

# Therapietrouw ten aanzien van bewegen bij chronische obstructieve longziekte: huidig bewijs en expert opinie uit Nederland

Ellen Ricke, PhD

SR Beleidsadviseur bij Longfonds

## Inleiding

Chronische obstructieve longziekte (COPD) is wereldwijd een belangrijke oorzaak van ziekte en sterfte, met een economische en sociale last die aanzienlijk is en toeneemt(1). De prevalentie van COPD is tussen 1990 en 2017 met bijna 40% gestegen, en tegen 2017 was COPD wereldwijd de op twee na belangrijkste doodsoorzaak(2). In de Europese Unie worden de totale kosten van luchtwegaandoeningen geschat op ongeveer 6% van het totale jaarlijkse gezondheidszorgbudget, waarbij COPD goed is voor 56% (38,6 miljard euro)(3). De prevalentie, morbiditeit en sterfte door COPD variëren per land(4).

Op basis van demografische trends wordt verwacht dat het absolute aantal COPD-patiënten tussen 2015 en 2040 in Nederland met 31% zal toenemen(5). COPD resulteert in een verhoogde gecorrigeerde gezondheidslast in levensjaren en verlies van levensjaren gedurende de gehele levensloop, met aanzienlijke sociale en economische gevolgen voor zowel individuele patiënten als het gezondheidszorgsysteem(2). De totale gezondheidszorgkosten voor patiënten met COPD bedroegen 400 miljoen euro in 2007 in Nederland en zullen stijgen naar bijna 1,4 miljard euro in 2032, meer dan drie keer wat het in 2007 was (inclusief een groei van de gezondheidszorguitgaven van 2,3% per jaar)(6).

Longrevalidatie heeft als doel de morbiditeit te verminderen, de functionaliteit te verbeteren en is momenteel een integraal onderdeel van de behandeling van COPD(7). Longrevalidatie is een kosteneffectieve methode om de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van patiënten met COPD te verbeteren en wordt aanbevolen in nationale richtlijnen(8). Ondanks dat longrevalidatie kosteneffectief is, leidt de toenemende vraag van een vergrijzende bevolking en stijgende aanbodkosten tot de vraag naar duurzame en betaalbare zorg(9). Op middellange termijn stijgen de zorgkosten en dreigt een tekort aan personeel(10). Vanwege het hoge aantal consultaties per patiënt per jaar (24,7) is de kostprijs van longrevalidatie in de eerstelijnszorg relatief hoog: bijna 40 miljoen euro in 2007(6). Om de gezondheidszorg betaalbaar te houden en longrevalidatie minder arbeidsintensief te maken, is er behoefte aan meer aandacht voor zelfmanagement, zonder dat dit ten koste gaat van de effectiviteit van longrevalidatie(11).

Aandacht voor zelfmanagement bij patiënten met chronische ziekten wordt steeds belangrijker om effectieve en efficiënte zorg te bieden(12). Zelfmanagementprogramma's in de eerstelijnszorg kunnen gezondheidsgedrag, gezondheidsresultaten en kwaliteit van leven verbeteren en blijken in sommige gevallen effectief te zijn bij het verminderen van het gebruik van gezondheidszorg en de maatschappelijke kosten van chronische ziekten(13). Zelfmanagement kan worden gedefinieerd als 'acties die individuen, families en gemeenschappen ondernemen om gezondheid te bevorderen, te behouden of te herstellen en om te gaan met ziekte en invaliditeit, met of zonder steun van gezondheidsprofessionals, en met inbegrip van maar niet beperkt tot zelfpreventie, zelfdiagnose, zelfmedicatie en omgaan met ziekte en invaliditeit'(14). Deze definitie omvat een reeks methoden en benaderingen voor zelfmanagement van chronische ziekten, waarvan langdurige terapietrouw een van de belangrijkste is(15). Langdurige terapietrouw in zelfmanagement kan worden geconceptualiseerd door drie componenten: 1. Initiatie: wanneer de patiënt een gedragsverandering in leefstijl begint in overeenstemming met zijn zorgverlener; 2. Implementatie: de mate waarin het gedrag van de patiënt overeenkomt met de afgesproken aanbevelingen van zijn zorgverlener; 3. Volharding: de tijd van initiatie tot stopzetting(16). Niet-therapietrouw zijn kan zich voordoen in een van deze fasen en kan in de loop van de tijd veranderen bij patiënten. Daarom moet er passende aandacht worden besteed aan het niveau van terapietrouw van patiënten, omdat verminderde terapietrouw de voordelen van gedragsverandering vermindert en een negatieve invloed kan hebben op zelfmanagement en dus op de gezondheidsresultaten(15).

