. Age does seem to be affected medication adherence. Interventions should focus on younger RA-patients to promote medication adherence. Future research should focus on the reasons reported for medication adherence.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Abstract	3
1. Inleiding	5
1.1. Reumatoïde artritis	5
1.2 Medicatie therapietrouw onder RA-patiënten	6
1.3 Het meten van therapietrouw.....	7
1.4 Voorspellers van medicatie therapieontrouw	8
1.5 Onderzoeksvraag.....	10
1.6 Verwachtingen.....	11
2. Methode.....	13
2.1 Design.....	13
2.2 Respondenten en procedure.....	13
2.3 Meetinstrumenten.....	13
2.3.1 Socio-demografische factoren	13
2.3.2 Ziekte-gerelateerde factoren.....	13
2.3.3 Medicatie therapietrouw	14
2.3.4 Gezondheidszorg gerelateerde factoren.....	14
2.4 Data-analyse	16
3. Resultaten	18
3.1 Socio-demografische factoren.....	18
3.2 Ziekte-gerelateerde factoren.....	20
3.3 Gezondheidszorg gerelateerde factoren	21
3.4 Samenhang tussen de gezondheidszorg gerelateerde factoren	23
3.4. Voorspellers voor medicatie therapietrouw.....	24
4. Discussie.....	26
4.1 Medicatie therapietrouw.....	26
4.3 Samenhang tussen de gezondheidszorg gerelateerde factoren	28
4.5 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek	30
4.6 Aanbevelingen voor de praktijk	31
4.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	31
5. Conclusie	33
Bijlage: Literatuurlijst	34
Bijlage: Vragenlijst.....	39

1. Inleiding

1.1. Reumatoïde artritis

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische en vaak progressieve auto-immuunziekte die zorgt voor functionele beperkingen, pijn en gewrichtsbeschadigingen (Kvien., 2004). De klachten die kunnen worden veroorzaakt door RA, kunnen leiden tot invalidering en mogelijk een kortere levensduur (Koevoets, 2014).

De prevalentie van RA ligt tussen 0.5 en 1.0% van de populatie wereldwijd, waarbij vaker vrouwen vaker dan mannen worden gediagnosticeerd met RA. De prevalentie neemt verder toe met de leeftijd (Kvien, 2004), waarbij sekseverschillen verminderen in oudere leeftijdsgroepen (Fauci et al., 1997).

Naast de fysieke klachten heeft de diagnose RA een grote impact op het leven van de patiënt (Evers, Kraaijaat, Geenen, Jacobs & Bijlsma., 2002). Het omgaan met de aandoening vergt psychologische aanpassingen. Zo moet de patiënt leren om naar zijn/haar lichaam te luisteren en kunnen klachten als psychologische stress (Newman & Mulligan., 2000) en depressies ontstaan door functie verlies, het verlies van waardevolle activiteiten of een vermindering in sociale participatie (Katz & Yelin, 2001).

Om de klachten van RA te beperken en kwaliteit van leven te vergroten is een medicamenteuze behandeling van groot belang (Fauci et al., 1997). Deze medicamenteuze behandeling van RA kan bestaan uit het innemen van non-steroidal-anti-inflammatoire drugs (NSAIDs), klassieke disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs) of biologische DMARDs. Waar NSAIDs, zoals ibuprofen zich richten op het verlichten van pijn, zijn DMARDs en biologische DMARDs voornamelijk gericht op het remmen van de ontstekingen in de gewrichten (Smolen et al., 2010).

De laatste eeuw heeft een enorme vooruitgang op het gebied van de geneeskunde en farmacologie plaatsgevonden, wat heeft geleid tot een geheel nieuw scala aan behandelingen (Kardas, Lewk & Matyjaszczyk., 2013). Moderne behandelingen zijn echter ook afhankelijk van zelf-management van de RA-patiënt, waarbij echter verrassend vaak behandelingen niet het gewenste effect hebben ten gevolge van non-adherence (Kardas et al., 2013).

Niet therapietrouw zijn aan de voorgeschreven medicatie wordt gezien als een ernstig probleem voor RA-patiënten (Park et al., 1999). Wanneer de medicatie niet op de correcte manier wordt ingenomen, vermindert het effect van de medicatie wat kan leiden tot meer klachten (Larsson, Arvidsson, Bergman & Aridsson, 2009) en het daardoor niet meer goed

kunnen functioneren op de werkvloer, ziekte verzuim en potentieel financiële gevolgen voor zowel de patiënt (Pasma, van 't Spijker, Hazes, Busschbach & Luime, 2013) als de overheid (Kvien, 2004). Zo zijn de kosten van medicatie therapieontrouw in de VS zijn geschat op 100 miljard dollar per jaar (Lewis, 1997). Het is daarom van belang dat er inzicht wordt verkregen in de oorzaken van suboptimale therapietrouw onder gediagnosticeerde RA-patiënten.

Tegenwoordig ontbreekt het nog aan de theoretische grondslagen voor het ontwikkelen van interventies om medicatie therapietrouw te verbeteren (Kardas et al., 2013). Om deze reden is het van belang om een goed begrip te ontwikkelen van de determinanten van medicatie therapieontrouw. Wanneer de risico factoren voor medicatie therapietrouw worden geïdentificeerd en aangepast kunnen worden kan dit positieve veranderingen in medicatie therapietrouw teweeg brengen (Kardas et al., 2013).

1.2 Medicatie therapietrouw onder RA-patiënten

Zoals eerder is aangegeven speelt medicatiegebruik bij de behandeling van RA een prominente rol (Fauci et al., 1997). Deze medicatie is continu, dat wil zeggen dat een patiënt met RA zijn/haar hele leven medicatie moet innemen om gewrichtsbeschadiging en gewrichtsontstekingen te kunnen voorkomen (Kvien, 2004).

Om de klachten van de RA-patiënt te verminderen is het van belang dat de RA-patiënten medicatie therapietrouw zijn. Met therapietrouw, ook wel adherence genoemd, wordt de mate waarin de patiënt zich houdt aan het afgesproken behandeltraject met de zorgverlener bedoeld (WHO, 2003). Wanneer patiënten niet medicatie therapietrouw zijn, leidt dit tot een verminderd effect van het geneesmiddel. Dit kan weer leiden tot een snellere ontwikkeling van gewrichtsbeschadigingen bij de RA-patiënt (Blum, Koo & Doshi, 2011).

Hoewel het van belang is dat medicatie therapietrouw wordt ingenomen, blijkt uit onderzoek dat 30 tot 80 procent van deze patiëntengroep haar medicatie niet therapietrouw inneemt (Salt & Frazier, 2011; van den Bemt, Zwikker & van den Ende, 2012) wat invloed kan hebben op de fysieke en emotionele gesteldheid van de patiënt.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen twee subtypes medicatie therapieontrouw, namelijk intentionele therapieontrouw en niet-intentionele therapieontrouw (Clifford, Barber & Horne, 2008). Van intentionele therapieontrouw wordt gesproken als patiënten doelbewust hun medicatie niet innemen zoals afgesproken is. De beslissing om de voorgeschreven medicatie niet volgens afspraak in te nemen wordt met name gedreven door de opvattingen van de patiënten over hun ziekte en zijn behandeling (van den Bemt et al., 2012). Hierbij

lijken patiënten die intentioneel therapieontrouw zijn, gebruik te maken van een kosten-baten analyse, waarin de overtuiging over de voordelen van een behandeling (een vermindering van symptomen) niet opweegt tegen de nadelen van een behandeling (bijwerkingen of afhankelijkheid).

Niet-intentionele medicatie therapieontrouw wordt gekoppeld aan het gebrek aan vermogen en de vaardigheden van de patiënt om de medicatie tot zich te nemen (van den Bemt et al., 2012). Voorbeelden van niet-intentionele medicatie therapieontrouw zijn het vergeten van de medicatie, het verliezen van medicijnen of het zich niet kunnen veroorloven van medicatie (van den Bemt et al., 2012).

1.3 Het meten van therapietrouw

Het is van belang dat wordt nagegaan of een RA-patiënt op de correcte wijze zijn/haar medicatie tot zich neemt. Er zijn verschillende methodes om dit medicatiegebruik in kaart te brengen. Volgens van den Bemt et al. (2012) kan onderscheid worden gemaakt tussen subjectieve, directe en indirecte methodes om medicatie therapietrouw te meten.

Een subjectieve methode om medicatie therapietrouw te meten is wanneer direct aan de patiënt wordt gevraagd of deze wel zijn/haar medicatie inneemt zoals is afgesproken tussen beiden (van den Bemt et al., 2012). Nadelen aan deze methoden zijn dat de patiënt vaak sociaal wenselijke antwoorden geven (Vik, Maxwell & Hogan, 2004) en daarnaast is het herinneren van medicatie gebruik vaak tijdsafhankelijk, waarbij de patiënt zijn/haar medicatie therapietrouw van de afgelopen vierentwintig uur het beste kan herinneren (van den Bemt et al., 2012).

Directe methodes om medicatie therapie ontrouw te meten, zoals het meten van biologische markers in het bloed van de RA-patiënt, kunnen nagenoeg direct inzicht geven in de medicatie therapietrouw van de patiënt (WHO, 2003). Een nadeel van deze methode is dat deze duur en niet praktisch is voor de patiënt. Bovendien geven sommige bloedsuitslagen alleen informatie over medicatie therapietrouw op de korte termijn en kan dus therapietrouw op langere termijn vertekenen (van den Bemt et al., 2012).

Indirecte methoden is volgens van den Bemt et al. (2012) de meest voorkomende methode om medicatie therapietrouw te meten. Voorbeelden van indirecte methoden om medicatie therapietrouw te meten zijn het controleren van het aantal herhaalrecepten van de patiënt, elektronische meetinstrumenten, het tellen van tabletten en zelfrapportage (van den Bemt et al., 2012).

Hoewel er aan elke methode zowel voor als nadelen zitten, blijken elektronische meetinstrumenten, zoals het Medication Event Monitoring Systeem (MEMS) de betrouwbaarste methode om therapietrouw bij RA patiënten te meten (van den Bemt et al., 2012). Het voordeel van elektronische meetinstrumenten is namelijk dat medicatie therapietrouw continu gemeten wordt, waardoor inname gedrag over een langere tijd kan worden geobserveerd (Dobbels, 2003). Nadelen aan deze methode zijn echter de hoge kosten (Dobbels, 2003) en het feit dat de patiënt weet dat zijn medicatie-inname-gedrag wordt geregistreerd, wat kan leiden tot een vertekend beeld van de medicatie therapietrouw van de patiënt (van den Bemt et al., 2012). Zo wordt er geregistreerd dat een patiënt een medicatiepotje opent, maar niet of de patiënt het medicijn ingenomen heeft (WHO, 2003).

Veelgebruikte zelfrapportage vragenlijsten om medicatie therapietrouw onder RA-patiënten te meten, zijn onder andere de Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), de Medication Adherence Report Scale (MARS) en de Compliance Questionnaire on Rheumatology (van den Bemt et al., 2012). Deze vragenlijsten zijn makkelijk in gebruik en niet belastend voor de patiënt.

