

NON-COMPLIANCE: IS ER WAT AAN TE DOEN?

E. Lenselink *

INLEIDING

In het eerste artikel van de auteur zijn de feiten ten opzichte van compliance bij voetzorg van diabetespatiënten op een rijtje gezet. In dit artikel wordt gekeken welke factoren van invloed zijn op compliance en hoe compliance ten aanzien van voetzorg en het dragen van schoeisel verbeterd kan worden. Het aanbieden van kennis over voetzorg leidt niet automatisch tot meer compliance. Wanneer het programma uitgebreid wordt met psychosociale interventies en langdurige herhaling, leidt dit tot betere compliance. Cognitieve gedragstherapieën leiden tot goed zelfmanagement van de patiënt. Educatie moet worden afgestemd op de individuele patiënt. Ook de omgeving van de patiënt moet geschoold worden. Empathie van de hulpverlener leidt ook tot betere compliance. Ten aanzien van schoeisel zijn uiterlijk en comfort de grootste verbeterpunten die moeten worden nagestreefd. Discussiepunt is dat er een discrepantie lijkt te zijn tussen de cognities van patiënten en hulpverleners ten aanzien van compliance. Hierdoor is het moeilijk om normen en uitkomstmaten voor onderzoek vast te stellen.

METHODE

Door middel van een literatuurstudie werd een antwoord gezocht op de vraag:

Welke factoren leiden tot betere compliance bij de preventie van een voetwond of behandeling van patiënten met een diabetische voetwond? Deelvragen waren;

1. Leidt educatie tot vermindering van non-compliance?
2. Welke gezondheidsopvattingen en gedrag van de patiënt leiden tot compliance?
3. Op welke manier draagt empathie van de hulpverlener bij tot compliance?
4. Welke factoren leiden tot adequate wond- en voetzorg?
5. Welke factoren dragen bij tot compliance bij het dragen van "offloading" therapie en orthopedisch schoeisel?

Met offloading wordt gezocht naar een manier die er voor zorgt dat er op een bepaalde plaats geen druk ontstaat (load) tijdens het belasten. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van vilt of gips. Met offloading wordt gezocht naar een manier die er voor zorgt dat er op een bepaalde plaats geen druk ontstaat (load) tijdens het belasten. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van vilt of gips. Het doel van de behandeling is wonden genezen en nieuwe wonden voorkomen.

ZOEKSTRATEGIE

Literatuur werd voornamelijk verza-

meld via de internationale databases PubMed en de Cochrane Library. Zoektermen waarop gezocht werd: diabetic foot, patient compliance, treatment compliance, treatment adherence, therapy compliance, user compliance, medication compliance, lifestyle, motivation, cooperation, co-operation adherence, informed consent, psychology, diabetes mellitus, wound healing, causality, coping, health believe en op verschillende auteurs waarvan bekend was dat ze onderzoek hadden gedaan naar diabetische voetproblemen. Alle mogelijke combinaties werden gemaakt. Vervolgens werden alle abstracts gelezen op relevantie met het onderwerp. Indien relevant werd de volledige tekst van het artikel besteld. Vervolgens werd bij de abstracts op PubMed gekeken naar gerelateerde artikelen. Wanneer deze relevant waren, werden ze ook besteld. Daarna werden ook geciteerde relevante artikelen uit de eerder gelezen artikelen besteld. Tot slot werden ook een aantal handboeken en richtlijnen over diabetes geraadpleegd.

RESULTATEN

1. Resultaten van onderzoek naar het effect van educatie worden weergegeven in tabel 1.

Wat opvallend is aan de resultaten in tabel 1, is dat mensen wel weten dat ze bepaalde handelingen moeten uit-

voeren, maar dit in de praktijk niet doen. Dit wordt beschreven als de zogenaamde "knowledge-action gap" (5). Maar niet alleen de patiënten moeten scholing krijgen. Wanneer hulpverleners training krijgen in hoe ze adequate voetzorg moeten geven aan patiënten, leidt dit tot meer aandacht van de hulpverlener hiervoor en dit leidt weer tot significant meer voetzorg door de patiënt. Daarnaast zijn richtlijnen een hulpmiddel voor de hulpverlener om tot adequate voetzorg te komen (17).