Aangezien terapietrouw een van de cruciale bepalende factoren is voor zelfmanagement en het managen van COPD, moeten maatregelen worden genomen om de terapietrouw te verbeteren. Gezien het algemene gebrek aan bewustzijn en management van COPD is het verbeteren van de terapietrouw cruciaal in de Nederlandse context. In deze review wordt het huidige bewijs besproken met betrekking tot terapietrouw ten aanzien van bewegen bij COPD en worden praktische tips gegeven voor het beoordelen en toepassen van strategieën om de terapietrouw in de Nederlandse context te verbeteren.

## Definitie terapietrouw

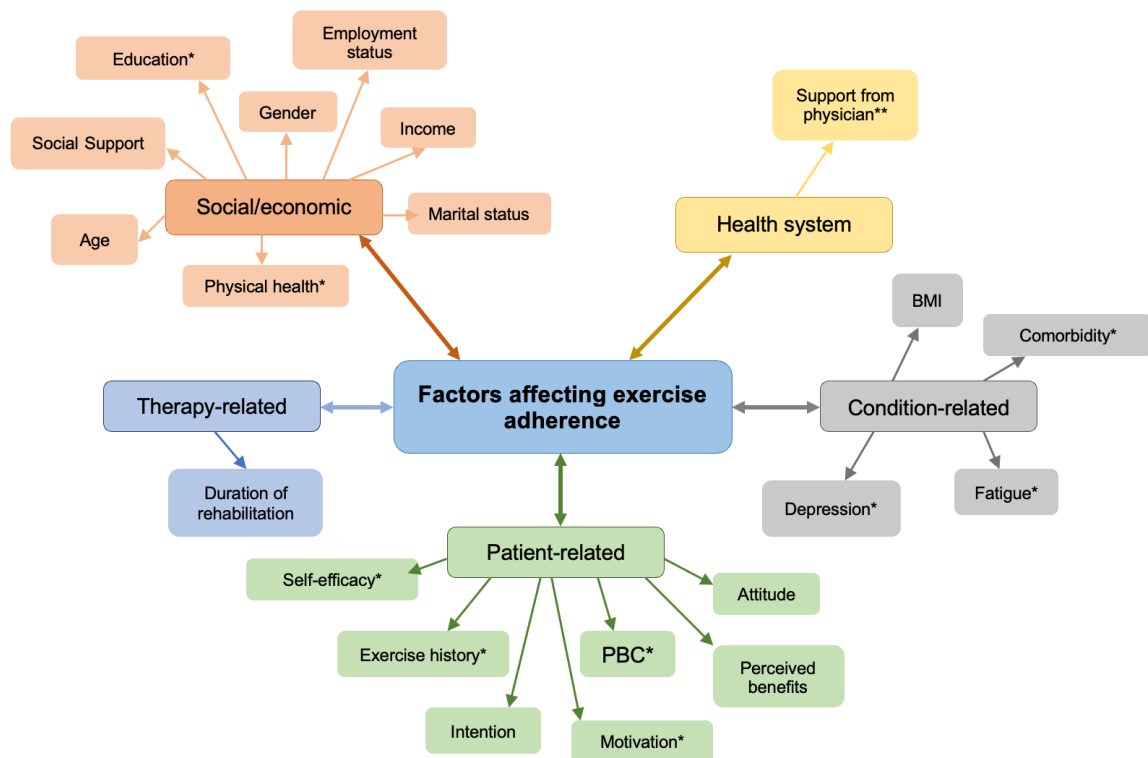
Therapietrouw is als volgt gedefinieerd: "de mate waarin het gedrag van een persoon in therapeutische interventies, zoals het gebruik van medicatie, het volgen van een dieet en/of het uitvoeren van leefstijlveranderingen, overeenkomt met de afgesproken aanbevelingen van een zorgverlener"(17).