Samengevat kan worden gesteld dat geen enkele meetstrategie optimaal is. Een aanpak die methoden zoals zelf-rapportage en objectieve methoden (zoals bloedsuikerslagen) combineert, lijkt op dit moment het effectiefst te zijn om een indicatie te krijgen van de medicatie therapietrouw van de patiënt (WHO, 2003).

1.4 Voorspellers van medicatie therapieontrouw

Volgens de World Health Organisation (2003) wordt een vijftal factoren geassocieerd met medicatie therapietrouw: sociaal-demografische factoren, conditie-gerelateerde factoren, patiënt- gerelateerde factoren. therapie-gerelateerde factoren en factoren in de gezondheidszorg.

Uit de literatuur blijkt dat er geen eenduidigheid bestaat over de relatie tussen sommige sociaal-demografische variabelen en medicatie therapietrouw onder RA-patiënten. Zo wordt een hogere leeftijd geassocieerd met zowel een hogere mate (Salt & Frazier, 2011; de Thurah, Norgaard, Harder & Stengaard-Pedersen, 2010; Tuncay, Eksioglu, Cakir, B, Gurcay & Calci, 2007) als met een lagere mate (Wong & Mulherin, 2007; Pascual-Ramos, Contreras-Yanez, Villa, Cabiedes & Rull- Gabayet, 2009) van medicatie therapietrouw. Ook bestaat er geen eenduidigheid over de variabele geslacht. Hoewel verscheidene onderzoeken rapporteren dat geslacht niet relevant is voor medicatie therapietrouw zijn er ook onderzoeken

die wel een significante relatie vinden met geslacht. Zo geeft het onderzoek van Viller et al. (1999) aan dat vrouwen vaker therapietrouw zijn dan mannen, terwijl het onderzoek van Curkendall et al. (2008), waarin werd gevonden dat juist mannen medicatie therapietrouwer zijn dan vrouwen.

Verder zouden de sociaal demografische variabelen burgerlijke staat (Contreras-Yanez, Ponce De Leon, Cabiedes, Rull-Gabayer & Pascual-Ramos, 2010), opleidingsniveau (Contreras Yanez et al., 2010), en arbeidssituatie (Treharne, Lyons & Kitas, 2004) geen invloed hebben op medicatie therapietrouw bij RA-patiënten.

Conditie-gerelateerde factoren of ziekte-gerelateerde factoren, zijn specifieke ziekte-gerelateerde factoren waarmee de patiënt in aanraking komt wanneer hij/zij is gediagnosticeerd met RA. De invloed van deze ziekte-gerelateerde factoren, zoals ziekteactiviteit, bloedbezinkingswaarden, ochtendstijfheid, algehele (ervaren) gezondheid, functioneren, ziekteduur en kwaliteit van leven op therapietrouw zijn veelvuldig onderzocht (van den Bemt et al., 2012). Van den Bemt et al. 2012 geven aan dat geen van deze factoren gerelateerd is aan medicatie therapietrouw bij patiënten met RA. Mensen zijn dus niet meer therapietrouw wanneer zij meer last hebben van hun aandoening. Volgens deze review is alleen het waargenomen effect van de behandeling zwak geassocieerd met medicatie therapietrouw.

Patiënt-gerelateerde factoren zijn de bronnen, kennis, attitudes, overtuigingen, percepties en verwachtingen van de patiënt (WHO, 2003). Patiënten blijken vaker therapietrouw te zijn wanneer zij begrijpen waarom een bepaalde behandeling effectief is, wanneer de voordelen van behandeling groter zijn dan de risico's en kosten en wanneer de patiënt het gevoel heeft dat hij/zij in staat is zich te houden aan het behandelplan (van den Bemt et al., 2012).

Therapie-gerelateerde factoren zoals een complex medicatieschema, duur van de behandeling, eerdere gefaalde behandelingen, frequente veranderingen in een behandeling, (neven)-effecten van een behandeling kunnen volgens de WHO (2003) de mate van medicatie therapietrouw beïnvloeden. Literatuur onderzoek geeft daarbij aan dat het type medicatie, bijwerkingen en onmiddellijke gunstige effecten geen adequate voorspellers zijn voor medicatie therapietrouw onder RA-patiënten. Alleen de voorgeschreven aantal doses medicatie per dag en de complexiteit van de behandeling zijn negatief gerelateerd aan medicatie therapietrouw (van den Bemt et al., 2012).

Factoren in de gezondheidszorg, zoals de relatie tussen de patiënt en de arts, kunnen

een grote rol spelen in de mate van medicatie therapietrouw van patiënten (Brekkel, Hjortdahl & Kvien, 2001). Zo wordt gebrek aan tevredenheid over de reumatoloog gezien als een van de belangrijkste oorzaken van medicatie therapieontrouw (Treharne et al., 2004). Deze tevredenheid in de arts kan worden beïnvloed door arts gerelateerde factoren zoals vriendelijkheid, warmte en respect. Wanneer de patiënten het gevoel hebben dat er wordt geluisterd, wordt een hogere mate van tevredenheid over de reumatoloog gerapporteerd.

Verder is de mate van vertrouwen in de arts van invloed op medicatie therapietrouw (Berrios-Rivera et al., 2006). De mate van vertrouwen in de arts wordt beïnvloed door patiënt gerelateerde factoren zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Andere factoren die de mate van vertrouwen beïnvloeden zijn geassocieerd met de kwaliteit van de arts-patiënt relatie, de communicatiestijl van de arts en de tevredenheid over de gezondheidszorg. Zo is een goede communicatie waarin aandacht wordt besteed aan de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt ten aanzien van zijn/haar aandoening van belang voor de bevordering van medicatie therapietrouw (Beeckmans, z.d.).

Ten slotte blijkt een effectieve arts-patiënt interactie afhankelijk te zijn van de assertiviteit van de patiënt zelf, en zijn/haar zelfverzekerdheid in de communicatie met de arts (ten Klooster et al., 2012). Hierbij moet de patiënt zichzelf in staat achten om geschikte en betekenisvolle acties uit te voeren (Maly, Frank, Marshall, DiMatteo, Reuben, 1998). Om een hogere mate van medicatie therapietrouw te bereiken moet aandacht worden geschonken aan de zelf-effectiviteit van een RA-patiënt in de interactie met de reumatoloog. Wanneer blijkt dat zelf-effectiviteit in de communicatie met de reumatoloog verschilt in medicatie therapietrouwe en -ontrouwe groepen, kunnen hier passende interventies voor worden ontworpen.

1.5 Onderzoeksvraag

Uit de literatuur blijkt dat medicatie therapieontrouw een probleem vormt voor patiënten met RA (Park et al., 1999). De gevolgen van medicatie therapieontrouw zijn verreikend, aangezien die een vermindering in de effectiviteit van de behandeling en een toename van de gezondheidszorgkosten met zich mee brengen. De kosten van medicatie therapieontrouw in de VS zijn geschat op 100 miljard dollar per jaar (Lewis, 1997). Daarnaast kunnen de klachten van de RA-patiënt leiden tot financiële problemen en een vermindering in het kwaliteit van leven (Zwikker, van Dulmen, den Broeder, van den Bemt & van den Ende, 2014). Het is daarom van belang dat er inzicht wordt verkregen in de oorzaken van

suboptimale therapietrouw onder gediagnosticeerde RA-patiënten.

Uit de literatuur kwam naar voren dat meerdere factoren medicatie therapietrouw kunnen beïnvloeden. De relatie tussen arts en patiënt lijkt hierbij van groot belang, aangezien RA een chronische aandoening is waarbij de RA-patiënt veelvuldig met zijn reumatoloog in contact komt (Freburger, Callahan, Currey, Anderson, 2003). Vertrouwen in, en tevredenheid met de behandelend arts zijn essentieel voor een succesvolle behandeling en belangrijk voor de gewenste behandelingsuitkomst (Shenolikar, Balkrishnan & Hall, 2004; Casalino & Crosson, 2015).

Reumatologen worden geconfronteerd met de druk om efficiëntere poliklinische zorg te leveren (Berrios-Rivera et al., 2006). Als gevolg hiervan krijgen patiënten kortere afspraken en moeilijker tijdige toegang tot hun reumatoloog. Zulke ervaringen kunnen het vertrouwen in de reumatoloog en de tevredenheid in de reumatoloog ondermijnen. Verder wordt de mate van vertrouwen in de reumatoloog grotendeels gebaseerd op de communicatie tussen de arts en de patiënt (Brekke et al., 2001). Door de toegenomen druk op artsen is het de vraag of een arts in een korte tijd een goede arts-patiënt communicatie kan onderhouden.

Ondanks de groeiende belangstelling voor de mate van vertrouwen in de reumatoloog, tevredenheid in de reumatoloog en zelf-effectiviteit van RA patiënten in communicatie met de reumatoloog, is dit onderwerp in Nederland relatief weinig onderzocht. Onderzoek richt zich met name op de lange-termijn relatie tussen de patiënt en zijn huisarts. Het is ook van belang dat patiënten een goede lange-termijn relatie met hun reumatoloog opbouwen, aangezien RA-patiënten hun reumatoloog vaker zien dan hun huisarts (Freburger et al., 2003).

Vanuit de bovenstaande motivatie is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Bestaat er een significante relatie tussen enerzijds het vertrouwen in de reumatoloog, de tevredenheid over de reumatoloog en reumaverpleegkundige, de zelf-effectiviteit in communicatie en anderzijds medicatie therapietrouw onder gediagnosticeerde RA-patiënten?

1.6 Verwachtingen

Met betrekking tot de onderzoeksvraag wordt verwacht dat de medicatie therapietrouwe en medicatie therapieontrouwe groep van elkaar verschillen met betrekking tot het vertrouwen in de reumatoloog, de tevredenheid over de reumatoloog en de zelf-effectiviteit van de RA patiënten. Hierbij wordt verwacht dat therapietrouwe patiënten vaker tevreden zijn in hun reumatoloog/reumaverpleegkundige, meer vertrouwen hebben in hun reumatoloog en meer

zelf-effectiviteit rapporteren. Verder wordt verwacht dat de drie concepten een significante relatie hebben met medicatie therapietrouw. Dit resultaat wordt verwacht aangezien uit de literatuur bleek dat deze factoren een grote invloed kunnen hebben op de medicatie therapietrouw van patiënten (Brekke et al.,2001).

Verder wordt verwacht dat vertrouwen in de reumatoloog en tevredenheid over de reumatoloog significant positief met elkaar correleren aangezien uit een nationale steekproef onder burgers in de Verenigde Staten blijkt dat de tevredenheid over zorg gerelateerd is aan vertrouwen in de arts (Shenolikar et al., 2004).

2. Methode

2.1 Design

In dit onderzoek is er een secundaire analyse toegepast op reeds verzamelde data. De eerder verzamelde data werd door middel een survey onder RA-patiënten verzameld, waarbij een voor en een nameting is afgenomen. In dit onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de data uit de eerste meting.