2. Gezondheidsopvattingen en gedrag van de patiënt en compliance

Om de educatie te laten slagen, is verandering in gedrag vereist. Het succes van de gedragsverandering hangt in grote mate af van de attitude van de patiënt ten opzichte van gezondheid en preventieve zorg. Sleutel tot verandering van gewoonten is het probleem belangrijk maken voor de patiënt. Als eerste moet de houding van de patiënt veranderen. Pas wanneer dat zo is heeft het zin om over gedragsveranderingen te praten (5, 19). Voorbeelden van barrières bij effectieve diabetisch zelfzorg zijn: interpersoonlijke relaties, conditie, werk, financiën, kosten en toegang tot medische zorg (18). In sommige gevallen is het ook de omgeving die door haar eigen ideeën en gedragingen de compliance van de patiënt negatief beïnvloedt. Daarom is het heel belangrijk dat

TABEL 1. RESULTATEN VAN ONDERZOEK NAAR EFFECT VAN EDUCATIE

Auteur/Jaartal	Interventie	Context/populatie	Studiedesign	Resultaten
Edmonds et al. 1996 [7]	Educatie in voetzorg-programma	Diabetespatiënten (niet duidelijk omschreven)	Literatuur review	Volgen van programma leidde niet tot minder voetwonden.
Padgett et al. 1988 [13]	Educatie en psychologische interventies	Management van diabetes mellitus (93 controle studies, 7451 patiënten)	Meta-analyse	Matige maar significante verbeteringen op vooral lichamelijke uitkomsten en kennis, gevolgd door psychologische status en compliance.
Brown 1992 [3]	Effect verschillende soorten interventies bij educatie	Diabetespatiënten (73 studies, verschillend niveau)	Meta-analyse	Ziekenhuisstudies lieten meer compliance zien in voetzorg en minder voetwonden. Langdurige interventies hadden meer effect. Leeftijd beïnvloedt het effect van educatie.
Lewis en Bradly 1994 [11]	Health-belief-model relatie educatie en compliance	Diabetespatiënten	Handboek psychologie en diabetes	Patiënten met langer bestaande slecht gereguleerde diabetes staan minder open voor educatie.
Chan en Molassiotis 1999 [5]	Relatie diabetes, kennis en compliance	52 niet-insuline-afhankelijke diabeten in Hong Kong	Cross-sectional	Geen relatie tussen diabetes, kennis en compliance ten aanzien van voetinspectie en bloedsuiker controle.
Barth et al. 1990 [1]	Intensief voetzorg programma door podotherapeut en psycholoog met cognitieve motivatie therapie	62 diabetes type 2	Gecontroleerde studie	Significant grotere verbeteringen in voetzorgkennis, hogere compliance met voetzorg en bezoek podotherapeut. Afname van het aantal voetproblemen waar professionele behandeling noodzakelijk was.
Ven et al. 2005 [22]	Cognitieve gedrags groepstraining	107 diabetes type 1 patiënten	Randomized Controlled Trial	Diabetes bewustzijn en de diabetes zelfzorg waren verbeterd. HbA1c was niet verbeterd (ws. door te korte follow-up).
Vermeire et al. 2005 [23]	Interventies die compliance van medische therapie bevorderen	Diabetes type 2 patiënten van 21 studies	Cochrane systematic review	Geen significante effecten dan wel schade op lange termijn. Auteurs vragen zich af of psychologische interventies effectief zijn.
Calle-Pascual et al. 2001 [4]	Continu voetzorg programma gericht op diabetes-bewustzijn, voetzorg en goed schoeisel, gratis podotherapie	318 diabetes-patiënten met neuropathie	Prospectief	223 compliance, 95 non compliance. Bij compliance voetzorg programma 13x minder incidentie van voetwonden. Groter effect bij milde neuropathie.
Johnston et al. 2006 [8]	Voet- zelfzorg-programma en educatie	772 hoogrisico patiënten met diabetes 8 veteranen centra	Randomized Controlled Trial	Zelfzorg was niet optimaal. Meer educatie en basis voetzorg leidt tot betere zelf voetzorg.
Valk et al. 2007 [21]	Educatie ter preventie van voetwonden	Patiënten met diabetes, 9 Randomized Controlled Trials	Cochrane systematic review	Zwak bewijs dat educatie voetwonden en amputaties vermindert en dat kennis en voetzorg op korte termijn verbetert.

ook juist deze personen betrokken worden in het educatieproces (19).