Therapietrouw is een complex, multidimensioneel concept dat patiëntgerelateerde, sociaal/economische, therapiegerelateerde, aandoeningsgerelateerde en gezondheidszorggerelateerde dimensies omvat(15). Het kan indirect worden waargenomen door een reeks gerelateerde gebeurtenissen, waaronder het bijwonen van

klinische afspraken, de mate waarin patiënten hun voorgeschreven behandeling volgen, hun communicatie met hun zorgverlener over hun herstel, en het geven van feedback over hun zorgactiviteiten thuis(18).

### Factoren die therapietrouw ten aanzien van bewegen bij COPD beïnvloeden

Bij patiënten met COPD zijn tal van factoren van invloed op therapietrouw. Deze factoren omvatten sociaal/economische, gezondheidsteam/systeem-, therapiegerelateerde, aandoeningsgerelateerde en patiëntgerelateerde factoren (Figuur 1)(19). In de review van Ricke et al. (2023) ondersteunde bewijs van hoge kwaliteit dat een hogere mate van therapietrouw werd voorspeld door de patiëntgerelateerde prognostische factor waargenomen gedragscontrole. Bewijs van matige kwaliteit ondersteunde dat een hogere mate van therapietrouw werd voorspeld door een hoger gevoel van eigen effectiviteit, lichaamsbeweging in de voorgeschiedenis en motivatie. Daarnaast werd een hogere mate van therapietrouw voorspeld door sociaal/economische prognostische factoren zoals een hogere opleiding (matige kwaliteit bewijs) en een betere fysieke gezondheid (lage kwaliteit bewijs). Aandoeningsgerelateerde prognostische factoren, waaronder minder comorbiditeiten (matige kwaliteit bewijs), minder depressieve symptomen (lage kwaliteit bewijs) en minder vermoeidheid (lage kwaliteit bewijs), voorspelden ook een hogere mate van therapietrouw. Bij het voorspellen van therapietrouw ten aanzien van bewegen werden de meeste prognostische factoren gevonden in de patiëntgerelateerde, sociaal/economische en aandoeningsgerelateerde domeinen. Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar de gezondheidssysteemfactoren en therapiegerelateerde factoren van therapietrouw. De veelvoorkomende overtuiging dat patiënten uitsluitend verantwoordelijk zijn voor therapietrouw is misleidend en weerspiegelt vaak een misverstand over hoe andere factoren van invloed zijn op het gedrag en de capaciteit van mensen om therapietrouw te zijn(15). Dit geldt ook voor de Nederlandse context.



**Figuur 1** Factoren die van invloed zijn op therapietrouw ten aanzien van bewegen

*Noot:* \* = significante voorspellende factor ( $p < 0.05$ ); \*\* = is alleen in kwalitatief onderzoek genoemd; PBC = Waargenomen gedragscontrole

### Metten van therapietrouw

Zelfrapportagedagboeken worden het meest gebruikt als maatstaf voor therapietrouw. Er bestaat echter geen gestandaardiseerd dagboek dat in onderzoekstudies kan worden gebruikt, waardoor het moeilijk is om resultaten tussen studies te vergelijken. Bovendien kunnen lage invulpercentages voor dagboeken, samen met onnauwkeurige herinneringen en zelfpresentatiebias, de validiteit van deze gegevens verder beïnvloeden(20). Een objectievere benadering omvat het gebruik van elektronische apparaten zoals versnellingsmeters en

stappentellers(21). Deze apparaten vereisen echter dat de patiënt ze systematisch gebruikt, waardoor ze waarschijnlijk alleen succesvol zijn bij patiënten die meer therapietrouw zijn. Bovendien kunnen elektronische apparaten mogelijk niet alle voorgeschreven oefeningen registreren(22).