2.2 Respondenten en procedure

415 RA patiënten werden geselecteerd uit de patiënten database van het Reuma Centrum Twente in Enschede, Nederland. Alle participanten aan dit onderzoek zijn RA patiënten zijn gediagnosticeerd met RA die conform het Amerikaans College van Reumatologie (1987). Patiënten die waren overleden (n=10), langer dan een jaar geleden hun laatste consultatie hadden gehad (n=24), niet gediagnosticeerd waren met RA (n=3), zware comorbiditeit ervoeren (n=4) of veranderd waren van ziekenhuis (n=1) werden uitgesloten van participatie. Op basis van deze voorwaarden zijn 42 patiënten uitgesloten van onderzoek.

In totaal werden 373 RA patiënten benaderd door middel een persoonlijke uitnodigingsbrief en een pen en papier vragenlijst. Uiteindelijk hebben tweehonderd zestig (n=260) RA patiënten deelgenomen in de studie, een response rate van 69.7%.

2.3 Meetinstrumenten

De gebruikte meetinstrumenten verzamelen informatie over socio-demografische factoren van de patiënt, hun medicatie therapietrouw, hun tevredenheid over de zorg van reumatoloog en reumaverpleegkundige, vertrouwen in de reumatoloog en hun zelf-effectiviteit in de communicatie met de reumatoloog (zie bijlage 1). De meetinstrumenten zijn hieronder beschreven.

2.3.1 Socio-demografische factoren

In de afgenomen vragenlijst is de deelnemende patiënt gevraagd naar zijn/haar geslacht (man/vrouw) leeftijd (in aantal jaren), burgerlijke staat (samenwonend/niet samenwonend), arbeidssituatie (werkzaam/niet werkzaam) en opleidingsniveau (laag/gemiddeld/hoog).

2.3.2 Ziekte-gerelateerde factoren

Patiënten zijn gevraagd naar hun ziekte duur, algehele gezondheid, aantal consultaties in de afgelopen twaalf maanden en de mate van pijn.

Ziekteduur is op categoriaal niveau gemeten, waarbij de patiënt kon aangeven of deze zijn/haar RA diagnose korter dan een jaar, tussen een en vijf jaar en langer dan vijf jaar geleden had gekregen.

Verder is de algehele gezondheid gemeten door middel van item 1 van de Medical Outcomes Study 12-Item Short Form Health Survey (SF-12) (Ware et al., 1995), waarbinnen de patiënt kan aangeven hoe deze over het algemeen zijn gezondheid ervaart. Deze 5-punts Likert schaal heeft keuzes ‘uitstekend’ (1) tot ‘slecht’ (5), waarbij een lagere score op dit item een hogere algemene gezondheid uitdrukt.

Tot slot is de patiënt door middel van item 8 van de SF-12 vragenlijst gevraagd in welke mate de factor pijn hem/haar de afgelopen weken heeft belemmerd bij zijn/haar bezigheden. De 5-punts Likert-schaal bevat hierbij de keuzemogelijkheden ‘helemaal niet’ (1) tot ‘heel veel’ (5) waarbij een lagere score minder beperkingen door pijn impliceert.

2.3.3 Medicatie therapietrouw

De mate van therapietrouw onder RA patiënten is in dit onderzoek gemeten door middel van de acht items van de Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). De MMAS bestaat uit in totaal acht items waarin de eerste zeven items dichotoom zijn. Het laatste item betreft een 5-punts Likert-schaal, die meet in hoeverre een patiënt zijn/haar medicatie vergeet in te nemen (Morisky, Green & Levine, 1986). Deze 5-punts Likert-schaal bevatte de keuzes ‘altijd’ (1), ‘meestal’(2), soms (3), zelden (4) en ‘nooit’ (5). De score op het laatste item werd gedichotomiseerd, waarbij een score van 1 (‘altijd’), 2 (‘meestal’), 3 (‘soms’) of 4 (‘zelden’) de waarde 0 aannam. Een score van 5 (‘nooit’) neemt hierbij de waarde 1 aan.

Een voorbeeld item van de MMAS is ‘Vergeet u wel eens uw reumamedicatie in te nemen?’ In dit onderzoek is onderscheid gemaakt tussen twee groepen, namelijk een groep die wel en een groep die niet medicatie therapietrouw is. De patiënten met een schaalscore van acht op de MMAS zijn ingedeeld in de medicatie therapietrouwe groep, terwijl een score van lager dan acht therapieontrouw impliceert. De in dit onderzoek gemeten interne consistentie van de MMAS was voldoende $\alpha=0.70$.

2.3.4 Gezondheidszorg gerelateerde factoren

In dit onderzoek is ingegaan op de mate van vertrouwen in de reumatoloog, de mate van tevredenheid over de reumatoloog en zelf-effectiviteit in de interactie met de reumatoloog. Voor het meten van deze concepten zijn de volgende meetinstrumenten gebruikt:

2.3.4.1 Tevredenheid over reumatoloog en reumaverpleegkundige

De mate van tevredenheid over de reumatoloog is gemeten door middel van de items van de QUOTE voor reumatische patiënten (van Campen, Sixma, Kerssens, Peters, & Rasker., 1998). Deze vragenlijst is een valide en betrouwbaar instrument onder reumatische patiënten (van Campen et al., 1998). In de vragenlijst worden zes items gebruikt om tevredenheid over respectievelijk de reumatoloog en reumaverpleegkundige te meten. De vragenlijst start met: ‘De reumatoloog/reumaverpleegkundige met wie u de afgelopen maanden contact hebt gehad...’ Vervolgens zijn item voorbeelden ‘kende mijn problemen goed’ en ‘nam mij serieus’.

De antwoordmogelijkheden van de vragen variëren van ‘helemaal niet’ (1) tot ‘zeker’ (4). Het mogelijke bereik van deze scores voor beide schalen is 6 tot 24, waarbij een hogere score een hogere mate van tevredenheid met de zorg aangeeft. De in dit onderzoek gemeten interne consistentie van de QUOTE was goed, namelijk $\alpha=0.83$ en $\alpha=0.85$ voor respectievelijk de reumatoloog en reumaverpleegkundige.

2.3.4.2 Vertrouwen in reumatoloog

Het vertrouwen in de reumatoloog onder RA-patiënten is gemeten door middel van het Trust In Physicians short form (TRIP_sf), dat is gebaseerd op de Cologne-Patient-Questionnaire scale (CPQ) ‘vertrouwen in artsen’ en verschillende aspecten van het vertrouwen in de arts-patiënt-interactie meet (Ommen et al., 2008). Het vertrouwen van de RA patiënt in de reumatoloog is gemeten door middel van vier items. Een voorbeeld item van dit meetinstrument is: ‘Ik vertrouw mijn reumatoloog volledig’. De items worden beantwoord door middel van een 5-punts Likert-schaal met de antwoordopties ‘zeer mee oneens’ (1) tot ‘zeer mee eens’ (5). De mogelijke scores variëren van 4 tot 20, waarin een score van 20 een hoge mate van vertrouwen in de reumatoloog impliceert. De in dit onderzoek gemeten interne consistentie van dit instrument is hoog $\alpha=0.94$.

2.3.4.3 Zelf-effectiviteit van de patiënt

Om de zelf-effectiviteit van RA-patiënten in de interactie met de arts te meten is in dit onderzoek gebruik gemaakt van PEPPI-5, een meetinstrument dat zich richt op het verkrijgen van medische informatie en aandacht voor hun medische zorgen (Maly et al., 1998). Er is in dit onderzoek voor gekozen om gebruik te maken van PEPPI-5 aangezien dit meetinstrument beschikt over goede psychometrische kwaliteiten, waarbij een hoge mate van interne

consistentie, een goede test-hertest betrouwbaarheid en een adequate convergente en discriminante validiteit worden gerapporteerd (ten Klooster et al., 2012). De PEPPI-5 bevat vijf items waarin het subjectieve gevoel van zelfvertrouwen in interactie met de arts van patiënten gemeten (Maly et al., 1998). De antwoordmogelijkheden van de vragenlijst hebben de vorm van een 5-punts Likert-schaal met de antwoordmogelijkheden ‘helemaal geen vertrouwen’ (1) tot ‘heel veel vertrouwen’ (5).

De PEPPI-5 is in het Nederlands vertaald en gevalideerd (Ten Klooster et al., 2012). De vragenlijst start met: ‘Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat...’ Vervolgens worden vragen gesteld als: ‘Welke vragen u uw reumatoloog moet stellen?’ en ‘U in staat bent om uw reumatoloog al uw vragen te laten beantwoorden?’

De range van scores loopt van 5 tot 25, waarin een hogere score meer zelf-effectiviteit impliceert. De in dit onderzoek gemeten interne consistentie van de PEPPI-5 was hoog $\alpha=0.95$.

2.4 Data-analyse

De onderzoeksvraag van dit onderzoek werd geanalyseerd met versie 22 van het statistische programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Allereerst werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd voor de gebruikte meetinstrumenten, wat gedaan werd door middel van Cronbach’s alpha. Uit de analyse bleek dat de Cronbach’s alpha voor alle gebruikte instrumenten voldoende is (0.70 tot 0.95).

Vervolgens waren de participanten onderverdeeld in 2 afzonderlijke groepen op basis van hun MMAS score. Hierbij werd een therapietrouwe (somscore 8) en een therapieontrouwe groep (somscore lager dan 8) gecreëerd.

Daarna werden de achtergrondgegevens van de RA-patiënten geanalyseerd. Leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, burgerlijke staat en arbeidssituatie van de patiënten zijn geanalyseerd voor zowel de totale respondenten groep, als voor de medicatie therapietrouwe/medicatie therapieontrouwe groepen. Deze gegevens werden geanalyseerd met een chi-kwadraat toets of een t-toets, afhankelijk van de verdeling van de data. Verder werden de ziekte-gerelateerde factoren vergeleken tussen de twee groepen met behulp van een chi-kwadraat toets of t-toets.

De onderlinge correlaties tussen de meetinstrumenten werd vervolgens met Spearman’s Rho geanalyseerd.

Vervolgens is er gekeken in welke mate medicatie therapietrouw bij de beide groepen

verklaard kon worden door de vier onafhankelijke variabelen tevredenheid met de reumatoloog, tevredenheid met de reumaverpleegkundige, vertrouwen in de reumatoloog en zelf-effectiviteit van de RA-patiënt in de communicatie met de reumatoloog. Omdat de bovenstaande vier onafhankelijke variabelen niet normaal verdeeld bleken te zijn, werden de verschillen tussen beide groepen getoetst middels een Mann-Whitney U test.

Tot slot werd er door middel van een meervoudige logistische regressieanalyse gekeken in hoeverre de vier variabelen tevredenheid met de reumatoloog, tevredenheid met de reumaverpleegkundige, vertrouwen in de reumatoloog en zelf-effectiviteit de mate van therapietrouw konden verklaren. Hierbij werden als mogelijke confounders de socio-demografische gegevens meegenomen.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek uiteengezet. Allereerst worden de socio-demografische factoren van de patiënten geanalyseerd voor zowel de totale groep als voor de medicatie therapietrouwe en medicatie therapieontrouwe groep. Uit de analyse blijken 127 (48.8%) van de RA-patiënten therapietrouw en 109 (41.9%) therapieontrouw te zijn. Hierbij is de gemiddelde score op de MMAS in de medicatie therapieontrouwe groep 5.90 (sd=0.13). Binnen de steekproef van 260 (n=260) RA-patiënten is er sprake van 24 (9.2%) missing cases op de MMAS.