3. Empathie van de hulpverlener en compliance

Relatie hulpverlener en patiënt

De relatie tussen patiënt en hulpverlener is van invloed op de compliance van de patiënt (16). Compliance is groter wanneer patiënten het gevoel hebben dat hun wensen worden vervuld, wanneer de hulpverlener de overwegingen van de patiënt respecteert en informatie hier op afstemt (18). Aspecten in de houding van de hulpverlener die een negatieve invloed op de compliance hebben zijn: blind vertrouwen in het effect van de therapie, verstoppen achter de rol van hulpverlener, superieur gedrag, overschatten van de compliance, alles van de patiënt overnemen en het niet aan de orde stellen van moeilijke problemen (19).

Empathie gezien vanuit de patiënt

Empathie is effectief als het ook daadwerkelijk zo door de patiënt wordt ervaren. De definitie van empathie, gezien vanuit patiëntperspectief, is dat zijn of haar gevoelens begrepen en geaccepteerd worden door de hulpverlener (9). Het begrijpen en accepteren bestaat uit twee componenten, namelijk: cognitief en affectief. Het cognitieve aspect van empathie van hulpverleners is dat de hulpverlener nauwkeurig de mening van de patiënt kan begrijpen en vanuit dat perspectief met de patiënt kan communiceren. Het affectieve aspect van de empathie van hulpverleners is de mogelijkheid van de hulpverlener om te reageren op de emotionele status van de patiënt en deze te verbeteren.

4. Welke factoren leiden tot adequate wond- en voetzorg?

Informatie

Omdat patiënten meestal het best onthouden wat hen het eerst is verteld, is het belangrijk hier veel aandacht aan te geven. Wanneer het belang van compliance wordt uitgelegd moet er nadrukkelijk worden uitgelegd waarom dit zo belangrijk is. Herhaling, samenvatten en de patiënt vragen de gegeven informatie te herhalen, gevolgd door geschreven

informatie, kunnen bijdragen aan compliance (15).

Voorgeschiedenis

De bereidheid om een behandeling te volgen is afhankelijk van het opmerken of juist het negeren van symptomen of complicaties van de kwaal en daarnaast de overtuiging dat behandeling die nodig is effectief is en niet te veel kost ten opzichte van andere zaken. Wanneer patiënten angst hebben voor het ontwikkelen van complicaties, wordt dit een barrière voor de behandeling. Wanneer de patiënt het voordeel ziet van de behandeling, gaan barrières omlaag, evenals de angst voor complicaties. Een gebrek aan kennis kan ook leiden tot minder angst; als je niet weet dat je bepaalde complicaties kan krijgen, ben je er ook niet bang voor (11). Voetneuropathie en een voetwond in het recente verleden worden in meerdere studies geassocieerd met betere voetzelfzorg (8, 24, 25). De angst voor een amputatie motiveert sommige mensen om compliant te zijn (26). Bezorgdheid motiveert compliance, maar boosheid hindert compliance (25).

De sociale omgeving

Menselijke interactie is een belangrijke factor om compliance te vergroten. Tevredenheid over de geleverde professionele zorg draagt bij tot betere compliance (5, 18, 20). Naast de hulpverlener speelt de sociale omgeving van de patiënt een cruciale rol. Wanneer een patiënt steun krijgt van een persoon die hem zeer na staat, draagt dit bij aan de compliance. Daarna draagt tevredenheid over de financiële situatie bij tot compliance (18). De sociaaleconomische status en de leeftijd van de patiënten, zijn niet significant van invloed op het probleemoplossend vermogen. Het probleemoplossend vermogen was een sterkere voorspeller voor compliance dan patiëntenkenmerken (20).

5. Compliance van offloading therapie en orthopedisch schoeisel

Patiënten met ondeugdelijk schoeisel kunnen zich erg gefrustreerd voelen (10). Compliance ten aanzien van het dragen van aangepast schoeisel