Uit de literatuur blijkt dat twee meetinstrumenten valide en betrouwbaar lijken te zijn voor het beoordelen van therapietrouw ten aanzien van bewegen: de Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale (SIRAS)(23) en de Rehabilitation Adherence Measure for Athletic Training (RAdMAT)(24). De RAdMAT maakt een gedetailleerdere en uitgebreidere beoordeling van therapietrouw mogelijk dan de SIRAS en omvat items met betrekking tot de houding van patiënten, communicatie en klinisch gedrag. In Nederland werd een cross-culturele validatie van dit meetinstrument uitgevoerd(25, 26). De Nederlandse versie, RAdMAT-NL, omvat twee subschalen (Participatie en Communicatie) en toont goede constructvaliditeit, waardoor het geschikt is voor het kwantificeren van therapietrouw bij patiënten met COPD die longrevalidatie ondergaan in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Om therapietrouw van de patiënt over een langere periode te beoordelen en niet alleen op een bepaald moment, is er een predictiemodel, de PATCH-tool, beschikbaar voor patiënten met COPD(27). De voorspellers binnen de PATCH-tool (intentie, MRC-dyspneu score, depressieve klachten en patiënt-therapeut relatie) kunnen fysiotherapeuten helpen om beter de kans te schatten dat een patiënt in staat zal zijn tot meer zelfmanagement.

### **Strategieën om therapietrouw te verbeteren**

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) erkent dat het verbeteren van therapietrouw van patiënten de beste investering kan zijn voor de effectieve behandeling van chronische aandoeningen(15). Nederlands onderzoek geeft aan dat therapeuten op verschillende manieren kunnen bijdragen aan het verbeteren van therapietrouw van hun patiënten. Dit omvat het verstrekken van duidelijke informatie over het doel van het advies en de mogelijke voordelen ervan voor de patiënt, het gezamenlijk opstellen van een behandelplan (gedeelde besluitvorming) om ervoor te zorgen dat het advies past binnen de context van de patiënt, het identificeren en samen met de patiënt bespreken van barrières (aangezien patiënten vaak kosten-batenanalyses maken) en het benutten van de omgeving om sociale steun te verbeteren. Een andere benadering om patiënten te helpen blijvende gedragsverandering te bereiken en daardoor therapietrouw te verbeteren, is investeren in de relatie tussen patiënt en therapeut. De relatie tussen patiënt en therapeut in therapeutische situaties verwijst naar het gevoel van samenwerking, warmte en ondersteuning tussen de patiënt en de therapeut(28). Een verstoorde patiënt-therapeut relatie kan ontstaan wanneer patiënten zich bijvoorbeeld niet gehoord, niet gerespecteerd of anderszins niet in partnerschap voelen met hun zorgverlener(29). De patiënt-therapeut relatie heeft een directe invloed op de tevredenheid van de patiënt, gedefinieerd als "de mate waarin het individu de gezondheidsdienst of het product of de manier waarop het wordt geleverd door de aanbieder als nuttig, effectief of gunstig beschouwt"(30). De patiënt-therapeut relatie bestaat uit vier elementen - vertrouwen, kennis, respect en loyaliteit - en de aard van deze relatie heeft een directe invloed op de tevredenheid van de patiënt en dus op de therapietrouw(30). Patiënten die hun zorgverlener vertrouwen en "aardig" vinden, ervaren een hogere tevredenheid. Patiënttevredenheid neemt toe wanneer zorgverleners kennis hebben van de zorgen van patiënten en aan hun verwachtingen voldoen, evenals wanneer zorgverleners patiënten aanmoedigen om informatie te delen. Vriendelijkheid, warmte, emotionele steun en zorgzaamheid van zorgverleners zijn allemaal geassocieerd met patiënttevredenheid. Patiënten rapporteren een hogere tevredenheid wanneer zorgverleners voortdurende steun bieden (loyaliteit); continuïteit van zorg verbetert de tevredenheid van de patiënt(30).

### **Expert opinion**

Gezien het huidige bewijs van de effectiviteit van longrevalidatie en de invloed van therapietrouw op het maximaliseren van het potentieel van longrevalidatie moet op basis van onderzoek therapietrouw verbeterd worden. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op mensen die niet-therapietrouw zijn: kunnen psychosociale interventies — gebaseerd op de factoren die therapietrouw voorspellen — in combinatie met de huidige biomedische interventie ervoor zorgen dat therapietrouw toeneemt zodat ook deze groep patiënten betere gezondheidsresultaten behaald en uiteindelijk in staat is tot meer zelfmanagement? Vervolgens kan gekeken worden of verbeterde therapietrouw en meer zelfmanagement leiden tot een duurzame actievere leefstijl bij patiënten met COPD.

### **Referenties**

1. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-128.
2. Stolz D, Mkorombindo T, Schumann DM, Agusti A, Ash SY, Bafadhel M, et al. Towards the elimination of chronic obstructive pulmonary disease: a Lancet Commission. *The Lancet*. 2022;400(10356):921-72.
3. FIRS. The global impact of respiratory disease. 2021.
4. GOLD. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2023.