3.1 Socio-demografische factoren

In de tabel 1 zijn de socio-demografische gegevens van de participanten weergegeven.

Allereerst kan er op basis van de onderstaande tabel worden opgemerkt dat aan deze steekproef overwegend meer vrouwelijke RA-patiënten hebben deelgenomen. Verder laat onderstaande tabel zien dat de leeftijd van de deelnemende RA-patiënten gemiddeld 59.98 jaar oud is (range 22-86). Een groot deel van de RA-patiënten in de steekproef is samenwonend (n=188, 72.3%) en niet werkzaam (n=138, 53.1%). 99 RA-patiënten geven aan dat zij een gemiddelde opleiding hebben genoten (38.1%).

Verder is op basis van de onderstaande gegevens een significant verschil gevonden in de categorie leeftijd. De therapietrouwe groep is gemiddeld genomen ouder dan de therapieontrouwe groep. Bij de overige socio-demografische factoren (geslacht, burgerlijke staat, arbeidssituatie en opleidingsniveau) treedt geen significant verschil op.

Tabel 1. *Socio-demografische factoren van 260 patiënten met RA*

Construct		Totale groep (N=260)	Medicatie therapietrouw (N=127)	Medicatie therapieontrouw (N=109)	t/X ²	P- waarde
Geslacht ²	Man	85 (32.7%)	40 (47.1%)	45 (52.9%)	2.44	0.118
	Vrouw	151 (58.1%)	87 (57.6%)	64 (42.4%)		
	Missing	N=24 (9.2%)	/	/		
Leeftijd (M,SD)) ¹		(59.98, (13.71))	(61.67, (11.54))	(55.89, (14.59))	3.307	0.001
	Missing	N=1	/	/		
Burgerlijke staat**					0.144	0.704
	Samenwonend	188 (72.3%)	100 (53.2%)	88 (46.8%)		
	Niet samenwonend	48 (18.7%)	27 (56.3%)	21 (43.8%)		
	Missing	N=24 (9.2%)	/	/		
Arbeidssituatie ²	Werkzaam	95 (36.5%)	46 (48.4%)	49 (51.6%)	0.371	0.831
	Niet werkzaam	138 (53.1%)	80 (58.0%)	58 (42.0%)		
	Missing	N=27 (10.4%)	N=1	N=2		
Opleidingsniveau ²	Laag	92 (35.4%)	50 (54.3%)	42 (45.7%)	2.066	0.151
	Gemiddeld	99 (38.1%)	55 (55.6%)	44 (44.4%)		
	Hoog	42 (16.2%)	21 (50%)	21 (50.0%)		
	Missing	N=27 (10.4%)	N=1	N=2		

¹ T-toets (ongepaard)

² Chi-kwadraat toets

3.2 Ziekte-gerelateerde factoren

In tabel 2 zijn de ziekte-gerelateerde factoren van de deelnemende RA-patiënten weergegeven.

Zestig procent van de deelnemende RA-patiënten hadden een ziekteduur tussen een en vijf jaar (n=156). Het gemiddelde op de variabele ‘algehele gezondheid’ is 3.30 wat een matige tot goede algemene gezondheid impliceert. Verder scoren de RA-patiënten gemiddeld 2.35 op de vraag in welke mate zij de in de vier weken ervoor door pijn zijn gehinderd in hun normale werk. Dit impliceert dat de RA-patiënten in deze steekproef zich over het algemeen een klein beetje gehinderd voelden door pijn. Tot slotte gaven 122 (46.9%) RA-patiënten in de steekproef aan dat zij in de afgelopen twaalf maanden hun reumatoloog meer dan drie keer hadden bezocht.

Uit de uitgevoerde analyses van de ziekte-gerelateerde factoren (zie tabel 3.2.1) blijkt dat er geen statistisch significante verschillen gevonden worden in ‘ziekte duur’, ‘algehele gezondheid’, ‘pijn’ en ‘aantal consultaties’ tussen de medicatie therapietrouwe en medicatie therapieontrouwe groep.

Tabel 2. *Ziekte-Gerelateerde Factoren voor 260 RA-patiënten*

Construct		Totale groep N=260	Medicatie therapietrouw N=127	Medicatie therapieontrouw N=109	t(sd)/X ²	P- waarde
Ziekteduur ²	<1 jaar	26 (10%)	15 (57.7%)	11 (42.3%)	0.844	0.656
	1-5 jaar	156 (60%)	81 (51.9%)	75 (48.1%)		
	>5 jaar	53 (20.4%)	31 (58.5%)	22 (41.5%)		
	Missing	N=25 (9.6%)	/	N=1		
Algehele gezondheid (M, (SD)) ¹		3.30 (0.763)	3.24 (0.784)	3.37 (0.744)	1.260 (0.209)	0.209
	Missing	N=25 (9.6%)				
Pijn (M, (SD)) ¹		2.35 (0.951)	2.37 (0.865)	2.40 (1.008)	0.235 (0.814)	0.814
	Missing	N=27 (10.4%)				
Aantal consultaties ²	≤2	51 (19.6%)	29 (56.9%)	22 (43.1%)	0.281	0.869
	=3	63 (24.2%)	34 (54%)	29 (46%)		
	>3	122 (46.9%)	64 (52.5%)	58 (47.5%)		
	Missing	N=24 (9.2%)				

¹ T-toets (ongepaard)

² Chi-kwadraat toets

3.3 Gezondheidszorg gerelateerde factoren

De gezondheidszorg gerelateerde factoren werden geanalyseerd met een Mann-Whitney U test, aangezien uit de analyses bleek dat tevredenheid over de reumatoloog/reumaverpleegkundige, vertrouwen in de reumatoloog en zelf-effectiviteit van de RA-patiënt niet normaal verdeeld waren.

Tabel 3 laat zien dat er geen significante verschillen gevonden worden in tevredenheid, vertrouwen en zelf-effectiviteit tussen de medicatie therapietrouwe en medicatie therapieontrouwe patiënten groep. Verder valt op dat zowel de medicatie therapietrouwe als medicatie therapieontrouwe groep zeer hoog scoort op de variabelen tevredenheid met de reumatoloog en tevredenheid met de reumaverpleegkundige, waarbij de maximale schaalscore (QUOTE) 24 is.

Verder valt te zien dat de RA-patiënten in deze steekproef een redelijk hoge mate van vertrouwen in hun reumatoloog rapporteren, waarbij de maximale schaalscore van het instrument (TRIP_sf), 20 kon zijn. De gemiddelde itemscore van dit meetinstrument is 4.23 (0.66). Deze gemiddelde itemscore is hoger in vergelijking tot het onderzoek van Ommen et al. (2008) waarin dezelfde vragenlijst word afgenomen bij zwaar gewonden patiënten ten gevolge van werk/verkeersongelukken.

De zelf-effectiviteit van de patiënt in de communicatie met de reumatoloog, welke gemeten wordt middels PEPPI-5, is hoog in vergelijking met het onderzoek van ten Klooster et al. (2012), waarin patiënten met artrose gemiddeld een somscore van 18.8 (sd 4.3) rapporteerden.

Uit de vermelde IQR range valt op te maken dat er weinig spreiding in de somscores van de groepen.

Tabel 3. *Mediaan, U-waarde en IQR voor Tevredenheid met Reumatoloog/Reumaverpleegkundige, Vertrouwen in de Reumatoloog en Zelf-effectiviteit bij Medicatie Therapietrouwe en Therapieontrouwe Patiënten*

Construct	Totale groep N=260	Medicatie therapietrouw N=127	Medicatie therapieontrouw N=109	P-waarde
Tevredenheid reumatoloog	23 [24;21]	23 [24;21]	23 [24;20]	0.444
U-waarde	4914.500			
Missing	N=55	N=12	N=14	
Tevredenheid reumaverpleegkundige	24 [24;21]	24 [24;22]	23 [24;20]	0.082
U-waarde	5708.500			
Missing	N=31	N=4	N=3	
Vertrouwen reumatoloog	16 [20;16]	16 [20;16]	16 [19;16]	0.063
U-waarde	5941.000			
Missing	N=25	N=1		
Zelf-effectiviteit	20 [25;20]	21 [25;20]	20 [24;19]	0.119
U-waarde	5921.000			
Missing	N=28	N=3	N=1	

¹Scores worden aangegeven als Mediaan (Q3-Q1)

²Verschillen tussen groepen getoetst door middel een Mann-Whitney U test

³Mogelijke score QUOTE (tevredenheid reumatoloog/Reumaverpleegkundige) is 6-24

⁴Mogelijke score TRIP_sf (vertrouwen reumatoloog) is 4-20

⁵Mogelijke score PEPPI-5 (zelf-effectiviteit RA-patiënt) is 5-25

3.4 Samenhang tussen de gezondheidszorg gerelateerde factoren

In tabel 4 valt te zien dat vier meetinstrumenten significant met elkaar correleren. Allereerst is er sprake van een zeer sterke, positieve correlatie tussen de variabelen tevredenheid met de reumatoloog en tevredenheid met de Reumaverpleegkundige. Blijkbaar zijn patiënten die tevreden zijn over hun reumatoloog ook tevreden over hun reumaverpleegkundige. Verder is er sprake van een sterke, positieve correlatie tussen de variabelen tevredenheid met de reumatoloog en vertrouwen in de reumatoloog. Wanneer patiënten tevreden zijn over hun reumatoloog hebben zij ook vertrouwen in de reumatoloog. Ook is er sprake van een moderate, positieve correlatie tussen tevredenheid met de reumatoloog en de zelf-effectiviteit van de patiënt in de communicatie met de reumatoloog. Patiënten die tevreden zijn over hun reumatoloog voelen zich ook in staat om vragen te stellen aan hun reumatoloog ten aanzien van hun ziekte.

De variabele tevredenheid met de reumaverpleegkundige correleert matig en positief met het vertrouwen in de reumatoloog en daarnaast matig en positief met zelf-effectiviteit van de RA-patiënt. Patiënten die tevreden zijn over hun reumaverpleegkundige hebben ook vertrouwen in de reumatoloog en voelen zich meer in staat vragen te stellen ten aanzien van hun ziekte aan de reumatoloog.

Tot slot is er sprake van een matige positieve correlatie tussen het vertrouwen in de reumatoloog en de zelf-effectiviteit van de RA-patiënt.