wordt beïnvloed door leeftijd, het kunnen waarnemen van afwijkingen aan de voeten en de gezondheidsstatus (zoals bijvoorbeeld interpretatie van glucosewaarden), andere stressvolle aandoeningen zoals nierdialyse, verhoogd risico op cardiovasculaire afwijkingen, CVA, depressie en dementie, en cosmetische redenen (2). Een bijzonder opvallende uitkomst uit de studie van Macfarlane en Jensen (6) is dat patiënten met ernstige diabetische voetcomplicaties niet meer geneigd zijn tot compliance ten aanzien van orthopedisch schoeisel dan diabeten met minder ernstige voetcomplicaties. De meest gehoorde klachten over orthopedisch schoeisel zijn: uiterlijk (24%), comfort (24%) en gewicht van de schoen (14%). Ook geven mensen aan de schoenen niet te dragen omdat ze kapot zijn of te groot, of omdat de eigen schoenen lekkerder zitten (10). Grote lompe schoenen worden slecht geaccepteerd (6). Mogelijk draagt een uitbreiding van het assortiment met meer kleuren, stijlen en materialen bij tot meer patiënttevredenheid. Maar het belangrijkste is de patiënt te overtuigen dat het schoeisel van zulke therapeutische waarde is dat het eigenlijk hetzelfde is als het nemen van medicatie (12).

DISCUSSIE

De cognities van de patiënt zijn heel anders dan die van de hulpverlener. Vanuit psychologisch oogpunt gezien lijkt het erop dat de diabetespatiënt zijn cognities niet laat sturen door de hulpverlener, maar veel eerder door eigen percepties en door de sociale omgeving (19, 25). Dus het is de vraag of educatieprogramma's, die opgezet worden door professionals, wel zinvol zijn. Het instrueren van patiënten ten aanzien van voetzorg en het dragen van "offloading" schoeisel lijkt alleen effect te hebben wanneer naast de instructies over zelfzorg veel aandacht wordt besteed aan de bewustwording van de ernst van de ziekte en de noodzaak van preventie ter voorkoming van complicaties op lange termijn (1, 4). In de literatuur worden coping en probleemoplossendvermogen als interventies genoemd om dit resultaat te

bereiken (14, 18, 20). Echter, de resultaten laten niet altijd zien dat dit effectief is (18). Ven et al. geven aan dat moderne zelfmanagement-hulpmiddelen niet zullen werken zolang onderliggende psychologische barrières niet worden behandeld met psychologische interventies (22). De empathie van de hulpverlener wordt als heel belangrijk gezien (16, 19, 26). En tot slot worden aanbevelingen gedaan voor het ontwikkelen van schoeisel dat op minder weerstand stuit (12).

Studies laten zien dat compliance ten aanzien van bezoek aan de podotherapeut bijdraagt aan het verminderen van voetulcera. In deze studies was behandeling door de podotherapeut gratis. In Nederland is het afhankelijk van de verzekering of dit (deels) vergoed wordt door de zorgverzekeraar. Mogelijk draagt 100% of een gedeeltelijke vergoeding bij aan compliance.

Concluderend kan worden gezegd dat compliance ten aanzien van voetzorg een moeilijk probleem is voor zowel de patiënt als de hulpverlener. Bovenstaande oorzaken komen neer op het verschil van inzicht tussen de patiënt en de hulpverlener. De vraag is of van de patiënt verwacht kan worden dat hij zich conformeert aan het advies van de hulpverlener terwijl dit niet strookt met zijn eigen opvattingen over gezondheid en ziekten. Andersom kan ook de vraag gesteld worden of een professional zich kan conformeren aan gedrag van de patiënt dat leidt tot zelfdestructie. Een oplossing hiervoor aandragen is niet eenvoudig. Maar goed overleg en overeenstemming tussen hulpverlener en patiënt zullen er waarschijnlijk toe leiden dat hulpverleners hun strategieën meer aanpassen aan die van de patiënt en dat patiënten meer gemotiveerd worden tot compliance, omdat er meer met hun wensen rekening wordt gehouden.