5. Vzinfo.nl. COPD 2022 [cited 2022 November 22].
6. RIVM. Maatschappelijke kosten voor astma, COPD en respiratoire allergie. 2012. Contract No.: 260544001.
7. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, Zu-Wallack R, Nici L, Rochester CL, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188(8):e13-e64.
8. Griffiths R, Jones A, Davies H, Mitra R. An observation of the predictors of patient adherence and performance in a multidisciplinary regional cardiac rehabilitation programme. *Heart*. 2020;106(SUPPL 2):A35-A6.
9. Winkelmann J, Williams GA, Rijken M, Polin K, Maier CB. Chronic conditions and multimorbidity: skill-mix innovations for enhanced quality and coordination of care. In: Maier CB, Kroezen M, Wismar M, Busse R, editors. *Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care*. European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge: Cambridge University Press; 2022. p. 152-220.
10. Zeilstra A, den Ouden A, Vermeulen W. Middellangetermijn- verkenning zorg 2022-2025. CBP; 2019.
11. Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Rep*. 2004;119(3):239-43.
12. Bakker JH. Therapietrouw; van ervaren belang naar gedeeld belang. VWS; 2016.
13. Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2019; 40:[127-46 pp.].
14. WHO. WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being. Geneva: World Health Organization; 2021.
15. Sabaté E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action Geneva: World Health Organization; 2003.
16. Wiecek E, Tonin FS, Torres-Robles A, Benrimoj SI, Fernandez-Llimos F, Garcia-Cardenas V. Temporal effectiveness of interventions to improve medication adherence: a network meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2019; 14(3).
17. Meichenbaum D, Turk D. Facilitating treatment adherence. New York: Plenum; 1987.
18. Clark H, Bassett S, Siegert R. Validation of a comprehensive measure of clinic-based adherence for physiotherapy patients. *Physiotherapy* [Internet]. 2018; 104(1):[136-41 pp.].
19. Ricke E, Dijkstra A, Bakker EW. Prognostic factors of adherence to home-based exercise therapy in patients with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Front Sports Act Living*. 2023;5:1035023.
20. Stone AA, Shiffman S, Schwartz JE, Broderick JE, Hufford MR. Patient compliance with paper and electronic diaries. *Control Clin Trials*. 2003;24(2):182-99.
21. Yuen HK, Wang E, Holthaus K, Vogtle LK, Sword D, Breland HL, et al. Self-reported versus objectively assessed exercise adherence. *Am J Occup Ther*. 2013;67(4):484-9.
22. Yang CC, Hsu YL. A review of accelerometry-based wearable motion detectors for physical activity monitoring. *Sensors (Basel)*. 2010;10(8):7772-88.
23. Brewer BW, van Raalte JL, Peptitpas AJ, Sklar JH, Pohlman MH, Krushell RJ, et al. Preliminary psychometric evaluation of a measure of adherence to clinic-based sport injury rehabilitation. *Physical Therapy in Sport*. 2000;1:68-74.
24. Granquist M, Gill D, Appaneal R. Development of a Measure of Rehabilitation Adherence for Athletic Training. *Journal of Sport Rehabilitation*. 2010;19(3):249-67.
25. Ricke E, Bakker E. Measuring Adherence in Clinic-Based Physiotherapy; A Study of the Inter-Rater Reliability of A Dutch Measurement. *International Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*. 2019;5(1).
26. Ricke E, Lindeboom R, Dijkstra A, Bakker EW. Measuring Adherence to Pulmonary Rehabilitation: A Prospective Validation Study of the Dutch Version of the Rehabilitation Adherence Measure for Athletic Training (RADMAT-NL). *Patient Prefer Adherence*. 2023;17:1977-87.
27. Ricke E, Bakker E. Development and validation of a multivariable exercise adherence prediction model for patients with COPD: a prospective cohort study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2023;18:385-98.
28. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical Therapy* [Internet]. 2010; 90(8):[1099-110 pp.].
29. Gordon C, Beresin EV. The doctor-patient relationship. In: Stern TA, Fava M, Wilens TE, et al., editors. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2016. p. 1-7.
30. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2015 PMC4732308; 17(5).