Tabel 4. *Onderlinge Correlatie Tussen de Gezondheidszorg factoren*

Construct	1	2	3	4
Tevredenheid reumatoloog	1.00			
Tevredenheid reumaverpleegkundige	0.73**	1.00		
Vertrouwen reumatoloog	0.44**	0.36**	1.00	
Zelf-effectiviteit	0.48**	0.44**	0.64**	1.00

¹ *p<0.05, **p<0.01

² Getoetst door middel van een Spearman correlatie

3.4. Voorspellers voor medicatie therapietrouw

Door middel van een meervoudige logistische regressieanalyse wordt gekeken of de gemeten onafhankelijke variabelen (tevredenheid met de reumatoloog, tevredenheid met de reumaverpleegkundige, vertrouwen in de reumatoloog en zelf-effectiviteit van de RA-patiënt) de afhankelijke variabele (het wel dan niet therapietrouw zijn) kon verklaren.

De socio-demografische variabelen ‘geslacht’, ‘leeftijd’, ‘burgerlijke staat’, ‘arbeidssituatie’ en ‘opleidingsniveau’ worden in de meervoudige logistische regressieanalyse meegenomen als mogelijke confounders. Hoewel eerdere analyses lieten zien dat alleen de variabele ‘leeftijd’ significant verschilde tussen de medicatie therapietrouwe en medicatie therapieontrouwe groep, kunnen de vijf socio-demografische variabelen samen toch mogelijk de regressie beïnvloeden.

Uit de analyse van model 1 (zie tabel 5) bleek vanuit de Hosmer en Lemeshow test dat dit model een goede fit heeft ($p=0.165$), waarbij de variabele ‘leeftijd’ ($p=0.002$) significant gerelateerd is aan therapietrouw. De medicatie therapietrouw groep is gemiddeld genomen ouder dan de medicatie therapieontrouwe groep. De variabelen ‘geslacht’, ‘burgerlijke staat’, ‘arbeidssituatie’ en opleidingsniveau blijken geen significante voorspeller te zijn voor medicatie therapietrouw. De analyse laat zien dat de variabelen tezamen 9.6% van de variantie in medicatie therapietrouw verklaarden (Nagelkerke $R^2=0.096$, $p=0.165$).

Het tweede model (zie tabel 5), waarin de onafhankelijke variabelen worden toegevoegd bleek een goede fit te hebben op basis van de Hosmer Lemeshow-test ($p=0.217$), waarbinnen de variabelen ‘leeftijd’ ($p=0.003$) en ‘geslacht’ ($p=0.033$) significant blijken te zijn. De Nagelkerke R^2 in dit model is 0.122 ($p=0.271$).

Tabel 5: *Predictoren van Therapietrouw in Meervoudige Logistische Regressieanalyse (N=195)*

Construct	B	S.E.	Wald	Exp (B)	P- waarde
Model 1					
Geslacht	-0.584	0.318	3.368	0.558	0.066
Leeftijd	0.048	0.015	9.796	1.050	0.002
Burgerlijke staat	0.003	0.424	0.000	1.003	0.995
Arbeidssituatie	-0.370	0.383	0.935	0.691	0.334
Opleidingsniveau	-0.029	0.217	0.018	0.972	0.894
Nagelkerke R			0.096		
Model fit			$\chi^2=11.706$, p=0.165		
Model 2					
Geslacht	-0.703	0.329	4.561	0.495	0.033
Leeftijd	0.047	0.016	8.929	1.048	0.003
Burgerlijke staat	-0.028	0.433	0.004	0.973	0.949
Arbeidssituatie	-0.302	0.393	0.593	0.739	0.441
Opleidingsniveau	0.04	0.221	0.000	1.004	0.985
Tevredenheid reumatoloog	-0.022	0.100	0.048	0.978	0.827
Tevredenheid reumaverpleegkundige	0.057	0.083	0.473	1.059	0.492
Vertrouwen reumatoloog	0.053	0.078	0.468	1.055	0.494
Zelf-effectiviteit	0.042	0.064	0.422	1.043	0.516
Nagelkerke R2			0.122		
Model fit			$\chi^2=9.921$, p=0.271		

4. Discussie

Medicatie therapietrouw is van groot belang voor patiënten die lijden aan RA, aangezien suboptimale therapietrouw kan leiden tot sociale, functionele en psychische klachten. Het trouw innemen van medicatie geeft verlichting van de symptomen waardoor functionele en psychische klachten worden verminderd (Fauci et al., 1997). Echter bleek uit onderzoek van van den Bemt et al. (2012) dat 30 tot 80% van de RA-patiënten niet altijd medicatie therapietrouw zijn.

In deze these zijn de variabelen tevredenheid met de reumatoloog/reumaverpleegkundige, vertrouwen in de reumatoloog en zelf-effectiviteit van de patiënt in de communicatie met de reumatoloog onderzocht. Hoewel eerder onderzoek is verricht naar deze factoren, was voorgaand onderzoek met name gericht op de relatie tussen patiënt en huisarts. Dit onderzoek biedt meer inzicht in de mate van tevredenheid, vertrouwen en zelf-effectiviteit in relatie tot de reumatoloog onder RA-patiënten in Nederland.

In deze these werd de volgende onderzoeksvraag behandeld:

Bestaat er een significante relatie tussen enerzijds het vertrouwen in de reumatoloog, de tevredenheid over de reumatoloog en reumaverpleegkundige, de zelf-effectiviteit in communicatie en anderzijds medicatie therapietrouw onder gediagnosticeerde RA-patiënten?

4.1 Medicatie therapietrouw

Uit dit onderzoek naar medicatie therapietrouw bleek dat 41.9% van de deelnemende RA-patiënten medicatie therapieontrouw is. Dit percentage is laag in vergelijking met het onderzoek van Salt en Frazier (2011), waarbij 91% van de RA-patiënten medicatie therapietrouw zouden zijn. Echter werd in het huidige onderzoek een ander meetinstrument gebruikt om medicatie therapietrouw te meten dan in het onderzoek van Salt en Frazier (2011). In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de MMAS terwijl in het onderzoek van Salt en Frazier de MARS-9RA is gebruikt. Daarnaast moet opgemerkt worden dat er in het huidige onderzoek gebruik is gemaakt van een hoge cut off-score van 8 op de MMAS. Deze cut off-score is niet in overeenstemming met het onderzoek van Morisky, Ang, Krousel-Wood & Ward (2008), waarin patiënten met een hoge bloeddruk medicatie therapietrouw bevonden werden op een cut off-score van zes. Wanneer echter in het huidige onderzoek gekeken werd naar de spreiding van de scores op de MMAS bleek dat deze niet overeen kwam met de mate van medicatie therapietrouw welke gevonden werd in de literatuur.

Aangezien de MMAS nog niet is gevalideerd voor RA patiënten zou het zo kunnen zijn dat een afkappunt van zes op dit meetinstrument niet passend is bij deze patiëntenpopulatie. Daarnaast hangt de gevonden mate van medicatie therapietrouw af van de definitie van therapietrouw. Er is nog geen consensus bereikt over wat een adequate naleving van medicatie therapietrouw inhoudt (Osterberg & Blaschke, 2005). Zo stellen sommige wetenschappers dat kan worden gesproken van medicatie therapietrouw wanneer de patiënt in 80% van de gevallen zijn/haar medicatie inneemt zoals afgesproken tussen de patiënt en behandelaar. Andere wetenschappers houden echter de grens van 95% van de ingenomen medicatie in het medicatieschema aan. De vraag is daarom in hoeverre een RA-patiënt mag afwijken van zijn/haar medicatieschema zonder dat dit invloed heeft op de uitkomsten van de behandeling. Aangezien RA een grillig verloop heeft waarin exacerbaties en remissies worden afgewisseld (van der Linden, Franssen & Dongen, 2002), kan het zijn dat medicatie therapietrouw belangrijker is tijdens acute pijnklachten en ontstekingen, aangezien er een bepaald niveau van medicatie moet worden opgebouwd. Dit in tegenstelling tot pijnstillers, die kunnen worden ingenomen op het moment dat de patiënt hier behoefte aan heeft.

4.2 Verschil in tevredenheid, vertrouwen en zelf-effectiviteit onder RA patiënten

Op basis van de bevindingen uit de literatuur was de verwachting dat medicatie therapieontrouwe RA-patiënten minder tevredenheid met de reumatoloog en reumaverpleegkundige, minder vertrouwen in de reumatoloog en minder zelf-effectiviteit in communicatie met de reumatoloog zouden rapporteren. Deze verwachtingen worden echter niet door de onderzoeksresultaten ondersteund. De medicatie therapietrouwe patiënten groep en ontrouwe groep blijken niet significant te verschillen tussen de tevredenheid met de reumatoloog/reumaverpleegkundige, vertrouwen in de reumatoloog en zelf-effectiviteit. Ook in de multivariate analyse, zijn geen significante relaties gevonden op tevredenheid, vertrouwen, zelf-effectiviteit en medicatie therapietrouw. Zowel de medicatie therapietrouwe als de medicatie therapieontrouwe RA- patiënten in deze steekproef zijn erg tevreden over hun behandelend reumatoloog en reumaverpleegkundige en hebben een hoge mate van zelf-effectiviteit in de communicatie met de reumatoloog in vergelijking tot onderzoek naar deze variabelen op een andere patiëntenpopulatie (Ommen et al., 2008; ten Klooster et al., 2012). Zo wordt in het onderzoek van Ommen et al. (2008) de mate van vertrouwen in hun arts gemeten wanneer patiënten een zwaar ongeluk hebben gehad. Mogelijk rapporteren deze patiënten een lagere mate van vertrouwen aangezien de mate van vertrouwen beïnvloed wordt

door factoren als de continuïteit van de zorg en de lengte van de relatie tussen arts en patiënt (Berrios-Rivera et al., 2006). De mogelijkheid om de gevonden resultaten in dit onderzoek te vergelijken met dezelfde meetinstrumenten onder dezelfde patiëntenpopulatie is beperkt. Om daadwerkelijk uitspraak te kunnen doen over de mate van de tevredenheid, vertrouwen en zelf-effectiviteit in verhouding met andere RA-patiënten, moet meer onderzoek worden gedaan met dezelfde meetinstrumenten bij dezelfde patiëntenpopulatie.

Ruimte voor verbeteringen in tevredenheid, vertrouwen en zelf-effectiviteit is in deze steekproef dus beperkt. Dit hoeft niet te betekenen dat deze factoren helemaal geen invloed hebben op medicatie therapietrouw. In dit onderzoek is alleen gewerkt met patiënten van het Reuma Centrum Twente in Enschede. Het is mogelijk dat deze steekproef niet representatief is voor de gehele populatie. Zo is in dit onderzoek de etniciteit van de RA patiënten niet meegenomen. De etniciteit van de patiënt is echter van invloed op de relatie tussen arts en patiënt, waarbij de relatie tussen arts en patiënt weer invloed heeft op de mate van tevredenheid, medicatie therapietrouw en gezondheidsuitkomsten (Ferguson & Candib, 2002). Ook blijkt uit het onderzoek van Halbert, Armstrong, Gandy en Shaker (2006) dat de Afrikaans-Amerikaanse bevolking in vergelijking tot de blanke bevolking minder vertrouwen in hun zorgaanbieders hadden.

In dit onderzoek is etniciteit echter niet meegenomen, waardoor het onduidelijk is hoe de etnische samenstelling van de proefpersonen groep eruit ziet.

4.3 Samenhang tussen de gezondheidszorg gerelateerde factoren

Wanneer gekeken wordt naar de samenhang van de gebruikte meetinstrumenten blijken hier een aantal opmerkelijke resultaten naar voren te komen.

Allereerst bleek dat patiënten die tevreden waren over hun reumatoloog ook tevreden waren over hun reumaverpleegkundige. Wellicht zou deze relatie verklaard kunnen worden doordat het beleid van de reumatoloog en reumaverpleegkundige op een lijn liggen. Hierbij staat de patiënt onder behandeling bij de reumatoloog, maar kunnen zij bij de reumaverpleegkundige terecht voor eventuele vragen over de aandoening of medicatiegebruik.

Daarnaast werd er een relatie gevonden tussen het vertrouwen in de reumatoloog en zelf-effectiviteit. Mogelijk zorgt vertrouwen in de reumatoloog ervoor dat RA patiënten zich meer in staat voelen om vragen aan de reumatoloog te stellen. Het is daarom van belang dat reumatologen vertrouwen creëren in de relatie met de RA patiënt zodat deze zich ook meer in staat voelen om vragen over hun aandoening te stellen.

Vanuit de literatuur bleek dat het hebben van vertrouwen in de arts de mate van tevredenheid van een patiënt beïnvloed (Berrios-Rivera et al., 2006). Deze relatie tussen tevredenheid in de reumatoloog en reumaverpleegkundige aan de ene kant en zelf-effectiviteit van de RA-patiënt aan de andere kant zou verklaard worden doordat vertrouwen in de reumatoloog zorgt voor meer tevredenheid met de zorg (Berrios-Rivera et al., 2006). Aangezien de RA patiënten in de huidige steekproef veel vertrouwen hadden in hun reumatoloog is het dus niet verassend dat zij ook een hoge mate van tevredenheid rapporteren. Uit dit onderzoek is echter ook gebleken dat wanneer een patiënt tevreden is met de reumatoloog en reumaverpleegkundige, deze zich ook meer in staat voelt om vragen te stellen aan zijn/haar reumatoloog. In het onderzoek van Maly (1988) werd ook de mate van zelf-effectiviteit gemeten met behulp van hetzelfde meetinstrument als in dit onderzoek gebruikt werd. Uit dit onderzoek van Maly liet de ervaren zelf-effectiviteit ook een relatie zien met tevredenheid in de zorg.

4.3 Socio-demografische factoren

Vanuit dit onderzoek bleek dat de variabele leeftijd een significante relatie vertoonde met medicatie therapietrouw. Therapietrouwe patiënten bleken significant ouder te zijn dan de therapieontrouwe groep. Een verklaring hiervoor kan worden gevonden in de mate van waakzaamheid van de RA-patiënt (Park et al., 1999). Zo zouden oudere RA-patiënten hun activiteiten meer rondom hun medicatie gebruik inplannen, terwijl jongere RA-patiënten hun medicatiegebruik aanpassen aan hun levensstijl. Zo blijkt uit het onderzoek van Park et al., (1999) dat individuen die een hectisch leven leiden minder medicatie therapietrouw zijn. De gevonden resultaten komen echter niet overeen met het onderzoek van Wong en Mulhering (2007) en Pascual-Ramos et al., (2009). In beide onderzoeken werd geconcludeerd dat oudere RA patiënten minder therapietrouw zouden zijn dan jongere RA patiënten. Mogelijke oorzaken voor dit verschil tussen deze onderzoeken en het huidige onderzoek is dat zowel het onderzoek van Wong en Mulhering (2007) als dat van Pascual-Ramos et al. (2009) alleen gericht is op DMARDs, terwijl in het huidige onderzoek niet duidelijk was welke medicatie door de RA-patiënten gebruikt werd. Bovendien zijn in de beide onderzoeken de steekproeven relatief klein wat de generalisatie beperkt.

Voor de variabele geslacht werd eveneens een significantie gevonden voor de variabele geslacht. De relatie tussen geslacht en medicatie therapietrouw is echter twijfelachtig. De resultaten van eerdere analyse liet namelijk geen relatie zien tussen

medicatie therapietrouw en geslacht. Het zou dus mogelijk zijn dat de mannen in de steekproef wellicht ouder waren dan de vrouwen, wat de significantie in het model verklaard zou kunnen hebben.

De overige socio-demografische factoren geslacht, arbeidssituatie, burgerlijke staat en opleidingsniveau bleken geen significante relatie te vertonen met medicatie therapietrouw. Dit is in overeenstemming met het onderzoek van van den Bemt et al., (2012).

4.4 Ziekte-gerelateerde factoren

De in de vragenlijst gemeten ziekte-gerelateerde factoren ‘ziekteduur’, ‘algehele gezondheid’, ‘pijn’ en ‘aantal consultaties’ blijken niet significant te verschillen tussen de medicatie therapietrouwe en medicatie therapieontrouwe groep. Deze resultaten zijn in overeenstemming met de literatuurstudie van van den Bemt et al., (2012).

4.5 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek bied inzicht in de tevredenheid in de reumatoloog/reumaverpleegkundige, vertrouwen in de reumatoloog en zelf-effectiviteit van de patiënt. Eerder buitenlands onderzoek richtte zich met name op de relatie met de huisarts of artsen in het algemeen. Dit onderzoek bied meer informatie over deze factoren en hun invloed op medicatie therapietrouw op RA-patiënten in Nederland. De gezondheidszorg gerelateerde factoren zijn betrouwbaar gemeten en beschikken over voldoende psychometrische kwaliteit.

In dit onderzoek zijn een aantal beperkingen op te merken. Allereerst is er in dit onderzoek alleen gebruik gemaakt van zelf-rapportage. Hoewel deze methode makkelijk in gebruik is en weinig belasting voor de patiënt met zich meebrengt is een nadeel van zelf-rapportage dat het gevoelig is voor sociaal wenselijkheid en bovendien tijdsafhankelijk is, wat de resultaten beïnvloed kan hebben. Wanneer er een combinatie van meerdere methoden wordt gebruikt om medicatie therapietrouw onder RA-patiënten in kaart te brengen, zou er een meer betrouwbaar beeld kunnen ontstaan naar medicatie therapietrouw.

Verder wordt er in de MMAS niet gevraagd welke type medicatie de RA-patiënt gebruikt. Zo kan er een hogere mate van medicatie therapietrouw verwacht worden onder RA-patiënten die medicatie per infuus krijgen toegediend, in vergelijking tot patiënten die klassieke DMARDs krijgen, waarbij zelfmanagement een grote rol speelt (Kardas et al., 2013). Daarnaast is de behandeling van RA met NSAIDs en DMARDs fundamenteel anders, NSAIDs werken snel en behoeven geen continue inname, in tegenstelling tot DMARDs

welke wel continue inname behoeven (Brus, van de Laar, Taal, Rasker & Wiegman, 1999).

Aangezien niet is gemeten welke type medicatie door de RA-patiënt gebruikt, is het moeilijk om de resultaten te generaliseren. Wanneer er in dit onderzoek overwegend meer patiënten gebruik maken van medicatie die intraveneus wordt toegediend zouden deze resultaten de mate van therapietrouw onder patiënten die gebruik maken van DMARDs en NSAIDs kunnen vertekenen.

Tot slot kan men zich afvragen of het afkappunt van de MMAS in dit onderzoek juist gelegd is. Gezien de spreiding van de scores op de MMAS bleek dat een cut-off score van zes, waarschijnlijk niet toepasbaar is op patiënten met RA. Hoewel er om deze reden voor gekozen is om een cut-off score van acht te kiezen zou onderzoek moeten uitwijzen welk afkappunt wel geschikt is om medicatie therapieontrouw bij RA patiënten vast te stellen.

4.6 Aanbevelingen voor de praktijk

Uit dit onderzoek bleek dat jongere RA-patiënten minder therapietrouw waren dan oudere RA patiënten. Deze relatie zou mogelijk verklaard kunnen worden door de levensstijl van de patiënt. Uit het onderzoek van Park et al., (1999) bleek bijvoorbeeld dat individuen die een hectisch leven leiden minder therapietrouw is dan patiënten die dit niet doen. Oudere patiënten bleken vaker hun levensstijl aan te passen aan hun medicatie schema, terwijl jongere patiënten vaker hun medicatie schema proberen in te passen in hun levensstijl. Het is van belang dat artsen en apothekers op de hoogte zijn van de invloed van leeftijd op medicatie therapietrouw zodat de reumatoloog eventueel een behandelplan op kan stellen dat makkelijker toe te passen in de levensstijl van de patiënt.

Verder bleken de variabelen tevredenheid, vertrouwen en zelf-effectiviteit met elkaar te correleren. Het creëren van voldoende tevredenheid en vertrouwen draagt bij aan de zelf-effectiviteit van de patiënt waarbij patiënten zichzelf in staat achten om medische informatie te verkrijgen (Marly et al., 1998). Hoewel tevredenheid, vertrouwen en zelf-effectiviteit vanuit dit onderzoek geen relatie bleek te vertonen met medicatie therapietrouw is het toch van belang dat hier aandacht aan geschonken wordt. Zo kunnen vertrouwen en tevredenheid in de arts en paramedici invloed hebben op de gezondheidsuitkomst (Berrios-Rivera et al., 2006; Thom, Hall & Pawlson, 2004).

4.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Aangezien jongere mensen met RA minder vaak therapietrouw zijn aan hun medicatie dan ouder RA-patiënten is het van belang dat deze factoren geïdentificeerd worden. Deze

inzichten kunnen leiden tot een beter begrip van medicatie therapietrouw en betere voorlichting door reumatologen en apothekers en zouden eventueel ruimte kunnen bieden voor het opstellen van interventies.

Daarnaast werd er in het onderzoek van Morisky et al., (2008) naar hypertensie gebruik gemaakt van een afkappunt van zes op de MMAS. Het is mogelijk dat dit afkappunt niet efficiënt is om medicatie therapieontrouw bij RA-patiënten in kaart te brengen. Onderzoek zou zich hierbij kunnen richten op de valideerbaarheid van de MMAS voor RA en welk afkappunt hiervoor effectief is om te gebruiken.

Verder zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op het combineren van verschillende meetmethodes om medicatie therapietrouw te meten, aangezien in dit onderzoek alleen gebruik is gemaakt van zelfrapportage. Zo kan naast zelf-rapportage gebruik worden gemaakt van directe methoden, zoals het meten van medicatie waarden in het bloed om medicatie therapietrouw van patiënten te bepalen. Deze methode is namelijk niet gevoelig voor sociale wenselijkheid en op deze manier kan dus beter geconcludeerd worden of een patiënt gezien kan worden als therapietrouw.

5. Conclusie

Uit dit onderzoek naar medicatie therapietrouw onder RA-patiënten kan geconcludeerd worden dat er geen significante relatie bestaat tussen tevredenheid met de reumatoloog/reumaverpleegkundige, vertrouwen in de reumatoloog en zelf-effectiviteit aan de ene kant en medicatie therapietrouw aan de andere kant. Wat wel uit dit onderzoek naar voren komt is dat leeftijd van invloed is op medicatie therapietrouw. Een groter bewustzijn onder reumatologen en apothekers over deze relatie is van belang om medicatie therapietrouw te bevorderen. Onderzoek zou zich kunnen richten op de redenen die gerapporteerd worden om medicatie niet therapietrouw in te nemen. Eventuele interventies zouden hier zodoende op kunnen inspelen.

Bijlage: Literatuurlijst

- Beeckmans, E. (z.d.). Cardiovasculaire Preventie. Opstarten en opvolgen van medicamenteuze therapie bij score $\geq 10\%$: therapietrouw? (Masterproef Huisartsgeneeskunde, Katholieke universiteit Leuven, België). Verkregen op 12 februari 2015 van: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B1db1b6e7c857-7f08-6a27-07d50686ac69%7D_Beeckmans-Evelien-scriptie.pdf
- Bemt, van den B.J.F., Zwikker, H.E., & Ende van den, C.H.M. (2012). Medication adherence in patients with rheumatoidarthritis: a critical appraisal of the existing literature. *Expert Review of Clinical Immunology*, 8(4), 337-351. doi: 10.1586/eci.12.23.
- Berrios-Rivera, J.P., Street, R.L., Garcia Popa-Lisseanu, M.G., Kallen, M.A., Richardson, N.M., Janssen, N.M., ... & Suarez-Almazor, M.E. (2006). Trust in Physicians and Elements of the Medical Interaction in Patients With Rheumatoid Arthritis and Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*, 55(3), 385-393. doi: 10.1002/art.21988.
- Blum, M.A., Koo, D., & Doshi, J.A. (2011). Measurement and rates of persistence with and adherence to biologics for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Clinical therapeutics*, 33(7), 901-913. doi: 10.1016/j.clinthera.2011.06.001.
- Brekke, M., Hjortdahl, P., & Kvien, T.K. (2001). Involvement and satisfaction: A Norwegian study of health care among 1,509 patients with chronic noninflammatory musculoskeletal pain. *Arthritis Care & Research*, 45(1), 8-15. dooie: 10.1002/1529.
- Brus, H., van de Laar, M., Taal, E., Rasker, J., & Wiegman, O. (1999). Determinants of compliance with medication in patients with rheumatoid arthritis: the importance of self-efficacy expectations. *Patient Education and Counseling*, 36(1), 57-64. doi: 10.1016/S0738-3991(98)00087-1.
- Campen van, C., Sixma, H.J., Kerssens, J.J., Peters, L., & Rasker, J.J. (1998). Assessing patients' priorities and perception of the quality of health care: the development of the QUOTE Rheumatic Patients-instrument. *Rheumatology*, 37(4), 362-369. doi: 10.1093/rheumatology/37.4.362.
- Casalino, L.P., & Crosson, F.J. (2015). Physician Satisfaction and Physician Well-Being: Should Anyone Care? *Professions and Professionalism*, 5(1). Doi: 10.7577/pp.954

- Clifford, S., Barber, N., & Horne, R. (2008). Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: application of the necessity concerns framework. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 41–46. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.05.004.
- Contreras-Yanez, I., Ponce De Leon, S., Cabiedes, J., Rull-Gabayer, M., & Pascual-Ramos, V. (2010). Inadequate therapy behavior is associated to disease flares in patients with rheumatoid arthritis who have achieved remission with disease-modifying antirheumatic drugs. *The American Journal of the Medical Sciences*, 340(4), 282-290.
- Curkendall, S., Patel, V., Gleeson, M., Campell, R.S., Zagari, M., & Dubois (2008). Compliance with biologic therapies for rheumatoid arthritis: do patient out-of-pocket payments matter? *Arthritis Care & Research*, 59(10), 1519-1526. doi: 10.1002/art.24114.
- Dobbels, F. (2003). *Medicamenteuze therapietrouw: een uitdaging voor de klinische praktijk*. Mechelen:Kluwer
- Evers, A.W., Kraaimaat, F.W., Geenen, R., Jacobs, J.W., & Bijlsma, J.W. (2002). Longterm predictors of anxiety and depression mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year followup. *The Journal of rheumatology*, 29(11), 2327-2336.
- Farmer, K.C. (1999). Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. *Clinical Therapeutics*, 21(6), 1074-1090. doi: 10.1016/S0149-2918(99)80026-5.
- Fauci, A.S., Braunwald, E., Isselbacher, K.J., Wilson, J.D., Martin, J.B., Kasper, D.L., Hauser, S.L., & Longo, D.L. (1997). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York City, USA: The McGraw-Hill Companies.
- Freburger, J.K., Callahan, L.F., Currey, S.S., Anderson, L.A., (2003). Use of the Trust in Physician Scale in patients with rheumatic disease: psychometric properties and correlates of trust in the rheumatologist. *Arthritis Care & Research*, 49(1), 51-58. doi: 10.1002/art.10925.
- Ferguson, W.J., & Candib, L.M. (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Family Medicine and Community Health*, 34(5), 353-361.
- Halbert, C.H., Armstrong, K., Grandy, O.H., & Shaker, L. (2006). Racial differences in trust in health care providers. *Archives of Internal Medicine*, 166(8), 896-901. Doi: 10.1001/archinte.166.8.896

- Katz, P.P., & Yelin, E.H. (2001). Activity loss and the onset of depressive symptoms: do some activities matter more than others? *Arthritis & Rheumatism*, 44(5), 1194-1202. doi: 10.1002/1529-0131(200105)44:5<1194::AID-ANR203>3.0.CO;2-6.
- Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*, 4(91). doi: 10.3389/fphar.2013.00091.
- Koevoets, R. (2014). Measuring and monitoring outcomes in undifferentiated and rheumatoid arthritis (Proefschrift, Universiteit van Leiden, Nederland). Verkregen op 12 februari 2015 van: <https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/23638>
- Kvien, T.K. (2004). Epidemiology and burden of illness of rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics*, 22(1), 1-12. doi: 10.2165/00019053-200422001-00002
- Larsson, I., Arvidsson, S., Bergman, S., & Arvidsson, B. (2009). Patients' perceptions of Drug Information Given by a Rheumatology Nurse: A Phenomenographic Study. *Musculoskeletal Care*, 8(1), 36-45. doi: 10.1002/msc.164.
- Lewis, A. (1997). Noncompliance: a \$100 billion problem. *Remington Report*, 5, 14-15.
- Linden van der, J.M., Franssen, M.J.A.M., & Dongen van, C.A.M. (2002). *Reumazorg voor ouderen*. Utrecht, Nederland: Lemma.
- Maly, R.C., Frank, J.C., Marshall, G.N., DiMatteo, M.R., Reuben, D.B. (1998). Perceived Efficacy in Patient-Physician Interaction (PEPPI): validation of an instrument in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), 889-894
- Morisky, D.E., Green, L.W., & Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 21(1), 67-74.
- Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H.J. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Newman, S. & Mulligan, K. (2000). The psychology of rheumatic diseases. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 14 (4), 773-786. doi: 10.1053/berh.2000.0112.
- Ommen, O., Janssen, C., Neugebauer, E., Bouillon, B., Rehm, K., Rangger, C., Erli, H.J., & Pfaff, H. (2008). Trust, social support and patient type-Associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation of severely injured patients. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 196-894. doi:10.1016/j.pec.2008.03.016.

- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(3), 487-497. doi: 10.1056/NEJMra050100.
- Park, D.C., Hertzog, C., Leventhal, H., Morrel, R.W., Leventhal, A., Birchmore, D., ... & Bennett, J. (1999). Medication adherence in rheumatoid arthritis patients: older is wiser. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(2), 172-183.
- Pascual-Ramos, V., Contreras-Yanez, I, Villa, A.R., Cabiedes, J., & Rull-Gabayet. (2009). Medication persistence over 2 years of follow-up in a cohort of early rheumatoid arthritis patients: associated factors and relationship with disease activity and with disability. *Arthritis Research and Therapy*, 11(1), R26
- Pasma, A., van 't Spijker, A., Hazes, J.M.W., Busschbach, J.J.V., & Luime, J.J. (2013). Factors associated with adherence to pharmaceutical treatment for rheumatoid arthritis patients: A systematic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 43(1), 18-28. doi:10.1016/j.semarthrit.2012.12.001.
- Salt, E., & Frazier, S.K. (2011). Predictors of Medication Adherence in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Drug Development Research*, 72 (8), 756-763.
- Shenolikar, R.A., Balkrishnan, R., & Hall, M.A. (2004). How patient-physician encounters in critical medical situations affect trust: results of a national survey. *BMC health services research*, 4(1), 24. doi:10.1186/1472-6963-4-24.
- Smolen, J.S., Landewe, R., Breedveld, F.C., Dougados, M., Emery, P., Gaujoux-Viala, C., ... & van der Heijde, D. (2010). EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69(6), 964-975. doi: 10.1136/ard.2009.126532.
- Sundbom, L.T., & Bingeors, K. (2012). Women and men report different behaviours in, and reasons for medication non-adherence: a nationwide Swedish survey. *Pharmacy Practice (Granada)*, 10(4), 207-221.
- Ten Klooster, P.M., Oostveen, J.C.M., Zandbelt, L.C., Taal, E., Drossaert, C.H.C., Harmsen, E.J., van de Laar, M.A.F.J. (2012). Further validation of the 5-item Perceived Efficacy in Patient Physician Interactions (PEPPI-5) scale in patients with osteoarthritis. *Patient Education and Counseling*, 87(1), 125-130.
- Thom, D.H., Hall, M.A., Pawlson, L.G. (2004). Measuring Patients' Trust In Physicians When Assessing Quality Of Care. *Health Affairs*, 23(4), 124-132. Doi: 10.1377/hlthaff.23.4.124

- de Thurah, A., Nordgaard, M., Harder, I., & Stengaard-Pedersen, K. (2010) “ Compliance with methotrexate treatment in patients with rheumatoid arthritis: influence of patients’ beliefs about the medicine. A prospective cohort study’’, *Rheumatology International*, 30(11), 1441-1448. doi: 10.1007/s00296-009-1160-8.
- Treharne, G.J., Lyons, A.C., & Kitas, G.D. (2004). Medication adherence in rheumatoid arthritis: effects of psychosocial factors. *Psychology, Health & Medicine*, 9(3), 337-349. doi:10.1080/13548500410001721909.
- Tuncay, R., Eksioglu, E., Cakir, B., Gurcay, E., & Calci, A. (2007). Factors affecting drug treatment compliance in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*, 27(8), 743-746. doi:10.1007/s00296-006-0299-9.
- Vik, S.A., Maxwell, C.J., & Hogan, D.B. (2004). Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Annals of Pharmacotherapy*, 38, 303-312.
- Viller, F., Guillemin, F., Briancon, S., Moum, T., Suurmeijer, T., & van den Heuvel, W. (1999). Compliance to drug treatment of patients with rheumatoid arthritis: a 3 year longitudinal study. *The Journal of Rheumatology*, 26(10), 2114-2122.
- Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1995). SF-12: How to score the SF-12 physical and Mental Health Summary Scales
- Wong, M., & Mulherin, D. (2007). The influence of medication beliefs and other psychosocial factors on early discontinuation of disease-modifying anti-rheumatic drugs. *Musculoskeletal Care*, 5(3), 148-159. doi: 10.1002/msc.107.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Verkregen op 4 februari 2015 van:
www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_repopatrt.pdf
- Zeller, A., Ramseier, E., Teagtmeyer, A., Battegay, E. (2008). Patients’ self-reported adherence to cardiovascular medication using electronic monitors as comparators, *Hypertension Research*, 31(11), 2037-2043.
- Zwicker, H.E., van Dulmen, S., den Broeder, A.A., van den Bemt, B.J., & van den Ende, C.H. (2014). Perceived need to take medication is associated with medication non adherence in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(2), 1635-1645. doi: 10.2147/PPA.S66849.

Bijlage: Vragenlijst



U en uw gezondheid

De volgende vragen zijn een aantal algemene vragen over u en uw gezondheid. Zo krijgen wij een globaal beeld van de mensen die de vragenlijst hebben ingevuld.

1. Wat is uw geslacht?
 - ☐ Man
 - ☐ Vrouw
2. Wat is uw leeftijd? Jaar
3. Wat is uw burgerlijke staat?
 - ☐ Alleenstaand, weduwe/weduwenaar, gescheiden
 - ☐ Gehuwd, samenwonend, geregistreerd partnerschap
4. Wanneer hebt u de diagnose Reumatoïde Artritis gekregen?
 - ☐ Ik heb nog geen diagnose gekregen
 - ☐ Minder dan 1 jaar geleden
 - ☐ 1 tot 5 jaar geleden
 - ☐ Meer dan 5 jaar geleden
5. Hoe vaak hebt u in de afgelopen 12 maanden uw reumatoloog bezocht?
 - ☐ Niet
 - ☐ 1 keer
 - ☐ 2 keer
 - ☐ 3 keer
 - ☐ Meer dan 3 keer
6. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?
 - ☐ Uitstekend
 - ☐ Zeer goed
 - ☐ Goed
 - ☐ Matig
 - ☐ Slecht

U en uw zorgverleners

De volgende vragen gaan over uw tevredenheid met de verleende zorg op de polikliniek reumatologie, in de afgelopen maanden. We willen nogmaals benadrukken dat alle vragen alleen bedoelt zijn voor onderzoeksdoeleinden: de antwoorden die u geeft zullen niet bij uw behandelend reumatoloog of verpleegkundige terecht komen, alleen bij de onderzoeker van de Universiteit Twente.

12. De reumatoloog met wie ik in de afgelopen maanden contact heb gehad...

	Nee	Eigenlijk niet	Overwegend wel	Ja
a. kende mijn problemen goed.	☐	☐	☐	☐
b. liet mij meebeslissen over de behandeling of de hulp die ik krijg.	☐	☐	☐	☐
c. nam mij serieus.	☐	☐	☐	☐
d. gaf voldoende uitleg over reuma en de behandeling.	☐	☐	☐	☐
e. was betrokken bij mij.	☐	☐	☐	☐
f. werkte goed samen met andere zorgverleners.	☐	☐	☐	☐

13. De reumaverpleegkundige met wie ik in de afgelopen maanden contact heb gehad...

	Nee	Eigenlijk niet	Overwegend wel	Ja
a. kende mijn problemen goed.	☐	☐	☐	☐
b. liet mij meebeslissen over de behandeling of de hulp die ik krijg.	☐	☐	☐	☐
c. nam mij serieus.	☐	☐	☐	☐
d. gaf voldoende uitleg over reuma/de behandeling.	☐	☐	☐	☐
e. was betrokken bij mij.	☐	☐	☐	☐
f. werkte goed samen met andere zorgverleners.	☐	☐	☐	☐

14. Hoe tevreden was u, alles bij elkaar genomen, de laatste tijd over de volgende hulpverleners en instellingen? (Kruis één vakje aan. Bent u heel erg ontevreden, dan zet u een kruisje in het meest linkse vakje. Bent u heel erg tevreden, dan zet u een kruisje in het meest rechtse vakje. Bent u niet tevreden, maar ook niet ontevreden, dan graag een kruisje in één van de middelste vakjes.)

	Heel erg ontevreden					Heel erg tevreden				
a. De reumatoloog	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. De reumaverpleegkundige	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. De polikliniek reumatologie in het geheel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Geef bij de volgende stellingen aan in hoeverre u het ermee eens bent.

	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
a. Ik vertrouw mijn reumatoloog volledig.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Ik heb de indruk dat mijn reumatoloog erg deskundig is.	☐	☐	☐	☐	☐
c. Bij mijn huidige reumatoloog is men in goede handen.	☐	☐	☐	☐	☐
d. Ik heb er vertrouwen in dat ik op dit moment de best beschikbare behandeling krijg voor mijn situatie.	☐	☐	☐	☐	☐

De volgende vragen gaan over hoe u de laatste tijd als patiënt met uw arts communiceert. Wilt u bij iedere vraag aangeven hoeveel vertrouwen u er in heeft dat u in staat bent om dit uit te voeren?

16. Hoeveel vertrouwen heeft u er in dat...

	Helemaal geen vertrouwen			Heel veel vertrouwen	
a. u weet welke vragen u uw reumatoloog moet stellen?	☐	☐	☐	☐	☐
b. u in staat bent om uw reumatoloog al uw vragen te laten beantwoorden?	☐	☐	☐	☐	☐
c. u het bezoek aan uw reumatoloog optimaal weet te benutten?	☐	☐	☐	☐	☐
d. u in staat bent om uw reumatoloog uw belangrijkste gezondheidsklacht serieus te laten nemen?	☐	☐	☐	☐	☐
e. u in staat bent om uw reumatoloog iets aan uw belangrijkste gezondheidsprobleem te laten doen?	☐	☐	☐	☐	☐



14333

U en uw medicatie

De volgende vragen gaan over uw gebruik van uw reumamedicatie in de afgelopen tijd.

17. Beantwoord de volgende vragen met ja of nee.
- | | Ja | Nee |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Vergeet u wel eens uw reumamedicatie in te nemen? | ☐ | ☐ |
| b. Hebt u in <u>de afgelopen maand</u> wel eens uw reumamedicatie <u>niet</u> genomen? | ☐ | ☐ |
| c. Hebt u wel eens uw reumamedicatie geminderd of gestopt omdat u zich er slechter door voelde, <u>zonder</u> het uw reumatoloog te vertellen? | ☐ | ☐ |
| d. Vergeet u wel eens uw reumamedicatie mee te nemen als u op reis gaat of weg van huis bent? | ☐ | ☐ |
| e. Heeft u in de afgelopen week uw reumamedicatie volgens schema genomen? | ☐ | ☐ |
| f. Wanneer u het gevoel heeft dat u uw reuma <u>niet</u> onder controle heeft, stopt u dan wel eens met het nemen van uw reumamedicatie? | ☐ | ☐ |
| g. Voor veel mensen is het nemen van medicatie volgens een vast schema een last. Is het voor u wel eens lastig om u te houden aan het voorgeschreven medicatieschema? | ☐ | ☐ |
18. Hoe vaak vergeet u uw reumamedicatie?
- ☐ Altijd
☐ Meestal
☐ Soms
☐ Zelden
☐ Nooit

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens, niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
24. Uw begrip van uw ziekte:					
a. De symptomen van mijn aandoening zijn een raadsel voor mij.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Mijn reuma is een raadsel voor me.	☐	☐	☐	☐	☐
c. Ik begrijp mijn reuma goed.	☐	☐	☐	☐	☐
d. Ik snap niets van mijn reuma.	☐	☐	☐	☐	☐
e. Ik heb een duidelijk beeld van wat mijn ziekte inhoudt.	☐	☐	☐	☐	☐
f. Ik begrijp wat mijn arts mij vertelt over mijn ziekte.	☐	☐	☐	☐	☐

Nu volgt het laatste blok met vragen over uw persoonlijke situatie en de mogelijke beperkingen die reuma voor u teweeg brengt.

25. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

- ☐ Geen opleiding
- ☐ Lagere school/basisschool
- ☐ Lager beroepsonderwijs (LBO), huishoudschool
- ☐ VMBO, MAVO, ULO, MULO
- ☐ HAVO, MMS
- ☐ VWO, HBS, Gymnasium
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (MBO), MTS, MEAO
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (HBO)/Bachelor, HTS, HEAO
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs, Universiteit, of hoger
- ☐ Anders, namelijk

26. Wat is de beste beschrijving van uw huidige arbeidssituatie?

- ☐ Betaald werk, meer dan 20 uur per week
- ☐ Betaald werk, 20 uur of minder per week
- ☐ Zelfstandig ondernemer
- ☐ Onbetaald werk/vrijwilligerswerk
- ☐ Huisman/huisvrouw
- ☐ Student/scholier
- ☐ Ziektewet
- ☐ Arbeidsongeschikt (WAO/WIA)
- ☐ (Pré-)pensioen (AOW/VUT)
- ☐ Werkzoekend/re-integratietraject
- ☐ Werkloos
- ☐ Anders, namelijk



14333

27. De volgende vragen gaan over bezigheden die u misschien doet op een doorsnee dag. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	Ja, ernstig beperkt	Ja, een beetje beperkt	Nee, helemaal niet beperkt
a. Matige inspanning, zoals een tafel verplaatsen, stofzuigen, zwemmen of fietsen?	☐	☐	☐
b. Een paar trappen lopen?	☐	☐	☐

28. Hoe vaak hebt u in de afgelopen 4 weken, één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid?

	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
a. U hebt minder bereikt dan u zou willen.	☐	☐	☐	☐	☐
b. U was beperkt in het soort werk of bezigheden.	☐	☐	☐	☐	☐

29. Hoe vaak hebt u in de afgelopen 4 weken, één van de volgende problemen ondervonden bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden, ten gevolge van emotionele problemen (zoals depressieve of angstige gevoelens)?

	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
a. U hebt minder bereikt dan u zou willen.	☐	☐	☐	☐	☐
b. U deed uw werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig als gewoonlijk.	☐	☐	☐	☐	☐

30. In welke mate bent u de afgelopen 4 weken door pijn gehinderd in uw normale werk (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

	Helemaal niet	Een klein beetje	Nogal	Veel	Heel veel
	☐	☐	☐	☐	☐

31. Deze vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen 4 weken. Wilt u bij elke vraag het antwoord geven dat het best benaderd hoe u zich voelde?

	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
a. Voelde u zich rustig en tevreden?	☐	☐	☐	☐	☐
b. Had u veel energie?	☐	☐	☐	☐	☐
c. Voelde u zich somber of neerslachtig?	☐	☐	☐	☐	☐

32. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u gedurende de afgelopen 4 weken gehinderd bij uw sociale activiteiten (zoals vrienden of familie bezoeken, etc.)?

	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
	☐	☐	☐	☐	☐

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor het invullen!

U kunt de ingevulde vragenlijst terugsturen naar de Universiteit Twente in de bijgevoegde antwoortenveloppe. Een postzegel is niet nodig.