LITERATUUR

- Barth R, Campbell LV, Allen JJ, Chishelm DJ. 1991 **Intensive education improves knowledge, compliance and foot problems in type 2 diabetes.** Diabetic medicine, 8 111-117.
- Breuer U. 1994 **Diabetic patient's compliance with bespoke footwear after healing of neuropathic foot ulcers.** Diabete & metabolisme, 20(4) 415-419. (abstract, full text niet in Engels)
- Brown SA. 1992 **Meta-analysis of diabetic patient education research: variations in intervention effects across studies.** Research in nursing & health, 15 409-419.
- Calle-Pascual AL, Duran A, Benedi A, Calvo MI, Charro A, Diaz JA, Calle JR, Gil E, Ibarra J, Maranes JP, Cabezas-Cerrato JC. 2001 **Reduction in foot ulcer incidence. Relation to compliance with a prophylactic foot care program.** Diabetes care, 24(2) 405-407.
- Chan YM, Molassiotis A. 1999 **The relationship between diabetes knowledge and compliance among a Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong.** Journal Adv Nur, 30 431-438.
- Chantelau E, Kushner T, Spraul M. 1990 **How effective is cushioned therapeutic footwear in protecting diabetic feet? A clinical study.** Diabetic Medicine, 7 355-359.
- Edmonds ME, Van Acker K, Foster AVM. 1996 **Education and diabetic foot.** Diabetic Medicine, 13 s61-s64.
- Johnston MV, Pogach L, Rajan M, Mitchinson A, Krein SL, Bonacker K, Reiber G. 2006 **Personal and treatment factors associated with foot self-care among veterans with diabetic.** Journal of rehabilitation and research & development, 43(2) 227-238.
- Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. 2004 **The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance.** Evaluation & the health professions, 27(3) 237-251
- Knowles EA, Boulton AJM. 1996 **Do people with diabetes wear their prescribed footwear?** Diabetic medicine, 13 1064.
- Lewis KS, Bradley C. 1994 In: Bradley C.(ed) **Handbook of psychology and diabetes.** Harwood Academy Publishers New York, Chapter 12 Measure diabetes specifically health believe 248-287.
- Macfarlane DJ, Jensen JL. 2003 **Factors in diabetic footwear compliance.** Journal of American podiatric medical association, 93(6) 485-491.
- Padgett D, Mumford E, Hynes M, Carter R. 1988 **Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus.** Journal Clinical Epidemiology, 41(10) 1007-1030.
- Petrie KJ, Broadbent E, Meechan G. 2003 **Self-regulatory interventions for improving the management of chronic illness.** Cameron L D. The self-regulation of health and illness behaviour. Routledge.
- Price PE. 2008 **Education, psychology and 'compliance'.** Diabetes Metab. Res. Rev, 24 101-105.
- Roberson MHB. 1992 **The meaning of compliance.** Qualitative health research, 2(1) 7-26.
- Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. 2005 **Preventing foot ulcers in patients with diabetes.** JAMA, 293(2) 217-228.
- Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, DiMatteo MR, Kravitz RL. 1992 **Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the medical outcomes study.** Journal of behavioural medicine, 15(5) 447-468.
- Sulway M, Tupling H, Webb K, Harris G. 1980 **New techniques for changing compliance in diabetes.** Diabetes care, 3(1) 108-111.
- Toolbert DJ, Glasgow RE. 1991 **Problem solving and diabetes self-care.** Journal of behavioural medicine, 14(1) 71-86.
- Valk GD, Kriegsman DMW, Assendelft WJJ. 2001 **Patient education for preventing diabetic foot ulceration.** Cochrane database of systematic reviews, Issue 4 art. No.: CD001488. DOI: 10.1002/14651858.CD0011488.pub2.
- Van der Ven NCW, Hogesnelst MHE, Tromp-Wever AME, Twisk JWR, van der Ploeg HM, Heine RJ, Snoek FJ. 2005. **Short-term effects of cognitive behavioural group training (CBGT) in adult type 1 diabetes patients in prolonged poor glycaemic control. A randomized controlled trial.** Diabetic Medicine, 22 1619-1623.
- Vermeire EIJJ, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A., 2005. **Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus.** Cochrane database of systematic reviews, issue 2. Art. No:CD003638. DOI: 10.1002/14651858.CD003638.pub2.

24. Vileikyte L. 1999 **Psychological aspects of diabetic peripheral neuropathy.**

Diabetes review, 7(4) 387-394.

25. Vileikyte L, Gonzalez JS, Leventhal H, Peyrot MF, Rubin RR, Garrow A, Ulbrecht JS, Cavanagh PR, Boulton

AJM. 2006 **Patient Interpretation of Neuropathy (PIN) Questionnaire. An instrument for assessment of cognitive and emotional factors associated with foot selfcare.** Diabetes care, 29(12) 2617-2624.

26. Wong M, Haswell-Elkis M, Tamwoy E, McDermott R. 2005 **Perspectives on clinic attendance, medication and foot-care among people with diabetes in the Torres Strait Islands and Northern Peninsula Area.** Aust. Journal Rural Health, 13 172-177.

*** Ellie Lenselink is werkzaam als wond- en decubitusconsulent in Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag**