

# Therapietrouw bij patiënten met constitutioneel eczeem

**Olivier van Diggele**



**UMCG, Dermatologie  
Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- en  
Maatschappijwetenschappen, Sociologie**



**Groningen, 16 april 2009**



# Therapietrouw bij patiënten met constitutioneel eczeem

Groningen, 16 april 2009

Auteur  
Studentnummer

Afstudeerscriptie in het kader van

Opdrachtgever

Begeleiders

Begeleider UMCG

Olivier van Diggele  
1364189

Master Sociologie  
Faculteit Gedrags- en  
Maatschappijwetenschappen, RUG

prof.dr. P.J. Coenraads  
Dermatologie

mw. dr. D.E.M.C Jansen  
dr. H.C. Mulder  
Sociologie, RUG

mw. drs. T.D.A. van der Ploeg  
manager School of Nursing and Health

ISBN 978-90-8827-049-9  
NUR 775, Sociale psychologie  
Trefw Therapietrouw, Constitutioneel eczeem

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2009 Studentenbureau UMCG / afstuderen Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

## Voorwoord

In februari 2007 begon ik mijn stage in het UMCG. Hoewel ik wel had verwacht dat het schrijven van een scriptie even zou kosten, had ik dit nooit verwacht dat ik er uiteindelijk net iets meer dan twee jaar over zou gaan doen.

Blokkaderegelingen vanuit de studie, een hoop tentamens tussendoor, een andere begeleider en moeite met starten zorgden ervoor dat ik rond februari 2008 pas echt begon met de scriptie. Ook toen ging het opstarten maar moeizaam, met een boel stress en slapeloze nachten tot gevolg. Na wederom een slapeloze nacht, besloot ik aan de bel trekken bij Danielle. Achteraf kan ik wel concluderen dat dat de beste zet is die ik had kunnen nemen. Met allerlei strikte afspraken, zoals harde deadlines en het deelnemen aan een scriptieversnellingsgroep, wist 'juf Danielle', zoals zij zich op een gegeven moment zelf noemde, me door het hele opstartproces te trekken. Na verloop van tijd wierp dat z'n vruchten af en lagen er binnen de kortste keren eindelijk een paar hoofdstukken op tafel. En nu is het dan eindelijk afgerond!

Graag wil ik Danielle dan ook bedanken voor haar resolute optreden, de goede feedback en het meedenken over allerlei zaken. Ook wil ik Jan Pols en Annelies (Wenckebachinstituut) bedanken voor de ondersteuning en het geduld dat zij met mij hebben gehad. Verder wil ik mijn ouders en zussen bedanken voor alle opbeurende telefoontjes en sms'jes in mindere tijden. Tenslotte wil ik natuurlijk Arne en Jouri bedanken voor het meedenken over allerlei pietluttigheden.

Olivier van Diggele, april 2009



# INHOUDSOPGAVE

<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>1</b>
<b>1 INLEIDING .....</b>	<b>3</b>
1.1 AANLEIDING.....	3
1.2 MAATSCHAPPELIJKE & WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE .....	5
1.2.1 Maatschappelijke relevantie.....	5
1.2.2 Wetenschappelijke relevantie.....	5
1.3 PROBLEEMSTELLING.....	6
1.4 OPBOUW SCRIPTIE .....	6
<b>2 THEORETISCH KADER .....</b>	<b>7</b>
2.1 INLEIDING.....	7
2.2 HET ASE- DETERMINANTENMODEL .....	7
2.2.1 Attitude.....	8
2.2.2 Sociale invloed.....	8
2.2.3 Eigen-effectiviteitsverwachting.....	8
2.2.4 Externe factoren .....	9
2.2.5 Intentie & Gedrag.....	9
2.3 DE ATTRIBUTIETHEORIE.....	10
2.4 HET STAGES OF CHANGE-CONCEPT.....	10
2.5 EEN INTEGRATIE VAN MODELLEN.....	11
<b>3 METHODE .....</b>	<b>13</b>
3.1 INLEIDING.....	13
3.2 STUDIEDESIGN.....	13
3.3 RESPONDENTEN .....	13
3.4 MEETINSTRUMENTEN.....	14
<b>4 RESULTATEN.....</b>	<b>17</b>
4.1 ADVIES VAN HUISARTS, DERMATOLOOG EN/OF APOTHEKER .....	17
4.1.1 Hormoonzalf.....	17
4.1.2 Andere adviezen .....	17
4.2 DE INVLOED VAN ATTITUDE OP INTENTIE BIJ PATIËNTEN MET CONSTITUTIONEEL ECZEEM .....	17
4.2.1 Cognitieve component.....	18
4.2.2 Evaluatieve component.....	18
4.2.3 Conatieve component.....	19
4.3 DE INVLOED VAN DE SOCIALE OMGEVING OP INTENTIE BIJ PATIËNTEN MET CONSTITUTIONEEL ECZEEM.....	20

4.3.1 Sociale normen .....	20
4.3.2 Waargenomen gedrag van anderen .....	20
4.3.3 Waargenomen druk/support.....	21
4.4 DE INVLOED VAN HET PROFESSIONELE NETWERK OP INTENTIE BIJ PATIËNTEN MET CONSTITUTIONEEL ECZEEM.....	21
4.4.1 Sociale normen .....	21
4.4.2 Waargenomen druk/support.....	21
4.5 DE INVLOED VAN DE EIGEN EFFECTIVITEIT OP INTENTIE BIJ PATIËNTEN MET CONSTITUTIONEEL ECZEEM.....	22
4.5.1 Gedragseffectiviteitsverwachting .....	23
4.5.2 Sociale effectiviteitsverwachting.....	23
4.5.3 Spanningseffectiviteit.....	23
4.6 DE INVLOED VAN INTENTIE OP GEDRAG EN DE ROL VAN VAARDIGHEDEN EN BARRIÈRES DAARBIJ .....	24
4.6.1 Precontemplatie- en Contemplatiefase.....	24
4.6.2 Actiefase, terugval, behoud en attributies.....	24
<b>5 CONCLUSIE, DISCUSSIE &amp; AANBEVELINGEN .....</b>	<b>25</b>
5.1 DE INVLOED VAN ATTITUDE.....	25
5.2 DE INVLOED VAN DE SOCIALE OMGEVING.....	25
5.3 DE INVLOED VAN HET PROFESSIONELE NETWERK .....	26
5.4 DE INVLOED VAN DE EIGEN EFFECTIVITEIT .....	26
5.5 DE INVLOED VAN INTENTIE OP GEDRAG EN DE ROL DIE VAARDIGHEDEN EN BARRIÈRES HIERBIJ SPELEN .....	27
5.6 KANTTEKENINGEN.....	27
5.7 AANBEVELINGEN.....	28
<b>LITERATUUR .....</b>	<b>31</b>
BIJLAGE 1 AANKONDIGINGSBRIEF.....	35
BIJLAGE 2 INTERVIEWSHEMA.....	36
BIJLAGE 3 LABELS .....	41



## Samenvatting

### Aanleiding

Therapieontrouw is één van de belangrijkste oorzaken van verminderde effectiviteit van een groot aantal behandelingen. Ongeveer 50 tot 70% van de patiënten met chronische aandoeningen gebruikt geneesmiddelen te kort of onzorgvuldig om werkzaam te kunnen zijn. Ook patiënten met constitutioneel eczeem, meestal behandeld door middel van zalven, zijn doorgaans weinig therapietrouw. De afdeling Dermatologie van het UMCG heeft vermoedens dat ook haar patiëntengroep therapieontrouw is bij de behandeling van eczeem door middel van zalven. Om deze reden heeft de afdeling verzocht een onderzoek te verrichten naar de achtergronden van therapietrouw bij eczeempatiënten, behandeld met zalven.

### Doel

Doel van het onderzoek is het achterhalen van factoren die een rol spelen bij therapietrouw bij de behandeling van constitutioneel eczeem door middel van zalven. Met de resultaten van het onderzoek kan de informatievoorziening eventueel worden aangepast. Verder kan dit onderzoek gezien worden als basis voor een grootschaliger kwantitatief onderzoek naar therapietrouw bij patiënten met constitutioneel eczeem.

### Methode

Er zijn twaalf kwalitatieve interviews gehouden onder eczeempatiënten van de afdeling Dermatologie van het UMCG. De geselecteerde patiënten dienden achttien jaar en ouder te zijn en minimaal één keer bij een dermatoloog van het UMCG te zijn geweest ter behandeling van eczeem. Daarnaast moesten de patiënten één of meerdere hormoon- en of vette zalven voorgeschreven hebben gekregen.

### Resultaten en conclusies

De houding of attitude ten opzichte van de behandeling leidt mogelijk tot therapieontrouw bij: angst voor huidverdunding, ongelooft in de behandeladviezen en wanneer de zalf als vies en vervelend wordt ervaren. Familie, vrienden en kennissen bevorderen therapietrouw mogelijk door positieve verhalen over de zalf, door steun in de vorm van herinneringen om te smeren en praktische hulp bij het smeren. Zij kunnen ook therapieontrouw bevorderen. Advies over alternatieve middelen, schaamte en overdreven verhalen over de hormoonzalf kunnen leiden tot therapieontrouw. De huisarts, dermatoloog en apotheker zorgen mogelijk voor therapieontrouw wanneer de patiënt van mening is dat de behandeling onvoldoende effect heeft. De inschatting van een patiënt om een bepaald gedrag te vertonen (en dus therapietrouw te zijn) wordt mogelijk verlaagd wanneer er sprake is van onbereikbare plekken, een verwarrende hoeveelheid tubes, het niet altijd voorhanden zijn van de zalf en frustratie over de chronische aard van het eczeem. De wil om te smeren, leidt niet altijd tot daadwerkelijk smeergedrag. Vergeetachtigheid speelt hier een belangrijke rol. Opvallend is de wisselwerking met de ernst van het eczeem: patiënten die meer overlast ervaren, lijken minder snel geneigd te zijn om het smeren te vergeten. Naast vergeetachtigheid zijn er barrières die verhinderen dat de wil om te smeren in gedrag uitmondt. Barrières kunnen optreden als het eczeem op onbereikbare plekken zit, als iemand dient te smeren maar de zalf niet bij de hand heeft en bij zwangerschap. Vaardigheden verhogen de kans dat de wil om te smeren, uitmondt in daadwerkelijk gedrag. Vaardigheden doet men op door het consult bij de huisarts en dermatoloog, maar ook bij de apotheek.

### Aanbevelingen

Voor het vinden van oorzaken van therapieontrouw moet niet alleen worden gekeken naar de patiënt, maar ook naar organisationele factoren, zoals de dermatoloog. Het

wegnemen van de schuldvraag bij de patiënt zou ertoe kunnen leiden dat patiënten meer openlijk gaan praten over hun medicatiegebruik. Het trekken van lessen uit deze nieuwe inzichten zou de therapietrouw ten goede kunnen komen.

Een tweede aanbeveling, die uit de eerste aanbeveling voortkomt en ingaat op de behandeling, is betere voorlichting. Deze voorlichting zou kunnen bestaan uit een uitleg waarin ook de langere termijn aan bod komt. Op die manier kan worden voorkomen dat patiënten die het eczeem na verloop van tijd nog maar als weinig storend ervaren te vroeg stoppen met smeren. Verder zou in de voorlichting meer moeten worden ingegaan op de reden van bepaalde behandeladviezen. Inzicht in deze redenen zou mogelijk tot meer draagvlak voor de adviezen leiden. Ook zou patiënten de mogelijkheid geboden moeten worden om na verloop van tijd nog eens na te lezen of vragen wat het behandeladvies precies was. Deze nazorg kan patiënten die vergeten zijn wat het behandeladvies precies was weer op het goede spoor brengen.

2

Tenslotte wordt het de onderzoeker voor vervolgonderzoek aanbevolen alvorens het interviewen al een duidelijk beeld te hebben van de behandeling van eczeem door middel van hormoonzalfen. Nu was het voor de onderzoeker soms onduidelijk of er sprake was van therapietrouw. Wanneer een patiënt zich onbewust is van therapieontrouw zal hij dit vanzelfsprekend niet overbrengen aan de onderzoeker, wat tot gevolg kan hebben dat de onderzoeker cruciale informatie mist.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

In dit onderzoek worden de achtergronden van therapieontrouw bij het smeren van hormoonzalven tegen constitutioneel eczeem achterhaald. Therapieontrouw is een bekend probleem en één van de belangrijkste oorzaken van verminderde effectiviteit van een groot aantal farmacotherapeutische behandelingen (Herings, Leufkens, Heerdink, Klungel & Breekveldt-Postma, 2002).

Therapieontrouw speelt met name bij patiënten met chronische aandoeningen een belangrijke rol (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens (2001). Van de patiënten met een chronische aandoening stopt 50% binnen een jaar met de medicatie. Daarnaast blijkt slechts 30% van de chronische patiënten de medicatie aaneengesloten een jaar te gebruiken (Sabaté, 2003). Ongeveer 50 tot 70% van de patiënten met chronische aandoeningen gebruikt geneesmiddelen te kort of onzorgvuldig om werkzaam te kunnen zijn en gebruikt ze dus ondoelmatig (Herings, et al., 2002).

Sinds 1975 zijn er al meer dan 200 variabelen onderzocht die mogelijk van invloed zouden kunnen zijn op therapieontrouw. Hieronder vallen onder andere de duur van de behandeling (hoe langer de behandeling, hoe minder trouw), de effectiviteit van de behandeling (hoe minder effectief de behandeling, hoe minder therapietrouw) en bijwerkingen van de behandeling (hoe meer bijwerkingen, hoe minder therapietrouw) (Sabaté, 2003).

Uit een overzichtsstudie van Nederlands onderzoek blijken therapiegerelateerde factoren, patiënt gerelateerde factoren en communicatie/voorlichting/informatie een rol te spelen bij therapietrouw. Zo worden positieve verbanden gevonden voor onder andere de gepercipieerde noodzaak van medicatie, een positieve attitude ten

opzichte van de medicatie, ziektepercepties en persoonlijke effectiviteit. Negatieve verbanden worden onder andere gevonden voor gevoelens van schaamte, stigmatisering, slecht sociaal functioneren, twijfel aan de noodzaak en veelheid van medicatie (polyfarmacie). Verder dient hier opgemerkt te worden dat zelf- gerapporteerde, subjectieve therapietrouw hoger is dan objectief gemeten therapietrouw (Brink- Muinen, van den, Dulmen, van, 2004).

Therapieontrouw bij patiënten die een zalf moeten smeren, is hoger dan bij patiënten die hun medicatie oraal innemen (Krejci-Manwaring et al., 2006). Ook patiënten met constitutioneel eczeem, meestal behandeld door middel van zalven, zijn doorgaans weinig therapietrouw (Agner, 2005; Thestrup- Pedersen, 2005; Brijnzeel-Koomen, 2008). Constitutioneel eczeem is een niet-besmettelijke, chronische huidaandoening, die gepaard gaat met roodheid, zwellingen, vochtblaasjes, vochtscheiding ('natten'), kloofjes en littekens. Constitutioneel eczeem wordt ook wel atopisch eczeem, atopische dermatitis, neurodermatitis of neurodermitis genoemd (Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem, 1994).

Het onderzoek naar therapieontrouw bij constitutioneel eczeem richt zich voornamelijk op kinderen, omdat eczeem bij deze doelgroep het meeste voorkomt (Ohya, Williams, Steptoe, Saito, Ikura, Anderson & Akasawa, 2001; Agner, 2005; Krejci-Manwaring et al., 2007).

In de studie (Krejci-Manwaring et al., 2007) werden jonge kinderen ongemerkt gevolgd om therapietrouw bij het smeren van een zalf tegen eczeem te onderzoeken; slechts 32% bleek trouw aan de therapie. De therapietrouw leek toe te nemen naarmate de kinderen weer op consult moesten bij de behandelend arts; vervolgens nam de therapietrouw na het consult weer af.

Fischer (1996) concludeert dat de therapieontrouw bij kinderen beïnvloed wordt door een vijftal factoren: Ouders weten weinig over de chronische aard van eczeem en begrijpen vaak niet dat de therapie moet worden gezien als het onder controle houden van de aandoening in plaats van een eenmalig medicijn. Daarnaast gaan ouders er in sommige gevallen onterecht vanuit dat het eczeem wordt veroorzaakt door een allergische reactie waardoor ze op zoek gaan naar de veroorzakers van de 'allergie' in plaats van het juist toepassen van de medicatie. Verder blijkt de tijd die het kost om het eczeem te behandelen met de zalf van invloed; therapietrouw is hoger bij patiënten die maar één of twee keer per dag moeten smeren ten opzichte van patiënten die drie of vier keer per dag moeten smeren. Ook zijn mogelijk kosten van invloed op de therapietrouw; 54% van de patiënten vond de therapie te duur. Tenslotte blijkt aan 64% van de patiënten verteld te zijn dat zalven met corticosteroiden gevaarlijk zijn; patiënten maken zich dan ook zorgen over de korte en lange termijn effecten. Dit heeft mogelijk invloed op de therapietrouw.

4

Uit ander onderzoek van Ohya et al. (2001) onder kinderen met eczeem blijkt dat de relatie tussen dokter en patiënt alsmede de hevigheid van het eczeem een rol spelen bij de therapietrouw. Angst voor zalven met corticosteroiden werd in dit onderzoek niet aangetoond, sterker nog: patiënten die deze zalven gebruikten, waren zelfs trouwer aan de therapie dan patiënten die medicatie zonder corticosteroiden gebruikten. Een mogelijke oorzaak hiervoor zou gezocht kunnen worden in het feit dat deze zalven, in tegenstelling tot andere middelen, direct tot een zichtbare verbetering leiden waardoor het vertrouwen in de zalf toeneemt (Ohya et al., 2001).

Ander onderzoek onder zowel volwassenen als kinderen toont echter aan 72,5% van de steekproef zich zorgen maakt over zalven met corticosteroiden; 24% gaf toe zich om deze reden niet aan de therapie te houden. In de meeste gevallen (35,5%) is angst voor huidverdunding de oorzaak (Charman, Morris & Williams, 2000). Een verklaring voor de verschillende uitkomsten kan wellicht gevonden worden in het al dan niet volgen van educatieve

programma's voor ouders. Deze blijken een positieve invloed te hebben op therapietrouw (Agner, 2005). Cork et al. (2003) tonen zelfs een verbetering van het waargenomen eczeem aan van 89% door herhaaldelijke lessen en praktische demonstraties over het aanbrengen van zalven met corticosteroiden.

De afdeling Dermatologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) heeft vermoedens dat haar patiëntengroep ook therapieontrouw is bij de behandeling van eczeem. De afdeling heeft verzocht een onderzoek te verrichten naar de achtergronden die een rol spelen bij therapieontrouw bij eczeempatiënten. Met de resultaten van het onderzoek hoopt de afdeling zo nodig de informatievoorziening te optimaliseren met als doel het bereiken van een hogere therapietrouw bij patiënten met constitutioneel eczeem. Voor het onderzoek wil de afdeling de rol van de verschillende betrokkenen in de behandeling achterhalen, namelijk: de medisch specialist, de huisarts, de apotheker, de patiënt zelf en zijn omgeving. Op deze rollen zal nu kort worden ingegaan.

Op dit moment blijkt dat de huisarts en dermatoloog een grote rol hebben met betrekking tot therapietrouw. Uit onderzoek blijkt dat de meeste eczeempatiënten behoefte hebben aan een goede uitleg over de oorzaken van eczeem en het gebruik van de voorgeschreven middelen. Bij 83% van de patiënten bleek dat de verwachtingen gedeeltelijk of helemaal niet waren uitgekomen na het bezoek aan de huisarts. Na het eerste bezoek aan de dermatoloog bleek de verwachting van de patiënten voor 74% gedeeltelijk of helemaal niet uitgekomen. Het grootste deel van de patiënten klaagde over een gebrek aan informatie en een gebrek aan tijd om eczeem uitgelegd te krijgen (Jowett & Ryan, 1985). Dit impliceert dat de rol van de huisarts en dermatoloog verbeterd kunnen worden door het geven van langere consulten waarin de informatie beter overgebracht kan worden. Zoals hiervoor ook al gemeld, zouden herhaaldelijke lessen en praktische demonstraties hier kunnen helpen (Agner, 2005). Daarnaast blijken de huisarts en dermatoloog ook winst te kunnen behalen met door te

zorgen voor een betere relatie tussen hen en de patiënt (Ohya et al., 2001).

Ook de apotheker kan een belangrijke rol spelen. Problemen ontstaan voornamelijk wanneer de voorschriften lastig zijn doordat de patiënt het medicijn bijvoorbeeld geleidelijk moet op- of afbouwen. Ook kan een apotheker niet bekend zijn met de specifieke adviezen van een specialist, met name wanneer het advies afwijkt van het advies wat doorgaans wordt gegeven door de dermatoloog. Mogelijk lopen de adviezen van de dermatoloog en apotheker hierdoor uiteen. (Hodari, Nanton, Carroll, Feldman & Balkrishnan 2006). De rol van de patiënt zelf blijkt ook van belang. Patiënten vinden bijvoorbeeld dat het volgen van de therapie teveel inbreuk maakt op hun levensstijl (Jowett & Ryan, 1985). Ook blijken patiënten soms simpelweg te vergeten dat zij hun medicatie moeten gebruiken (Zaghloul & Goodfield, 2004).

Ook de rol van de omgeving van de patiënt kan van belang zijn bij therapieontrouw. Hier kan worden gedacht aan oorzaken als tegenstrijdige adviezen van de dermatoloog en huisarts (Charman et al., 2000), angst ingeboezemd door vrienden en diverse media (Witkowski, 1988) en verkeerde informatie op internet (Hodari et al., 2006).

## **1.2 Maatschappelijke & wetenschappelijke relevantie**

### **1.2.1 Maatschappelijke relevantie**

Therapieontrouw is de belangrijkste reden voor suboptimale klinische effectiviteit en kan leiden tot medische en psychosociale complicaties van een ziekte, afname van de kwaliteit van leven van de patiënt, ondoelmatige besteding van financiële middelen en toename van indirecte kosten (bijvoorbeeld toename ziekteverzuim) (Sabaté, 2003; Nelissen-Vrancken et al., 2006). Zoals hiervoor is gemeld, gebruikt 50 tot 70 % van

de patiënten medicijnen ondoelmatig waardoor het beoogde effect vaak niet wordt gehaald. Het vroegtijdig afbreken van de behandeling betekent tevens dat er onnodig kosten zijn gemaakt. Geschat wordt dat het investeringsverlies tussen de 166 en 302 miljoen euro per jaar ligt. Daarnaast staan patiënten onnodig bloot aan de bijwerkingen van het geneesmiddel; zij ondervinden wel de negatieve bijwerkingen van het medicijn, terwijl het positieve effect uitblijft. Verder kan de verwachte meerwaarde van de behandeling lager uitvallen dan voorspeld op basis van farmaco-economische beoordelingen. Deze beoordeling meet 'value for money', ofwel hoeveel gezondheidswinst wordt er geboekt voor hoeveel geld (Postma, 2001). In het geval van therapieontrouw wordt voor de ingecalculerde hoeveelheid geld dus niet de berekende gezondheidswinst behaald. Al met al kunnen de kosten die samenhangen met therapieontrouw oplopen tot enkele honderden miljoenen euro's (Herings, Leufkens, Heerdink, et al., 2002). Het is dus van groot belang de therapietrouw te verhogen. Dit onderzoek beoogt hieraan een bijdrage leveren door factoren te achterhalen die bijdragen aan therapie(on)trouw bij het gebruik van hormoonzalven tegen constitutioneel eczeem. Met de resultaten van het onderzoek kan de behandeling (met name het geven van informatie) eventueel worden aangepast, wat zo mogelijk leidt tot een hogere therapietrouw. De verwachting is dat dit vervolgens zal leiden tot kostenbesparingen en in sommige gevallen tot een hogere kwaliteit van leven van de patiënt met constitutioneel eczeem (Sabaté, 2003; Grillo, Gassner, Marshman, Dunn, Hudson, 2006).

### **1.2.2 Wetenschappelijke relevantie**

Dit onderzoek heeft als doel de achtergronden van therapieontrouw bij hormoonzalven tegen constitutioneel eczeem te achterhalen. Eerder onderzoek richtte zich met name op kinderen; over therapietrouw bij volwassenen is op dit moment weinig bekend. De resultaten die voortkomen uit dit onderzoek zullen inzicht geven in de factoren die therapieontrouw bij volwassen patiënten met constitutioneel eczeem beïnvloeden. Verder kan dit

onderzoek gezien worden als basis voor een grootschaliger kwantitatief onderzoek naar therapietrouw bij patiënten met constitutioneel eczeem.

### 1.3 Probleemstelling

De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

‘Welke factoren hebben invloed op therapietrouw bij patiënten met constitutioneel eczeem?’

De onderzoeksvraag wordt naar aanleiding van de structuur van het theoretisch kader (Hoofdstuk 2) verdeeld in de volgende deelvragen:

- Welke invloed heeft attitude op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem?
- Welke invloed hebben sociale invloeden op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem?
- Welke invloed heeft het professionele netwerk op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem?
- Welke invloed heeft de eigen effectiviteit op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem?
- Welke invloed heeft intentie op gedrag en welke rol spelen vaardigheden en barrières daarbij?

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn twaalf kwalitatieve interviews afgenomen bij patiënten met constitutioneel eczeem die minimaal één consult bij een dermatoloog van de afdeling Dermatologie van het UMCG hebben gevolgd.

### 1.4 Opbouw scriptie

In hoofdstuk twee wordt het theoretisch kader beschreven. Dit is opgebouwd aan de hand van het ASE-model. Hoofdstuk drie omvat een beschrijving van de methode die is gebruikt voor dit onderzoek. In hoofdstuk vier worden de resultaten uiteengezet. Tenslotte wordt in hoofdstuk vijf de conclusie, discussie en aanbeveling behandeld.

## 2 Theoretisch kader

### 2.1 Inleiding

Mensen hebben bepaalde redenen of motieven voor hun gedrag. Deze redenen of motieven voor het gedrag worden ook wel determinanten genoemd. Voor de verklaring van gedrag zijn verschillende sociaal psychologische gedragsverklaringstheorieën ontwikkeld zoals de Sociaal-Cognitieve theorie van Bandura (1986), de Theorie van Gepland Gedrag van Ajzen (2005) en het Health Belief Model van Rosenstock (1974) (Brug, Van Assema, & Lechner, 2007).

Bij de gedragsverklaringstheorieën is er globaal een opdeling te herkennen die een drietal determinanten onderscheidt:

- attitudes
  - (S) sociale invloeden
  - (E) eigen- effectiviteitsverwachtingen
- (Damoiseaux, Van der Molen & Kok, 1998).

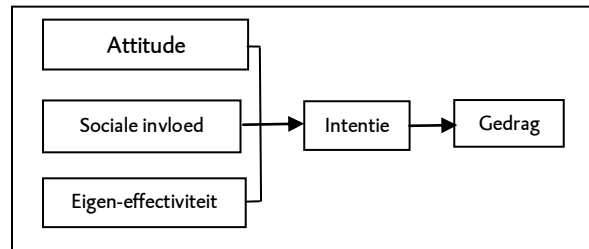
Hieruit is een ander gedragsverklaringsmodel ontstaan: het ASE-model (De Vries, Dijkstra en Kuhlman, 1988; De Vries, Backbier, Kok en Dijkstra, 1995). In deze scriptie wordt gebruik gemaakt van dit ASE-model.

In dit hoofdstuk zal allereerst een beschrijving van het eenvoudige ASE- model worden gegeven. Vervolgens wordt het basismodel uitgebreid: het model wordt aangevuld met externe factoren, de Attributietheorie (Weiner, 1986) en het Stages of Change-concept (Prochaska en DiClemente, 1983). Deze verschillende inzichten zullen worden geïntegreerd en leiden uiteindelijk tot het uitgebreide ASE- model (figuur 4). Dit model wordt als uitgangspunt genomen voor de structuur van de interviews en de beantwoording van de hoofd- en deelvragen.

### 2.2 Het ASE- determinantenmodel

Het ASE- model wordt gebruikt om verschillende soorten gezondheidsgedrag, bijvoorbeeld voeding, alcoholgebruik, stoppen met roken en kinderveiligheid te verklaren (De Vries & Mudde, 1998). In deze scriptie is er voor gekozen het ASE-model toe te passen, omdat dit model naast gezondheidsgedrag, ook de terugval en attributies analyseert. Bij therapieontrouw lijken deze laatste facetten van belang te zijn, omdat er daarbij sprake is van terugval in vroeger gedrag en het toeschrijven van redenen aan dit falen (attributies), waaruit vervolgens weer (nieuw) gedrag ontstaat (Damoiseaux et al., 1998). Het ASE- model verdient om deze reden de voorkeur boven andere gedragsverklarings-theorieën. Het integreert verschillende gedragsverklarings-theorieën. Dit model is vooral gebaseerd op de Theorie voor Gepland Gedrag (Ajzen, 2005) en de Sociaal Cognitieve Theorie voor Gedragsverandering (Bandura, 1986). Daarnaast worden nog enkele andere gedragsverklaringsmodellen geheel of gedeeltelijk overgenomen (Damoiseaux et al., 1998).

Het ASE- model maakt een onderscheid tussen attitude, sociale invloeden en eigen effectiviteitsverwachting. Deze drie primaire of proximale determinanten bepalen samen de motivatie van een persoon om bepaald gedrag uit te voeren, ook wel de intentie genoemd (figuur 1).



Figuur 1: Het ASE-model (de Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1987)

### 2.2.1 Attitude

De eerste primaire determinant binnen het ASE- model is attitude. Een attitude wordt opgevat als een afweging van alle voor- en nadelen die de persoon aan het gedrag verbindt (Bandura, 1986). Deze afweging wordt, naast logische redeneringen, ook gebaseerd op diepgewortelde gewoontes en irrationele overtuigingen (Damoiseaux et al., 1998). Attitudes kunnen worden onderverdeeld in drie componenten: de cognitieve, evaluatieve en conatieve component.

De cognitieve component omvat de kennis die een persoon heeft over de consequenties van het gedrag. Deze kennis omvat bijvoorbeeld opinies en overtuigingen (Meertens & Von Grumbkow, 1992). Iemand die er van overtuigd is dat het eczeem verdwijnt bij trouw smeergedrag, zal sneller geneigd zijn trouw te smeren. De evaluatieve component omvat de affectieve evaluatie van het gedrag (bijvoorbeeld, ik vind jeuk vervelend) en de consequenties die worden gekoppeld aan dit gedrag (bijvoorbeeld, smeren van zalf verlicht de jeuk). De conatieve component tenslotte, gaat in op reacties die worden gekoppeld aan het gedrag. Dit kunnen gedragingen of intenties zijn die naar aanleiding van het gedrag worden gevormd. Bijvoorbeeld, ik smeer liever niet als ik nog bij mensen op bezoek moet omdat zij vinden dat het er vreemd uitziet.

Voor veel gedragingen zijn verschillende motieven en opvattingen aan te wijzen. De motieven of opvattingen die het gedrag in kwestie bepalen, worden ook wel saillante beliefs (overtuigingen) genoemd. Een determinantenonderzoek zal dus alle (of zoveel mogelijk) saillante beliefs dienen te analyseren om zo de vorming van een attitude te verklaren (Damoiseaux et al., 1998).

### 2.2.2 Sociale invloed

De tweede primaire determinant is de sociale invloed. Sociale invloeden worden opgevat als de invloeden die een persoon van anderen ervaart om zich op een bepaalde manier te gedragen (Damoiseaux et al., 1998). De sociale invloed wordt in het ASE- model bepaald door sociale

normen, het waargenomen gedrag van anderen en de directe druk of ervaren steun voor een gedrag.

De sociale normen zijn de verwachtingen die andere mensen hebben over het gedrag van een individu. Sociale normen kunnen op verschillende manieren ontstaan. Zo zou iemand ervan overtuigd kunnen zijn dat zijn vrienden vinden dat het smeren van zalfjes iets is voor vrouwen waardoor hij het niet of minder zal doen.

Via het waarnemen van het gedrag van anderen leert een persoon welke gedragingen in een bepaalde context gewenst zijn. Zo kan het gedrag van een persoon die altijd trouw zijn zalfjes smeert als 'gewenst' worden gezien waardoor iemand ook beter gaat smeren.

Door expliciete sociale druk of steun van anderen kan een persoon verwachtingen vormen over het gewenste gedrag. Een persoon kan door straffen of beloning leren wat het gewenste gedrag is en vormt hierover verwachtingen. Wanneer iemand bijvoorbeeld belonend wordt toegesproken nadat hij elke keer trouw smeert, zal hij zich gesteund voelen en zijn trouwe smeergedrag voortzetten (Damoiseaux et al., 1998).

### 2.2.3 Eigen-effectiviteitsverwachting

De derde primaire determinant is eigen-effectiviteitsverwachting. De eigen-effectiviteitsverwachting is de inschatting die een persoon maakt van zijn eigen mogelijkheden om een bepaald gedrag te vertonen (Bandura, 1986). De Vries (1998) maakt met betrekking tot eigen-effectiviteitsverwachting onderscheid tussen gedragseffectiviteitsverwachting, sociale effectiviteitsverwachting en spanningseffectiviteitsverwachting. Gedragseffectiviteitsverwachting kan worden omschreven als de inschatting van een persoon om een bepaald gedrag uit te kunnen voeren. Bijvoorbeeld: kan iemand vanwege bijvoorbeeld beperkingen de zalf wel zelfstandig aanbrengen?



Sociale effectiviteitsverwachting geeft de verwachting van de persoon weer waarin hij/zij zich in staat acht om sociale druk te weerstaan. Bijvoorbeeld de inschatting van een persoon dat hij/zij in staat is om te blijven smeren als anderen afwijzend tegenover de zelf staan.

Onder spanningseffectiviteit verstaat men de inschatting om het gewenste gedrag te kunnen blijven vertonen in situaties van spanning. Iemand zou dan bijvoorbeeld kunnen vergeten de zelf te smeren (Damoiseaux et al., 1998).

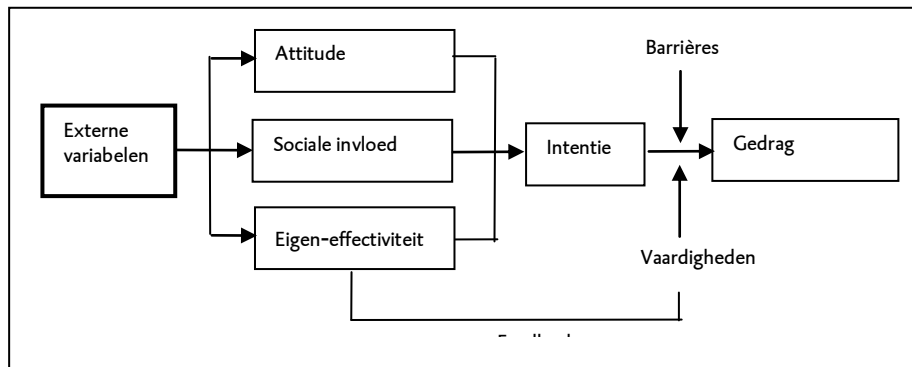
#### 2.2.4 Externe factoren

De invloed van de drie primaire of proximale determinanten wordt gemodereerd door vier typen secundaire, indirecte, distale of externe factoren (Brug, Van Assema, & Lechner, 2007): gedragsfactoren (het verwerven van vaardigheden, eerdere ervaringen met soortgelijk gedrag), psychologische factoren (attributies, indirecte leerprocessen), biologische factoren (geslacht, leeftijd, erfelijke eigenschappen) en sociale en culturele factoren (sociaal klimaat, sociaal economische status) (De Vries & Mudde, 1998). De externe variabelen beïnvloeden het gedrag alleen via de drie proximale determinanten, zoals ook te zien is in figuur 2 (Damoiseaux et al., 1998).

#### 2.2.5 Intentie & Gedrag

De proximale en distale determinanten leiden vaak tot een intentie. Onder intentie verstaat men de neiging die mensen hebben om gedrag te vertonen; hoe sterker de intentie is om bepaald gedrag uit te voeren des te groter de kans dat dat ook daadwerkelijk wordt vertoond (Ajzen, 1991). Pas wanneer er voldoende determinanten zijn die positief gerelateerd zijn aan een gedrag, zullen mensen de intentie hebben dat gedrag uit te voeren. Het gedrag is echter niet alleen afhankelijk van de intentie, maar ook van iemands vaardigheden en de barrières die de uitvoering van het gedrag kunnen belemmeren (Damoiseaux et al., 1998). Men kan nog zulke goede voornemens hebben (dit zijn feitelijk intenties) het gedrag uit te voeren, soms lukt dit simpelweg niet. Zo is het mogelijk dat iemand de zelf bijvoorbeeld niet bij de hand heeft wanneer hij/zij eigenlijk wel dient te smeren. Naast barrières dient iemand ook over de juiste vaardigheden te beschikken om zijn voornemen (intentie) daadwerkelijk uit te voeren: iemand kan wel van plan zijn iets tegen het eczeem te doen, maar als diegene niet weet hoe dat moet, zal de uitvoering falen.

De tot nu toe beschreven determinanten van het ASE-model worden in veel onderzoeken toegepast (Van Es,



**Figuur 2:** beïnvloeding gedrag door externe variabelen via de drie proximale determinanten (Damoiseaux et al, 1988)

Nagelkerke, Colland, Scholten, Bouter, 2000; Kools, Thijs, De Vries, 2005; Lemaigre, Van den Bergh, Van Hasselt, De Peuter, Victoir, Verleden, 2005). Omdat dit onderzoek specifiek over het gezondheidsgedrag 'therapietrouw' gaat, is ervoor gekozen een uitgebreidere versie van het ASE-model te gebruiken omdat op deze manier ook terugval van gedrag en verschillende stadia in de gedragspoging worden beschreven. In dit model worden de Attributietheorie (Weiner, 1986) en het Stages of Change-concept toegevoegd (Prochaska en DiClemente, 1985).

### 2.3 De Attributietheorie

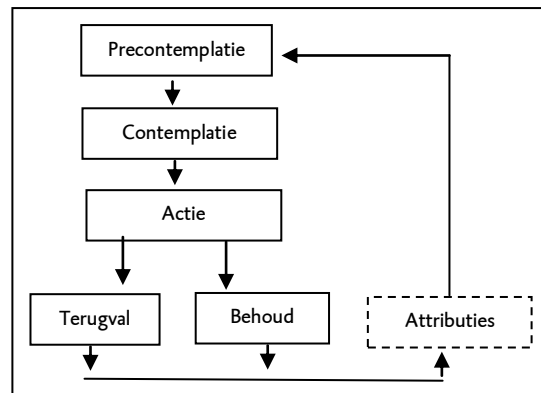
Pogingen om gedrag te veranderen, zijn niet altijd succesvol. Mensen vallen soms weer terug naar het vroegere gedrag. Weiners Attributietheorie (1986) gaat met name in op hoe mensen omgaan met succes en falen. Volgens Weiner schrijven mensen redenen/oorzaken toe aan succes of falen. Deze redenen hebben vervolgens weer invloed op de omgang met volgende, soortgelijke problemen of gedragingen. Aan succes of falen worden oorzaken toegeschreven; dit zijn de zogenaamde attributies (Weiner, 1986).

Weiner onderscheid drie attributionele dimensies. Voor het ASE-model gebruikt De Vries (1998) alleen de dimensie waarvoor de meeste empirische steun wordt gevonden: de stabiliteitsdimensie (Damoiseaux et al., 1998). Deze dimensie beschrijft de mate waarin vroegere uitkomsten (falen of succes) worden toegeschreven aan stabiele of onstabiele oorzaken (Damoiseaux et al., 1998). Wanneer mensen hun terugval wijten aan tijdelijke of toevallige oorzaken, dan is de kans groot dat ze het nieuwe of gewenste gedrag opnieuw zullen proberen. Wanneer mensen hun terugval attribueren aan stabiele en onveranderbare zaken zullen zij waarschijnlijk bij het oude gedrag blijven. In dit geval zullen de eigen-effectiviteitsverwachtingen ten aanzien van het gedrag erg laag liggen, omdat mensen onoverkomelijke en onveranderbare barrières waarnemen (Meertens et al., 1992).

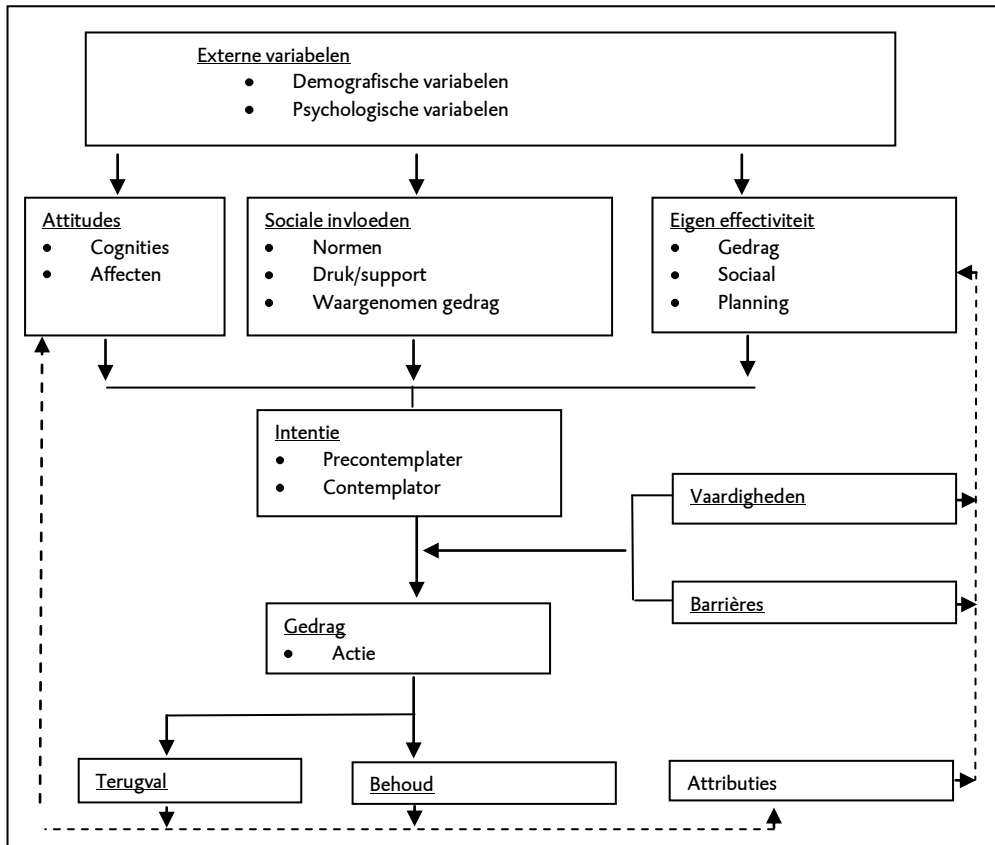
### 2.4 Het Stages of Change-concept

Het stages of change-concept, ook wel het transtheoretisch model genoemd, oppert dat mensen bij een gedragspoging verschillende gedragsstadia kunnen doorlopen (Damoiseaux et al., 1998). Het model probeert gedrag niet te verklaren of te voorspellen, maar geeft een beschrijving van het proces van gedragsverandering. De verandering van gezondheidsgedrag zal niet in een eenvoudige stap van ongezond naar gezond gedrag plaatsvinden, maar kent vijf verschillende stadia: precontemplatie, contemplatie, voorbereiding, actie en gedragsbehoud.

In de precontemplatiefase overwegen mensen niet om hun gedrag te veranderen. In de contemplatiefase overwegen mensen hun gedrag binnen zes maanden te veranderen, maar hebben ze nog geen concrete plannen. Als men plannen gaat maken komt men in de voorbereidingsfase. Wanneer men werkelijke pogingen doet het gedrag te veranderen, komt men in de actiefase. In de behoudsfase is iemand al geruime tijd geleden veranderd en weet dit met succes vol te houden (Damoiseaux et al., 1998; Brug et al., 2007).



**Figuur 3:** Attributietheorie & Stages of Change-concept. De Attributie-theorie wordt met onderbroken streepjes weergegeven en het Stages of Change-concept met een doorgetrokken streep.



**Figuur 4:** ASE- model (De Vries, H., Kuhlman, P. & Dijkstra, M. (1987); Kok et al., 1991) Hoofdstuk 3: Methode

## 2.5 Een integratie van modellen

In het uiteindelijke ASE- model (Figuur 4) bepalen de drie primaire determinanten (onder invloed van de externe variabelen) de intentie van een persoon om een bepaald gedrag uit te voeren welke uiteindelijk leidt tot gedrag (of juist niet wanneer men therapieontrouw is). Het gedrag is niet alleen afhankelijk van intentie maar ook van iemands

vaardigheden en barrières die de uitvoering van het gedrag kunnen belemmeren. Na het uitvoeren van dit gedrag wordt het gedrag en met name de consequenties daarvan geëvalueerd. Wanneer het gedrag leidt tot de verwachte consequenties, (het eczeem neemt af) leidt dit bijvoorbeeld tot een versterking van de attitude ten aanzien van het gedrag. Er is in dit geval sprake van gedragsbehoud (men blijft trouw smeren). Zijn de consequenties daarentegen onverwacht, dan kan dit resulteren in een

veranderde attitude. De huid kan bijvoorbeeld aanzienlijk dunner worden waardoor mensen afzien van het verdere gebruik van de zalf (Charman, Morris & Williams, 2000). In dit geval is er sprake van gedragsterugval; men stopt met smeren of doet dit niet volgens het voorschrift. Verder zal een persoon de oorzaken van succes of falen op een bepaalde manier interpreteren; ook wel attribueren. Iemand die vastbesloten is het eczeem te lijf te gaan, maar die het eczeem lastig kan insmeren doordat het fysiek gezien onbereikbaar is, kan de oorzaak van het falen als stabiel en onveranderbaar ervaren. Dit heeft vervolgens weer invloed op de eigen-effectiviteitsverwachting. Ook deze eigen-effectiviteitsverwachting wordt vervolgens weer beïnvloed door iemands vaardigheden en barrières. Om het cyclische karakter van het model duidelijk te maken, worden deze relaties weergegeven met een stippellijn (Damoiseaux et al., 1998).

## 3 Methode

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt de methode van het onderzoek aan bod. In paragraaf 3.2 wordt het studiedesign besproken en in paragraaf 3.3 de respondenten. Tenslotte zullen in paragraaf 3.4 de dataverzameling en -analyse aan de orde komen.

### 3.2 Studiedesign

De gegevens voor het onderzoek werden verzameld door middel van een kwalitatief onderzoek. Voor het onderzoek werd op één moment een aantal vragen afgenomen bij een steekproef van respondenten. Met een kwalitatief onderzoek worden opvattingen of betekenissen die mensen aan iets of iemand toekennen en gedragingen van personen of groepen beschreven. Dit type onderzoek wordt ook wel dwarsdoorsnedeonderzoek, cross-sectioneel of transversaal onderzoek genoemd. Er wordt met dit onderzoek als het ware een dwarsdoorsnede van een facet van de onderzoeksverschijnselen gemaakt (Baarda, Goede & Teunissen, 2005; Plochg, T., Juttman, Klazinga & Mackenbach, 2007). Zo wordt bijvoorbeeld dieper ingegaan op bijwerkingen van de hormoonzalf, een facet van therapieontrouw bij eczeem. Het gaat bij dit onderzoek, in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek niet zozeer om cijfers en hoeveelheden, maar meer om kwaliteiten, perspectieven, ervaringen, beleving en betekenisverlening. Het genereren van nieuwe ideeën is belangrijker dan het toetsen van ideeën (Baarda, Goede & Teunissen, 2005). De keuze voor een kwalitatief onderzoek is gemaakt omdat er op het gebied van therapietrouw bij het smeren van zalven tegen eczeem nog niet veel bekend is over de achtergronden (Cork et al., 2003). Met dit exploratieve onderzoek kan het onderwerp immers eerst

verkend worden. Bij dit soort exploratief onderzoek verdient een kwalitatief onderzoek de voorkeur omdat er wordt gezocht naar antwoorden op open vragen die verschillen en/of samenhang proberen te achterhalen (Baarda et al., 2005). Bij een interview kan de formulering van de vragen vastliggen, maar zijn de antwoordmogelijkheden altijd open. Er is in dit geval sprake van een half- of gedeeltelijk gestructureerd interview (Baarda et al., 2005).

### 3.3 Respondenten

De geselecteerde respondenten waren patiënten ouder dan achttien jaar afkomstig uit het patiëntenbestand van de afdeling Dermatologie van het UMCG. De patiënten waren minimaal één keer bij een dermatoloog van het UMCG geweest ter behandeling van eczeem.

#### 3.3.1 Selectie, werving & respons

De achttien patiënten zijn geselecteerd door de toenmalige Nurse Practitioner (NP) van de afdeling Dermatologie. Bij de selectie van patiënten werden de volgende inclusiecriteria gehanteerd: 1) De diagnose constitutioneel (of ook wel atopisch) eczeem moet zijn vastgesteld door een dermatoloog 2) Hiertegen heeft de patiënt één of meerdere hormoon- en of vette zalven voorgeschreven gekregen.

Als exclusie criterium is gesteld dat de patiënten geen NP hebben bezocht. Patiënten die een vervolgt raject zijn ingegaan bij een NP zijn geëxcludeerd omdat de opdrachtgever – de afdeling Dermatologie van het UMCG - uitsluitend geïnteresseerd was in therapie(on)trouw naar aanleiding van een consult bij een dermatoloog.

Van de patiënten die aan bovenstaande inclusiecriteria voldeden zijn uit praktisch oogpunt de patiënten woonachtig in de stad Groningen als eerste benaderd. Vervolgens zijn de patiënten woonachtig buiten Groningen benaderd.

Therapietrouw, gemeten door middel van interviews of logboeken blijkt subjectief en onbetrouwbaar omdat patiënten vaak melden wat de onderzoeker wil horen, namelijk dat zij volledig terapietrouw zijn. Omdat het in de praktijk dus lastig aantoonbaar is wat terapietrouw dan wel therapieontrouw gedrag is, is er voor gekozen patiënten niet op dit kenmerk te selecteren (Hodari, Nanton, Carroll, Feldman & Balkrishnan 2006). Voor de werving van respondenten, is er een aankondigingsbrief (Bijlage 1) namens de afdeling Dermatologie van het UMCG en de onderzoeker naar de patiënten gestuurd die voldeden aan bovenstaande inclusiecriteria. In deze brief zijn achtergrondinformatie (doel van het interview, de voor het interview verantwoordelijke instantie), verwachte opbrengsten (verbetering van de effectiviteit van zorgverlening) en kosten (een half uur tijd) aan bod gekomen. Verder is de patiënt er op gewezen dat alle uitkomsten anoniem verwerkt worden en dat afzien van een interview geen verdere gevolgen zou hebben voor hun verdere behandeling. Het idee achter de anonieme verwerking is dat geïnterviewden makkelijker vrijuit spreken wanneer ze niet bang zijn dat iemand ooit te weten zal komen wat ze zeggen. De belofte van anonimiteit kan zo de kwaliteit van de interviewresultaten bevorderen (Emans, 2002).

Van de achttien benaderde personen weigerden uiteindelijk drie personen, was er één niet bereikbaar en bleek er één geen eczeem te hebben. Eén patiënt is wel geïnterviewd, maar bleek al naar een NP te zijn geweest; het interview werd om deze reden als ongeldig beschouwd. Uiteindelijk zijn er twaalf interviews afgenomen. Tot dit aantal is besloten omdat er sprake bleek van datasaturatie.

### 3.4 Meetinstrumenten

Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van een interviewschema. Het interviewschema wordt in paragraaf 3.4.1 toegelicht. Het volledige interviewschema is in Bijlage 2 opgenomen.

#### 3.4.1 Interview

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een half gestructureerd interview: de vragen zijn opgesteld op basis van het ASE- model. In het model leiden de proximale determinanten attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit tot een intentie, welke vervolgens uitmondt in een gedrag. Hoewel de vragenlijst is opgesteld met behulp van het ASE- model is het onderzoek er niet op gericht het model te toetsen, maar dient het als kapstok om achtergronden van therapie(on)trouw te achterhalen.

Het interview startte met enkele inleidende vragen over het hebben van eczeem; onder andere is gevraagd naar hoe lang de patiënt al last heeft van eczeem en wat hij/zij er voor moet doen en/of moet laten. Vervolgens werd ingegaan op de primaire determinant attitude (A). De attitude is, net als in het ASE-model, opgesplitst in een cognitieve, evaluatieve en conatieve component. Enkele voorbeelden van gestelde vragen zijn hier: 'Is u uitgelegd wat de gevolgen (kunnen) zijn als u zich niet of slecht aan de adviezen houdt?' (cognitief) en 'Vindt u dat de voordelen ter behandeling van het eczeem opwegen tegen de nadelen?' (evaluatief).

De primaire determinant sociale invloed (S) is verdeeld in twee groepen om zo het professionele en het niet – professionele netwerk te onderscheiden. Bij het niet-professionele netwerk (familieleden, kennissen en/of vrienden) is gevraagd naar de sociale normen, het waargenomen gedrag van anderen en de waargenomen druk of support. Enkele voorbeelden van gestelde vragen zijn hier: 'Heeft u het idee dat mensen om u heen verwachten dat u iets tegen uw eczeem doet?' (sociale normen) en 'Is het besluit om iets te ondernemen tegen

het eczeem (huisarts en/of dermatoloog in de hand nemen), u door iemand afgeraden of juist aangeraden?' (waargenomen druk/ support).

Bij het professionele netwerk (huisarts, dermatoloog en/of apotheker) is gevraagd naar de sociale normen en de waargenomen druk of support. Hierbij kan worden gedacht aan vragen als: 'Vindt u in het algemeen dat u de adviezen van een arts, dermatoloog en/of apotheker altijd dient op te volgen?' (sociale normen) en 'Hoe probeerde de huisarts, dermatoloog en/of apotheker ervoor te zorgen dat u de behandeling trouw zou volgen?' (waargenomen druk/ support).

De primaire determinant eigen-effectiviteit (E) is verdeeld in drie componenten: gedragseffectiviteitsverwachting, sociale effectiviteitsverwachting en spannings-effectiviteitsverwachting. Enkele voorbeelden van vragen zijn hier: 'Kunt u het eczeem, door de uitleg van de huisarts, dermatoloog en/of apotheker, nu beter in de hand houden?' (gedragseffectiviteitsverwachting) en 'Bent u ook in staat om te (blijven) smeren wanneer u op de een of ander manier wordt afgeleid door spanningen of stressvolle situaties?' (spanningseffectiviteitsverwachting).

Vervolgens is ingegaan op de invloed van intentie op gedrag en de rol van vaardigheden en barrières, alsmede terugval, behoud en attributies. Hier zijn vragen gesteld als: 'Wilde u zich, direct na het bezoek aan de dermatoloog ook precies aan zijn/haar adviezen gaan houden?' (Precontemplatie- en Contemplatiefase) en 'Verliep de behandeling volgens verwachting?' (Actiefase). In het laatste deel van het interview kwam het eigen oordeel van de geïnterviewde nog aan bod; op deze manier kon de geïnterviewde zijn/haar eigen visie nog eens kan ventileren zonder zich beperkt te voelen door de richting van bepaalde vragen.

#### 3.4.2 Pilot

Om na te gaan of het interview goed te begrijpen was en of het bruikbaar was, is het interview eerst afgenomen bij een

medestudent. Daarna is er bij de eerste vier interviews met patiënten achteraf gevraagd of de patiënt vond dat hij voldoende ruimte kreeg om zijn antwoord te geven. Tot slot is al in een vroeg stadium nagegaan of het met behulp van deze eerste interviews mogelijk was al een antwoord te geven op de deelvragen.

Aan de hand van deze eerste vier interviews zijn enkele zinnen geherformuleerd omdat deze moeilijk te begrijpen waren. Daarnaast zijn vragen verwijderd omdat er sprake was van overlap met andere vragen. Tenslotte bleken enkele thema's onvoldoende gedekt waardoor de deelvragen niet voldoende beantwoord konden worden; door het toevoegen van enkele vragen is dit probleem bijtijds opgelost. De wijzigingen worden gedetailleerd weergegeven in Bijlage 2.

#### 3.4.3. Analyse

De interviews zijn opgenomen met een audiorecorder. Deze opnames zijn vervolgens letterlijk uitgetypt. De analyse van de interviews vond plaats na afloop van alle interviews door het toekennen van labels aan gemeenschappelijke thema's. De labels zijn te vinden in Bijlage 3.





## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste uitkomsten van de interviews gerapporteerd per deelvraag. Bij elke deelvraag worden diverse thema's of componenten behandeld die zijn afgeleid van de theorie zoals beschreven in Hoofdstuk 2. Deze thema's zijn op hun beurt verdeeld in subthema's. Om inzicht te geven in de behandeling van de respondenten zal allereerst het advies van de huisarts of dermatoloog worden beschreven.

### 4.1 Advies van huisarts, dermatoloog en/of apotheker

#### 4.1.1 Hormoonzalf

Alle twaalf patiënten hebben een hormoonzalf voorgeschreven gekregen. Van deze twaalf patiënten meldden zes patiënten een overeenkomstig advies. Eerst dienden zij een agressieve therapie toe te passen en vervolgens moesten zij deze afbouwen. Tijdens deze agressieve therapie dienden de patiënten twee maal daags te smeren. De precieze invulling van de afbouwfase verschilde per patiënt. Enkele patiënten moesten geleidelijk afbouwen.

Eén patiënt beschreef het advies als volgt:

*“Dus dat is geloof ik vijf dagen achter elkaar flink smeren, één dag rust geven, vier dagen smeren, één dag rust geven, drie dagen smeren en daarmee trekt het gewoon weg zei ie. En dan kan je, elke keer als het op komt zetten, even een paar dagen flink smeren.”*

Andere patiënten dienden na de 'agressieve therapie' nog twee maal per week te smeren.

Vijf andere patiënten gaven aan dat zij het advies kregen om te smeren wanneer het eczeem de kop op stak. Enkele van hen gaven aan de zalf dan twee maal daags te moeten smeren. Anderen waren met hun antwoord wat vaag: zij moesten smeren wanneer het nodig was. Bij deze vier

patiënten is door de arts niet gesproken over een afbouwfase. Twee patiënten gaven aan dat het advies onduidelijk was; de patiënten wisten niet meer welk advies zij hadden gekregen. De oorzaak hiervoor werd gezocht in het feit dat het al lang geleden was dat zij de dermatoloog hadden bezocht. Daarnaast was de verscheidenheid aan adviezen in combinatie met het aantal middelen verwarrend geweest voor hen. Een andere patiënt stopte direct na de agressieve fase met de hormoonzalf, omdat zij van mening was dat de zalf zo sterk was dat het eczeem al na twee dagen 'als sneeuw voor de zon was verdwenen'.

#### 4.1.2 Andere adviezen

Naast de hormoonzalf hebben alle patiënten het advies gekregen de huid goed vet te houden met, zoals zij het zelf noemden, een 'vettige zalf'. De patiënten hebben het advies gekregen deze vettige zalf zo vaak als mogelijk te gebruiken. Een aantal patiënten kregen daarnaast een vochtinbrengende crème en een ultra violet B behandeling voorgeschreven. Verder dienden vrijwel alle patiënten diverse zaken te mijden dan wel te matigen. Zo werd een aantal patiënten geadviseerd niet teveel en te warm te douchen, dan wel hun handen te wassen (afhankelijk van de plaats van het eczeem). Daarnaast werd sommigen geadviseerd niet te veel in de zon te zitten, zo min mogelijk shampoos, bodylotions en parfums te gebruiken. In enkele specifieke gevallen waren patiënten allergisch voor wol en huismijt; zij dienden deze zaken dan ook te mijden.

### 4.2 De invloed van attitude op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem

*Een attitude wordt opgevat als een afweging van alle voor- en nadelen die de persoon aan het gedrag verbindt. Attitudes kunnen worden onderverdeeld in drie*

*componenten: de cognitieve, evaluatieve en conatieve component.*

#### 4.2.1 Cognitieve component

*De cognitieve component omvat de kennis die een persoon heeft over de consequenties van het gedrag.*

##### Kennis over consequenties van therapieontrouw

Elf van de twaalf patiënten gaven aan dat hen niets is verteld over de gevolgen van therapieontrouw. Eén patiënt is verteld dat zij zich aan het advies van de dermatoloog moest houden en niet zelf ‘aan de haal’ moest gaan met de medicijnen omdat er anders allerlei bijwerkingen op konden treden.

##### Kennis van bijwerkingen

Zes van de twaalf patiënten gaven aan niet bang te zijn voor bijwerkingen van de hormoonzalf. De overige zes gaven aan dat zij wel min of meer rekening hielden met de bijwerkingen. Alles zes wisten zij te vertellen dat hun huid er dunner van kon worden. Bij twee van hen was dit ook daadwerkelijk gebeurd. Deze categorie patiënten gaf aan voorzichtig te zijn met het gebruik van de zalf. Eén patiënt is, nadat zij haar huid zag verdunnen, gestopt met de behandeling. Zij is terug gegaan naar de dermatoloog en heeft een lichtere hormoonzalf voorgeschreven gekregen. Daarna is zij de voorgeschreven behandeling weer gaan volgen. Een andere patiënt gaf aan dat zij de zalf op zich geen probleem vond, maar zei wel te stoppen als zij zwanger wilde worden. Tenslotte was er ook een patiënt die jeuk kreeg zodra zij de hormoonzalf smeerde. Niet de angst voor huidverdunding, maar de jeuk zorgde er bij haar soms voor dat zij de zalf liever niet smeerde.

#### 4.2.2 Evaluatieve component

*De evaluatieve component omvat de affectieve evaluatie van het gedrag en de consequenties die worden gekoppeld aan het gedrag.*

##### Voor- en nadelen behandeling

Van de twaalf patiënten gaven er zeven aan dat zij vonden dat de voordelen van de behandeling opwogen tegen de nadelen. Deze groep patiënten noemde ook geen nadelen. Andere patiënten noemden wel nadelen: de zalf voelde vettig –en dus vies- aan, de zalf jeukte in één geval, het was soms lastig om consequent te smeren, het smeren op zich werd als een nadeel beschouwd en men had niet altijd zin om koud te douchen. Verder hadden drie patiënten op verschillende gebieden problemen met de zalf. Eén patiënt was tijdens haar zwangerschap gewaarschuwd door de apotheek: “(...) en toen gaven ze ook aan: ‘liever niet’. Maar het is net als een kosten-batenanalyse. Als jij er heel veel last van hebt door het helemaal niet te smeren, dan voel jij je ook niet prettig. En ook dat is niet goed in combinatie met een zwangerschap”. Een andere patiënt gaf aan liever een ultra violet B behandeling te volgen “dan al die zalftroep”. Ook kreeg één patiënt juist jeuk van de zalf. Twee patiënten waren positief verrast door de zalf omdat het veel beter bleek te werken dan alle voorgaande middelen. Eén patiënt vond dat de voordelen niet tegen de nadelen opwogen. Zij ervoer het als een groot nadeel dat het eczeem na twee weken alweer terug kwam. Overigens bleek dit voor haar geen aanleiding om de zalf minder te gaan gebruiken dan voorgeschreven.

##### Adviezen huisarts of dermatoloog

Zeven van de twaalf patiënten gaven aan dat zij zich konden vinden in het advies van de dermatoloog. De vijf andere patiënten hadden op verschillende vlakken problemen met de adviezen van de dermatoloog. Zo vond één patiënt dat haar vermoedens over de rol van voeding nogal halsstarrig werden ‘verwezen naar het land der fabelen’. Zij was van mening dat dermatologie ‘en het iets naar het alternatief neigende heel goed samen kunnen gaan’. Twee patiënten hadden het idee dat eczeem een kwaal is waartegen de dermatologen ook niet veel kunnen beginnen. Zij waren al diverse keren teruggegaan en hebben diverse dingen geprobeerd, maar leken zich er nu bij neer te leggen. Eén van hen had al diverse keren gevraagd hoe het eczeem veroorzaakt werd: ‘maar dat weten ze niet’. De ander merkte op ‘... dus inmiddels ga ik

*ook niet meer naar de dermatoloog en denk ik van 'oké dit is het'.* Bij een andere patiënt leek het proberen van verschillende zalven zelfs te hebben geleid tot verergering van het eczeem; zij was daarom ontevreden over het advies. Tenslotte gaf één patiënt aan dat het haar nog steeds niet duidelijk was wat ze precies had. Zij volgde de behandeladviezen op maar had niet het idee dat het een echte oplossing bood. Twee patiënten merkten op dat zij vonden dat de huisarts geen duidelijk advies gaf, maar meer 'wat uitprobeerde'. Eén van hen was van mening dat de huisarts te lang heeft gewacht met doorverwijzen; na het derde consult werd de patiënt, na aandringen, pas doorverwezen.

#### Tevredenheid over opvolgen behandeladvies

Van de elf patiënten waarbij dit onderwerp aan de orde is gekomen, gaven er negen aan dat zij tevreden waren over de manier waarop zij het behandeladvies opvolgden. Twee patiënten gaven aan ontevreden te zijn over de manier waarop ze de behandeling volgden. Zo gaven zij bijvoorbeeld aan te lang te douchen, niet vaak genoeg te stofzuigen en af en toe geen zin te hebben in dat 'vette spul'.

#### Relatie ernst eczeem en smeergedrag

Zeven patiënten gaven aan pas te gaan smeren als zij jeuk kregen. Een aantal merkten hierbij op dat zij vaak vergaten te smeren als zij geen klachten hadden; zij werden er dan niet aan herinnerd. Andersom was het tegenovergestelde het geval, één patiënt vertelde: *"(...) als kind lag ik echt helemaal open. Dan wordt er anders gesmeerd en anders gekeken naar het probleem"*. Tenslotte was er ook een patiënt die al geruime tijd ervaring met eczeem leek te hebben: *"Nee, als je het maar lang genoeg hebt, dan maakt het je niks meer uit"*.

#### Eczeem even vergeten

Drie patiënten gaven aan het eczeem soms even te willen vergeten. In twee gevallen hadden de patiënten er al vrijwel hun hele leven last van en waren zij soms gefrustreerd. Op de vraag of de patiënt er zat van was, antwoordde hij: *"ja*

*helemaal! Het beheerst je."* Ook de andere patiënt gaf aan het soms zat te zijn en daardoor niet te smeren: *"...dan wil ik gewoon even niet aan mijn eczeem denken..."*.

#### 4.2.3 Conatieve component

*De conatieve component gaat in op reacties die worden gekoppeld aan het gedrag. Dit kunnen gedragingen of intenties zijn die naar aanleiding van het gedrag worden gevormd.*

#### Reacties van anderen

Van de twaalf patiënten gaven er zeven aan dat zij zich niets aantrokken van reacties van anderen. Eén van hen legt vaak wel even uit waarom haar hoofd glimt. Een andere patiënt vertelde dat zij in het verleden is gestopt met smeren van de hormoonzalf omdat vrienden het sterk afraadden tijdens de zwangerschap. Toen het daardoor behoorlijk uit de hand liep is zij weer naar de dermatoloog gegaan. Deze heeft haar verteld dat het tijdens de zwangerschap prima kan zolang het maar niet systematisch twee maal daags wordt gebruikt. Na dit incident heeft de patiënt zich voorgenomen voortaan alleen nog naar de dermatoloog te luisteren. Vijf van de twaalf patiënten gaven aan in meer of minder mate rekening te houden met reacties van anderen. Zo smeerde men liever niet in het bijzijn van anderen omdat men geen zin had in vragen en omdat de kinderen het vies vonden. Verder vertelde één patiënt meestal niet wát hij had, maar legde uit dat hij zuinig moet zijn op zijn handen omdat hij er nog veel mee moet werken later. Eén patiënt die het eczeem op zijn hoofd had, was bang voor opmerkingen als: *"Wat is er met je haar gebeurd, heb je niet gedoucht?"* Om deze reden smeerde hij soms niet. Tenslotte smeerde één patiënt soms niet in de zomer omdat sommige zalven behoorlijk wit blijven. Ook zij was bang voor opmerkingen.

### 4.3 De invloed van de sociale omgeving op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem.

*Sociale invloeden worden opgevat als de invloeden die een persoon van anderen ervaart om zich op een bepaalde manier te gedragen. Sociale invloeden kunnen worden onderverdeeld in drie componenten: sociale normen, het waargenomen gedrag van anderen en de directe druk of ervaren steun voor een gedrag.*

#### 4.3.1 Sociale normen

*De sociale normen zijn de verwachtingen die andere mensen hebben over het gedrag van een individu.*

##### Verwachting van anderen

Zeven patiënten gaven aan dat zij dachten dat mensen om hen heen de verwachting hadden dat zij iets tegen het eczeem zouden ondernemen. Hierbij merkten enkelen tijdens het interview wel op dat zij degenen waren met de klachten en dat zij met name zichzelf hadden wanneer zij niets ondernamen. Vijf anderen gaven aan dat zij direct door familie waren aangespoord om iets te ondernemen. Hierbij had in één geval niet alleen het belang van de patiënt een rol gespeeld, maar ook dat van de partner; hij moest meer dingen doen doordat zij er niet toe in staat was. Tenslotte werd er bij één patiënt door familieleden met eczeem op aangedrongen om allerlei alternatieve geneesmiddelen te gebruiken. Vijf patiënten hadden niet het idee dat anderen van hen verwachtten dat zij iets moesten ondernemen tegen het eczeem. Een enkeling had wel eens vragen gehad en bij anderen viel het eczeem niet dusdanig op dat zij er vragen over konden krijgen. Een andere patiënt, bij wie het eczeem wel zichtbaar was, probeerde het onderwerp te mijden: *“Het is mijn eczeem en dat wil ik ook wel zo houden.”*

Conformeren naar mening directe omgeving  
Negen patiënten gaven aan zich niet te hebben geconformeerd aan de mening van de omgeving. Bij één van hen hadden twee zussen allerlei alternatieve middelen geadviseerd; desondanks bleef de patiënt het advies van de dermatoloog volgen. Twee patiënten gaven aan dat de

directe omgeving de aandoening vervelend vond, maar dat hun mening geen rol speelde bij het besluit een dermatoloog te bezoeken. Twee andere patiënten gaven aan dat de directe omgeving van niets wist; zij konden zich dan ook niet conformeren naar de mening van de directe omgeving. Eén van hen kon zich beroepshalve wel voorstellen dat dit van hem verlangd werd, al had hij er nog nooit een opmerking over gehad: *“Het is meer voor mezelf, dat weet dat ik richting de patiënt gewoon een beetje netjes ben.”* Drie patiënten gaven aan zich min of meer te hebben geconformeerd aan de mening van de directe omgeving. Twee van hen waren op aandringen van hun partner naar de huisarts gegaan. Een andere patiënt was op aandringen van zijn moeder, zelf huisarts, naar de dermatoloog gegaan.

##### Mening van directe omgeving over behandeladvies

Acht van de twaalf patiënten gaven aan dat hun directe omgeving positief tegenover de adviezen van de dermatoloog stond. Eén hiervan merkte echter wel op dat dit anders was ten tijde van haar zwangerschap (reacties van anderen). Een aantal patiënten merkte hier overigens op dat de omgeving niet precies wist wat de behandeling inhield; zij waren volgens hen echter wel geïnteresseerd en positief. Drie andere patiënten gaven aan dat de omgeving niets wist over de behandeling. Eén patiënt had het idee dat haar partner niet positief was over de behandeling: *“Ik heb daar nou niet echt een middel gekregen waarvan ik zeg: Wauw! Ik smeer het en het helpt!”*

#### 4.3.2 Waargenomen gedrag van anderen

*Via het waarnemen van het gedrag van anderen leert een persoon welke gedragingen in een bepaalde context gewenst zijn.*

##### Invloed van familieleden, kennissen of vrienden met constitutioneel eczeem

Negen van de twaalf patiënten bleken familie, kennissen of vrienden met eczeem te hebben. Zeven van deze patiënten wisten van hen dat zij er iets tegen ondernamen. In twee gevallen was dit onzeker; de band was niet zo goed dat men

elkaar van dit soort zaken op de hoogte hield. Eén patiënt gaf toe dat zij zich wel eens liet beïnvloeden door haar zus: *“Ja, nou we wisselen wel ervaringen uit ja. Mijn zus heeft ook eczeem en we bellen elkaar wel eens, zo van: “nou ik heb nou toch iets, dat werkt zo goed, dat moet je ook halen!” Dus je beïnvloedt elkaar daar wel in.”*

#### 4.3.3 Waargenomen druk/support

*Door expliciete sociale druk of steun van anderen kan een persoon verwachtingen vormen over het gewenste gedrag. Een persoon kan door straffen of beloning leren wat het gewenste gedrag is en vormt hierover verwachtingen.*

Aan- of afraden van zoeken hulp bij huisarts en/of dermatoloog

Zeven patiënten was vanuit de omgeving aangeraden noch afgeraden een huisarts of dermatoloog te bezoeken. Vier van hen hadden zelf het idee opgevat om een arts te bezoeken. Ook een andere patiënt besloot uit eigen beweging een naar de huisarts te gaan omdat hij erg snel kaal werd (het eczeem zat bij hem op de hoofdhuid). Hierover had hij wel opmerkingen gekregen: *“nou, je wordt ook kaal hè?”*. Verder vertelde een andere patiënt dat zij positief commentaar had gekregen toen zij vertelde dat ze een dermatoloog zou gaan bezoeken. Weer een andere patiënt gaf aan dat hij nooit was gestimuleerd om naar een dermatoloog te gaan, wel was hem een alternatief genezer aangeraden. Vijf patiënten gaven aan dat het hen was aangeraden professionele hulp te zoeken. Eén patiënt werd door zijn omgeving aangeraden een alternatief genezer te bezoeken.

Steun of ontmoediging en straffen of belonen

Zeven van de twaalf patiënten gaven aan niet het idee te hebben dat zij gesteund of ontmoedigd werden bij het opvolgen van de adviezen. Vier patiënten gaven aan wel eens gesteund te worden. Zo werd een patiënt er door zijn vrouw aan herinnerd dat hij moest smeren. Een ander werd ook geholpen als het eczeem op onbereikbare plaats zat. Geen enkele patiënt had het idee gestraft of beloond te worden. Wel voelde drie patiënten het als een indirecte

beloning als zij geen opmerkingen van de omgeving meer kregen over het eczeem of wanneer zij konden melden dat het goed ging met de behandeling.

#### 4.4 De invloed van het professionele netwerk op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem.

##### 4.4.1 Sociale normen

*De sociale normen zijn de verwachtingen die andere mensen hebben over het gedrag van een individu.*

Opvolgen van adviezen in het algemeen en opvolgen van advies ter behandeling van eczeem

Over het opvolgen van algemeen doktersadvies dan wel specifiek eczeemadvies waren de patiënten verdeeld. Vijf patiënten gaven aan dat zij het algemeen en specifiek (eczeem) advies niet zomaar opvolgden. Deze patiënten gaven aan zelf al goed op de hoogte te zijn. Twee patiënten gaven zelfs aan dat zij hun huisarts en dermatoloog hadden gecorrigeerd, waardoor zij een andere zelf voorgeschreven hadden gekregen. Vier andere patiënten gaven aan dat zij over het algemeen wel het advies van een arts zouden opvolgen, maar dachten er in het geval van eczeem lichtzinniger over: *“Het ligt eraan wat voor gevolgen het heeft als je het niet doet”* en *“Als je een hartkwaal hebt, kan ik me voorstellen dat je dingen gaat opvolgen. Maar als je eczeem hebt en je smeert je zelfjes niet dan heeft dat niet zo’n grote consequentie voor je leven, maar meer voor de jeuk of dat het weggaat...”*. Tenslotte gaven drie patiënten aan altijd alle adviezen op te volgen, ook in het geval van het smeren van zalven tegen eczeem.

##### 4.4.2 Waargenomen druk/support

*Door expliciete sociale druk of steun van de professionele omgeving kan een persoon verwachtingen vormen over het gewenste gedrag. Een persoon kan door straffen of beloning leren wat het gewenste gedrag is en vormt hierover verwachtingen.*

#### Uitleg medicatie

Elf patiënten vonden dat de huisarts, dermatoloog of apotheker goed hadden uitgelegd hoe de medicatie gebruikt diende te worden. De dermatoloog vertelde kort maar duidelijk hoe dik en hoe vaak de zalf gesmeerd diende te worden en schreef bij één patiënt die meerdere zalven voorgeschreven kreeg, alles nog even op een papiertje. Vijf patiënten kregen een folder mee waarop stond wat zij wel en niet moesten doen. Eén patiënt wist niet meer goed of de dermatoloog een goede uitleg had gegeven.

#### Benadrukken belang therapietrouw

Tien patiënten hadden niet idee dat de huisarts, dermatoloog of apotheker ervoor probeerde te zorgen dat ze de behandeling trouw zouden volgen. Zij hadden een 'stappenplan' of 'droge opsomming' van adviezen gekregen. Eén patiënt vertelde: *Nou ik heb niet echt de indruk gekregen dat hij wat wou proberen. Hij vertelde gewoon wat er moest gebeuren. Hij zei verder niet van: Als je het niet doet dan...*. Eén patiënt liet een ander beeld zien. Zij vertelde dat haar heel nadrukkelijk is gezegd dat zij de behandeling af moest maken en dat het anders minder of niet zou helpen. Dit nadrukkelijke advies in combinatie met de folders en stickers op verpakkingen waren voor de patiënt overtuigend.

#### Gelijke adviezen

In negen van de twaalf gevallen was het advies van de huisarts, dermatoloog of apotheker min of meer overeenkomstig. In twee gevallen weken de adviezen van de huisarts af van die van de dermatoloog door een verkeerde diagnose van de huisarts en doordat de beide artsen een verschillende hormoonzalf hadden voorgeschreven. Verder bleek een apotheek enigszins weerstand te bieden bij het advies van een dermatoloog om tijdens de zwangerschap te smeren met hormoonzalf. Deze laatste drie patiënten gaven aan zich door de tegenstrijdige adviezen niet te hebben laten beïnvloeden.

#### Steun en Waardering of afkeuring

Elf patiënten hadden niet het idee dat de huisarts, dermatoloog of apotheker hen actief steunde bij het

smeren van de zalf. Eén patiënt merkte op: "Ja, steunen vind ik een beetje overdreven. Je komt daar en je zegt wat je hebt, en dan zeggen zij: dan moet je dat zo en zo aanpakken. En dat doe je dat. Eén patiënt had wel het idee gesteund te worden; dit bleek volgens haar uit opmerkingen als: *"we gaan toch nog even proberen"* en *"het komt allemaal goed"*. Van de negen patiënten die twee of meer keer naar de dermatoloog waren geweest, gaf er één aan dat de dermatoloog haar vroegere therapieontrouwe gedrag nog wel even besprak. Hij gaf aan dat zij voortaan eerder aan de bel moest trekken als ze last kreeg. Tenslotte voelde één patiënt dat hij indirecte waardering kreeg doordat de dermatoloog zei dat het mooi was dicht gegaan.

#### Rol huisarts, dermatoloog of apotheker

Negen patiënten waren tevreden met de rol van de dermatoloog. Twee patiënten vonden dat het overtuigender had gemogen. De ene vond dat de dermatoloog zakelijker en directer moest zijn. Zo had hij bijvoorbeeld wel duidelijk mogen laten weten dat stoppen met roken beter was om het eczeem te bestrijden. De andere patiënt vond de adviezen te vrijblijvend: *"Het was een beetje vaag allemaal: Doe dit maar en doe dat maar"*. Tenslotte had één patiënt nazorg fijn gevonden.

### 4.5 De invloed van de eigen effectiviteit op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem.

*De eigen-effectiviteitsverwachting is de inschatting die een persoon maakt van zijn eigen mogelijkheden om een bepaald gedrag te vertonen. De eigen effectiviteitsverwachting kan worden onderverdeeld in drie componenten: gedragseffectiviteitsverwachting, sociale effectiviteitsverwachting en spanningseffectiviteitsverwachting.*

#### 4.5.1 Gedragseffectiviteitsverwachting

*Gedragseffectiviteitsverwachting kan worden omschreven als de inschatting van een persoon om een bepaald gedrag uit te kunnen voeren.*

##### Eczeem de baas zijn

Acht patiënten gaven aan dat zij het eczeem nu beter in de hand konden houden met behulp van de zalf. Ze gaven aan hierdoor gesterkt te worden in de overtuiging om het eczeem te lijf te kunnen gaan en bleven daardoor, naar hun idee ook trouw aan de therapie: *“Ja, ik zag dat het werkte dus ging ik er gewoon lekker mee door”*. Een enkeling gaf hier ook aan dat zij wel moesten smeren want anders werden zij eraan herinnerd doordat het ging branden. Een andere patiënt die negatief tegenover hormoonzalven stond, gaf aan overtuigd te zijn door de dermatoloog en smeerde de zalf nu weer gewoon. Eén patiënt wist niet goed of ze het eczeem nu beter te lijf kon gaan, maar vond dat ze erin moest blijven geloven ondanks het feit dat de zalf niet altijd even goed aansloeg. Tenslotte gaf één patiënt aan verkeerd doorverwezen te zijn, waardoor hij niet geloofde in de behandeling.

##### Smeren in de dagelijkse praktijk

Vijf patiënten gaven aan in de dagelijkse praktijk geen moeite te hebben met het smeren van de zalven. Twee patiënten vonden de hoeveelheid zalfjes soms verwarrend en wisten niet altijd even goed welk zalfje wanneer te smeren. Drie anderen gaven aan dat schaamte het smeren in de dagelijkse praktijk soms lastig kon maken. Zo ging de één liever niet de deur uit met de zalf in het haar en smeerde de ander liever niet haar benen in op een zomerdag. Een patiënt smeerde de zalf liever niet op haar hoofd als zij naar feestjes ging omdat het glom. Verder sliep één patiënt soms onverwacht niet thuis met als gevolg dat smeren niet mogelijk was. Een andere patiënt had het eczeem wel eens op, voor haar, onbereikbare plekken.

##### Systematische aanpak

Negen patiënten gaven aan op één of andere manier een systeem in hun smeergedrag te hebben. Zo smeerden zij na

het douchen of na het eten en hadden een aantal de zalf naast de tandpasta staan. Twee patiënten gaven aan dat zij het vermoeden hadden dat therapietrouw *‘valt of staat met routine’*. Eén patiënt vervolgde haar verhaal: *“Ja, bijvoorbeeld als je op de camping staat dan heb je niet alles netjes staan. En verder kan je zoiets hebben van: Ik heb vakantie hoor”*. Eén patiënt die als advies had gekregen om alleen te smeren als hij last kreeg, had geen systematische aanpak: hij had de zalf altijd bij zich en smeerde als hij last kreeg. De patiënt die niet in de behandeling geloofde, had geen systematische aanpak.

#### 4.5.2 Sociale effectiviteitsverwachting

*Sociale effectiviteitsverwachting geeft de verwachting van de persoon weer waarin hij/zij zich in staat acht om sociale druk te weerstaan.*

##### Sociale druk en smeren

Tien patiënten gaven aan zich niets aan te trekken van familieleden, kennissen of vrienden bij het smeren van de zalf. Eén van hen, waarvan de moeder huisarts was, werd door haar wel gewaarschuwd voor de bijwerkingen van de zalf, maar bleef wel volgens advies smeren. Twee patiënten hadden soms moeite met smeren: één omdat hij het liever niet over het eczeem had met anderen en de andere omdat hij zijn haar graag netjes wilde hebben wanneer hij naar zijn werk ging.

#### 4.5.3 Spanningseffectiviteit

*Onder spanningseffectiviteit wordt de inschatting verstaan om het gewenste gedrag te kunnen blijven vertonen in situaties van spanning.*

##### Smeren bij spanning

Alle patiënten gaven aan in staat te zijn om te blijven smeren wanneer zij op de één of andere manier werden afgeleid door spanningen of stressvolle situaties. Twee patiënten merkten hierbij op dat zij juist dan meer gingen smeren omdat het eczeem werd aangewakkerd door de

stress: “(...) dan slaat het juist direct op mijn eczeem, dus dan heb ik het juist erger. Dan ga ik meer smeren”.

#### 4.6 De invloed van intentie op gedrag en de rol van vaardigheden en barrières daarbij

##### 4.6.1 Precontemplatie- en Contemplatiefase

Intentie om adviezen op te volgen

Tien van de twaalf patiënten gaven aan dat zij zich na het bezoek aan de dermatoloog ook precies aan zijn adviezen hadden willen houden. Toch merkte een patiënt op: *“Ja, natuurlijk dat is een logisch gevolg. Je bent opgelucht dat je daar eindelijk iemand kan spreken. En dat je zelfjes meekrijgt. En aan de andere kant weet je in je achterhoofd ook wel dat het misschien ook meer euforie is dat je nu geholpen wordt. En van jezelf weet je ook wel dat het na een half uur weer verwatert”*. Twee patiënten waren niet direct overtuigd. Eén patiënt wist van een vette zalf al dat deze voor haar niet hielp, maar heeft deze uiteindelijk toch gebruikt, met succes. Een andere patiënt hoorde *‘al zoveel jaren hetzelfde’* en was er ook deze keer niet van overtuigd dat het eczeem zou verdwijnen als hij al het advies precies zou opvolgen.

Bespreking voor- en nadelen van de behandeling

Zes patiënten gaven aan dat de nadelen van de behandeling, met name van de zalf zelf, zijn besproken met de dermatoloog. Vaak gebeurde dit in de vorm van een waarschuwing voor de bijwerkingen van de zalf. Bij één patiënt, die sceptisch tegenover de corticosteroiden stond, zijn de nadelen juist ietwat genuanceerd. Eén patiënt kreeg de voordelen van de zalf te horen: het kon niet erger worden en de jeuk zou verdwijnen. Bij vijf patiënten zijn geen nadelen aan bod gekomen.

##### 4.6.2 Actiefase, terugval, behoud en attributies

Behandeling, verwachtingen en attributies

Voor acht patiënten verliep de behandeling volgens verwachting, de zalf deed zijn werk. Vier van hen waren hierdoor positiever tegenover de zalf gaan staan. De

overige vier waren al langer onder behandeling en stonden daardoor neutraal tegenover de zalf. Zij hielden het eczeem onder controle en hadden zich bij het chronische karakter van eczeem neergelegd. Vier andere patiënten waren van mening dat de behandeling niet volgens verwachting verliep. Zo werkte de zalf maar tijdelijk, was het uitproberen van zalven vervelend, was één patiënt verkeerd doorverwezen en wist één patiënt niet goed wat zij precies had. Deze laatste patiënt had hierdoor het geloof in de behandeling verloren. Eén patiënt stond na verloop van tijd juist positiever tegenover de zalf nadat hij het had gebruikt.

Behoud of terugval

Acht patiënten hielden zich twee weken na het bezoek aan de dermatoloog nog aan de voorschriften. Eén van hen gaf hierbij wel aan dat haar behandeling slechts twee weken duurde. Een ander patiënt die na deze termijn eigenlijk diende af te bouwen, stopte direct omdat het eczeem was verdwenen. De patiënt die niet meer in de behandeling geloofde, hield zich later ook niet meer aan het advies. Vier patiënten hadden zich twee weken na het bezoek al niet meer aan het advies gehouden. Eén patiënt gaf aan dat hij verkeerd was doorverwezen en daardoor minder overtuigd was van de behandeling, een andere patiënt stopte tegen het advies in toen zijn eczeem verdwenen was. Tenslotte smeerden twee patiënten minder dan voorgeschreven; de één omdat hij de zalf *‘troep’* vond en de ander omdat zij vond dat één maal daags smeren afdoende was in plaats van twee maal daags.

Reflectie

Zes patiënten gaven aan dat zij, terugkijkend op de afgelopen behandeling en met de kennis die zij nu hadden, geen dingen anders zouden hebben gedaan. Twee patiënten gaven aan dat zij beter hadden gesmeerd en één patiënt was veel eerder naar de dermatoloog gegaan. De patiënt bij wie de diagnose uiteindelijk verkeerd was gesteld, gaf aan dat zij niet naar de dermatoloog was gegaan: *“Dan had ik mezelf heel wat tijd kunnen besparen en had ik gewoon de zalf van de huisarts kunnen gebruiken. Dan was ik net zo ver als ik nu ben. Sorry, ik ben er gewoon niets wijzer op geworden”*.



## 5 Conclusie, discussie & aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: 'Welke factoren hebben invloed op therapietrouw bij patiënten met constitutioneel eczeem?'. De conclusies van het onderzoek worden per deelvraag gepresenteerd (paragraaf 5.1 t/m 5.5). In paragraaf 5.6 worden enkele kanttekeningen bij het onderzoek geplaatst en in paragraaf 5.7 worden aanbevelingen voor praktijk en vervolgonderzoek gedaan.

### 5.1 De invloed van attitude

Attitude heeft op diverse manieren invloed op de intentie om zalf te smeren. Bovenal lijken patiënten enigszins voorzichtig met het toepassen van hormoonzalfen omdat zij bang zijn voor huidverdunding. De intentie om te smeren lijkt verder te worden beïnvloed door andere consequenties die patiënten aan het gewenste gedrag (smeren van de zalf) koppelen: het smeren van de zalf wordt als vervelend en vies ervaren. Vooral wanneer het eczeem als weinig storend wordt ervaren en men dus denkt dat het niet zo erg is als men niet smeert, lijkt de gepercipieerde noodzaak om te smeren af te nemen. Daarnaast lijkt ook het geloof in de behandeladviezen van invloed te zijn op de intentie om te smeren. Doordat men niet volledig gelooft in de behandeling, is men geneigd om de adviezen sneller in de wind te slaan. Tenslotte kunnen reacties die worden gekoppeld aan het gedrag ook van invloed zijn op de intentie tot smeren. Patiënten zeggen soms niet te smeren door schaamte, overdreven verhalen over bijwerkingen en reacties van kinderen die het vies vinden als de zalf in hun omgeving wordt aangebracht.

Uit de literatuur blijkt dat angst voor huidverdunding (Fischer, 1996; Charman, Morris & Williams, 2000), de onterechte aanname dat eczeem een allergie is, de

hevigheid van het eczeem (Ohya et al., 2001), schaamte en de gepercipieerde noodzaak (Brink- Muinen van den & Dulmen van, 2004) een rol spelen. Over een negatieve attitude ten opzichte van medicatie – de zalf wordt als vervelend en vies ervaren – wordt in de literatuur niet gesproken. Wel wordt van het tegenovergestelde gesproken: er bestaat een positief verband tussen therapietrouw en een positieve attitude ten opzichte van medicatie (Brink- Muinen van den & Dulmen van, 2004). Het geloof in de te volgen behandeling wordt in de literatuur niet als zodanig besproken. Ongeloof in de behandeling kan wellicht worden toegeschreven aan de factoren: 'effectiviteit van de behandeling' (Sabaté, 2003) of 'twijfel aan de noodzaak van de medicatie' (Brink- Muinen van den & Dulmen van, 2004). De ineffectiviteit van de behandeling zou er na verloop van tijd namelijk toe kunnen leiden dat patiënten het geloof in de behandeling verliezen. Daarbij kunnen ze gaan twifelen over de noodzaak van de medicatie omdat het in hun ogen toch niet lijkt te helpen.

### 5.2 De invloed van de sociale omgeving

De sociale omgeving lijkt op verschillende manieren invloed te hebben op de intentie om het eczeem te lijf te gaan. Familieleden lijken een positieve invloed te hebben op de intentie om te smeren doordat zij de patiënten positieve feedback over de zalf geven. Anderzijds lijken zij ook een negatieve invloed op het smeergedrag te kunnen hebben door tips over andere middelen dan voorgeschreven. Daarnaast lijkt er sprake te zijn van een positieve invloed vanuit de directe sociale omgeving op de intentie om te smeren doordat er steun wordt geuit in de vorm van een herinnering om te smeren of praktische hulp bij het smeren. Verder wordt een afname van opmerkingen over het eczeem gezien als een indirecte beloning

waardoor de intentie om therapietrouw te blijven, toeneemt.

Therapieontrouw veroorzaakt door goedbedoelde tips over alternatieve geneesmiddelen van familieleden of partners, tegenstrijdig met het behandeladvies van de arts of dermatoloog is in de literatuur niet als zodanig gevonden. Het enige verband tussen therapietrouw en sociale steun dat is gevonden, was negatief: personen met een gebrek aan een ondersteunend sociaal netwerk bleken vaker therapieontrouw (Sabaté, 2003; Battaglioli-DeNero, 2007).

### 5.3 De invloed van het professionele netwerk

Het is op basis van dit onderzoek onduidelijk of het professionele netwerk invloed heeft gehad op de intentie bij patiënten om het eczeem tegen te gaan. De patiënten hebben naar hun mening een goede uitleg over de te volgen therapie gekregen, soms ondersteund met een folder. Bij navraag wat de behandeling precies inhield, was men in twee gevallen niet meer zeker van het advies. Bij slechts één patiënt is benadrukt dat zij de behandeling af diende te maken, de rest heeft alleen een opsomming van adviezen gekregen. Enkele kleine tegenstrijdigheden in de adviezen tussen huisarts, dermatoloog en apotheker die bij drie personen optraden, hebben geen invloed gehad op de smerintentie. Patiënten gaven naderhand aan dat het advies zakelijker en minder vrijblijvend had gemogen. Verder werd nazorg voorgesteld: zo werden patiënten die het behandeladvies waren vergeten in de gelegenheid gesteld na te vragen wat het behandeladvies precies was. Onwetendheid bij de arts over een effectieve behandeling kan bij patiënten die al vaker bij de dermatoloog zijn langs geweest, mogelijk leiden tot ongelooft in de behandeling, met therapieontrouw tot gevolg.

Ondanks het feit dat de enigszins tegenstrijdige adviezen volgens de patiënten binnen dit onderzoek niet tot therapieontrouw hebben geleid, is dit wel een mogelijke oorzaak voor therapieontrouw (Charman, Morris & Williams, 2000). Onwetendheid bij de arts over een

effectieve behandeling met als gevolg ongelooft in de behandeling kan, zoals beschreven in paragraaf 5.1, mogelijk worden afgeleid uit factoren die in de literatuur al bekend zijn, namelijk: 'effectiviteit van de behandeling' (Sabaté, 2003) of 'twijfel aan de noodzaak van de medicatie' (Brink- Muinen van den & Dulmen van, 2004).

### 5.4 De invloed van de eigen effectiviteit

De eigen effectiviteit beïnvloedt de intentie om het eczeem te lijf te gaan op verschillende manieren.

De intentie om te smeren wordt groter wanneer patiënten ontdekken dat zij het eczeem met de hormoonzalf de baas zijn. Ook patiënten die aanvankelijk niet in de zalf geloofden, gingen de zalf door het bewezen effect beter gebruiken. Patiënten waarbij het smeren van zalfjes routine was geworden, leken het smeren minder makkelijk te vergeten. Een systematische aanpak lijkt dus tot beter smeergedrag te leiden. De eigen effectiviteit lijkt lager te worden wanneer er sprake is van onbereikbare plekken, een verwarrende hoeveelheid tubes, het niet altijd voorhanden zijn van de zalf en schaamte.

Uit de literatuur blijkt ook dat een verwarrende hoeveelheid tubes (Brink- Muinen van den & Dulmen van, 2004) en schaamte (Renzi, Picardi, Abeni, Agostini, Baliva, Pasquini, Puddo & Braga, 2002; Brink- Muinen van den & Dulmen van, 2004) therapieontrouw gedrag tot gevolg kunnen hebben. Plekken die onbereikbaar zijn, kunnen leiden tot therapieontrouw wanneer iemand geen medische hulp krijgt. De 'beschikbaarheid van medische hulp' was in de literatuur al bekend als een factor die een rol speelt bij therapieontrouw (Sabaté, 2003). Tenslotte kan 'het niet altijd voorhanden zijn van de zalf', doordat iemand regelmatig elders verblijft, leiden tot therapieontrouw. Een mogelijke oorzaak van deze vorm van therapieontrouw is het feit dat de therapie teveel inbreuk maakt op de levensstijl. Een te grote inbreuk van de therapie op de levensstijl is in de literatuur al bekend als factor van therapieontrouw (Jowett & Ryan, 1985).

## 5.5 De invloed van intentie op gedrag en de rol die vaardigheden en barrières hierbij spelen

Daar waar de intentie om te smeren er wel is, leidt dit niet altijd tot daadwerkelijk smeergedrag. Bovenal lijkt vergeetachtigheid hier de oorzaak. De ernst van het eczeem lijkt hier een rol te spelen; patiënten die meer overlast van het eczeem ervaren, worden hierdoor aan het eczeem herinnerd en lijken daardoor minder geneigd te zijn om het smeren te vergeten. Naast vergeetachtigheid zijn er barrières die verhinderen dat de intentie in gedrag uitmondt. Barrières kunnen optreden als het eczeem op onbereikbare plekken zit en men alleen is, als iemand dient te smeren maar de zalf niet bij de hand heeft en bij zwangerschap. Vaardigheden verhogen de kans dat de intentie uitmondt in daadwerkelijk gedrag. Vaardigheden doet men allereerst op door het consult bij de huisarts en dermatoloog. Hier kan gedacht worden aan het volgen van instructies voor het gebruik van hormoonzalven en vette zalven, alsmede het volgen van instructies over het vermijden van bepaalde zaken die eczeem kunnen 'triggeren'. Ook bij de apotheek kunnen vaardigheden worden opgedaan. Hier kan gedacht worden aan instructies van de apotheker al dan niet voorzien van foldermateriaal. Verder kan de bijsluiter als bron van vaardigheden worden beschouwd.

Frustratie over de chronische aard van het eczeem lijkt in sommige gevallen te leiden tot een lagere intentie om te smeren. Mogelijk attribueren personen hun onvermogen om het eczeem voorgoed te bestrijden als een stabiele of onveranderbare factor waardoor de eigen effectiviteitsverwachting daalt. Toch lijkt de ernst van het eczeem hier van invloed; naarmate het eczeem heftiger is, lijkt de attitude tegenover het smeren van de zalf dermate te veranderen dat de lage eigen effectiviteitsverwachting wordt gecompenseerd. Uiteindelijk zal men dus weer overgaan tot trouw smeergedrag, totdat de nadelen van smeren de voordelen weer gaan overstijgen, want dan stopt men weer met smeren. Het feit dat deze afweging waarschijnlijk elke keer opnieuw wordt gemaakt, lijkt aan te

tonen dat hier het cyclische karakter van het ASE-model van toepassing is.

In de literatuur zijn vergeetachtigheid (Zaghoul & Goodfield, 2004) en ernst van het eczeem (Ohya, Williams, Steptoe, Saito, Ikura, Anderson & Akasawa, 2001) als oorzaak van therapieontrouw reeds aangetoond. Een relatie tussen zwangerschap en therapieontrouw werd niet gevonden. De therapieontrouw zou kunnen worden verklaard door een overdreven angst voor bijwerkingen; hoewel enige mate van voorzichtigheid met corticosteroiden tijdens de zwangerschap gepast is, kan helemaal stoppen in sommige gevallen als therapieontrouw worden gezien. Angst voor bijwerkingen werd in de literatuur wel gevonden als oorzaak van therapieontrouw (Fischer, 1996; Charman, Morris & Williams, 2000; Sabaté, 2003). Frustraties over de chronische aard van eczeem, met als gevolg therapieontrouw werd niet als zodanig gevonden in de literatuur. Toch lijken deze frustraties te worden veroorzaakt doordat de behandeling geen permanente oplossing biedt tegen het eczeem waardoor het uiteindelijk als niet-effectief wordt ervaren. De ineffectiviteit leidt uiteindelijk dus tot frustraties. Al eerder bleek dat 'effectiviteit van de behandeling' als factor van therapieontrouw reeds bekend is in de literatuur (Sabaté, 2003).

## 5.6 Kanttekeningen

In dit onderzoek zijn een aantal keuzes gemaakt die hebben geleid tot sterke en zwakkere punten van de studie. Een sterk punt van de studie is de kwalitatieve opzet. Door het toepassen van een 'open vizier' was het met dit onderzoek mogelijk om in te gaan op de ervaringen, belevingen en betekenisverlening van zowel het eczeem als de behandeling. Met de resultaten was het zo mogelijk om eventueel nieuwe ideeën te genereren voor zowel de behandeling als vervolgonderzoek (Baarda, Goede & Teunissen, 2005). Een tweede punt dat de studie sterk maakt, is het feit dat dit onderzoek zich, in tegenstelling tot

veel andere onderzoeken, richt op eczeempatiënten van achttien jaar en ouder en niet op kinderen (Ohya et al., 2001; Agner, 2005; Krejci-Manwaring et al., 2007). Ook deze keuze maakt het mogelijk om nieuwe ideeën te genereren voor zowel de behandeling als vervolgonderzoek.

Een beperking van deze studie is mogelijk het kleine aantal interviews (twaalf). Ondanks het feit dat het bij kwalitatief onderzoek niet gaat om cijfers en het toetsen van ideeën, blijft het moment waarop wordt vastgesteld dat er sprake is van datasaturatie subjectief. Een groter aantal interviews had mogelijk tot meer informatie kunnen leiden. Toch leek het op een bepaald moment gerechtvaardigd om te stoppen met interviewen aangezien er geen nieuwe informatie meer werd vergaard.

Een tweede beperking van de studie is het feit dat de invloed van internet niet is meegenomen als mogelijke oorzaak van therapieontrouw. Ondanks het feit dat geen enkele patiënt hierover is begonnen, bleek uit de literatuur dat het internet mogelijk van invloed kan zijn. Patiënten doen allerlei (mis)informatie op uit internetfora. De verwarring die hierdoor ontstaat kan leiden tot therapieontrouw (Hodari, Nanton, Carroll, Feldman & Balkrishnan 2006).

Een derde beperking is het feit dat de onderzoeker niet op de hoogte was van de behandeling. Aanvankelijk was hiervoor gekozen zodat de onderzoeker met een open vizier het interview in ging en het behandeladvies te horen kreeg van de patiënt. Het laatste contactmoment met de huisarts, dermatoloog of apotheker was soms echter al meer dan een jaar geleden, wat sommige patiënten onzeker maakte over het door hen beschreven behandeladvies. Het is dus mogelijk dat de patiënt ervan overtuigd was dat hij de behandeling goed volgde, terwijl hij/zij in werkelijkheid dingen was vergeten. Aangezien de onderzoeker het behandeladvies van de patiënt vernam, was het daarom ook voor de onderzoeker niet mogelijk om te concluderen dat de patiënt het advies niet goed opvolgde en daarmee dus therapieontrouw was.

## 5.7 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de conclusies en kanttekeningen volgen nu een aantal aanbevelingen. Voor het vinden van oorzaken van therapieontrouw moet niet alleen worden gekeken naar de patiënt, maar ook naar organisationele en lokale factoren. Barber (2002) analyseert therapieontrouw met de Human Error Theorie (Reason, 1990) die wordt gebruikt om menselijke fouten in organisaties te verklaren. Personen die fouten maken of therapieontrouw zijn, kunnen dit intentioneel en onintentioneel doen. Niet alleen de patiënt maakt fouten, maar ook de – professionele – omgeving creëert een klimaat waarin de persoon sneller fouten kan maken. In de Human Error Theory worden personen daarom ‘erfgenamen’ in plaats van ‘aanstichters’ van ongelukken genoemd. Erkenning van het feit dat organisaties ook fouten kunnen maken, kan ervoor zorgen dat patiënten meer aangemoedigd worden om open te zijn over hun ‘fouten’. Het wegnemen van de schuldvraag bij de patiënt zou ertoe kunnen leiden dat patiënten meer openlijk gaan praten over hun medicatiegebruik. Onderzoek naar de toepasbaarheid van deze theorie bij therapietrouw onder eczeempatiënten kan mogelijk leiden tot nieuwe inzichten. Het trekken van lessen uit deze nieuwe inzichten zou de therapietrouw ten goede kunnen komen.

Een tweede aanbeveling, die uit de eerste aanbeveling voortkomt en ingaat op de behandeling, is betere voorlichting. Deze voorlichting zou kunnen bestaan uit een uitleg waarin ook de langere termijn aan bod komt. Op die manier kan worden voorkomen dat patiënten die het eczeem na verloop van tijd nog maar als weinig storend ervaren te vroeg stoppen met smeren. Verder kan in de voorlichting worden ingegaan op de reden van bepaalde behandeladviezen. Wanneer patiënten weten waarom ze iets moeten doen, zullen ze mogelijk meer geloven in de behandeling en zullen ze zich er mogelijk beter aan willen houden. Verder zou de patiënten de mogelijkheid geboden moeten worden om na verloop van tijd nog eens na te lezen of vragen wat het behandeladvies precies was. Zo kan

een patiënt die vergeten is wat het behandeladvies precies was op een eenvoudige manier controleren of hij/zij de behandeling goed volgt.

Tenslotte wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen alvorens het interviewen al een duidelijk beeld te hebben van de behandeling van eczeem door middel van hormoonzalven. Patiënten wisten nu niet altijd welk advies zij hadden gekregen. Daarnaast is het ook mogelijk dat zij dachten zich precies aan de adviezen te houden terwijl zij in werkelijkheid een ander advies van hun huisarts of dermatoloog hadden gekregen. Wanneer een patiënt zich onbewust is van therapieontrouw zal hij dit vanzelfsprekend niet overbrengen aan de onderzoeker, wat tot gevolg kan hebben dat de onderzoeker cruciale informatie mist.



## Literatuur

- Agner, T. (2005). Compliance among patients with atopic eczema. *Acta Dermato Venereologica*, Suppl. 215, 33–35.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton Keys: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (Red.) (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek (2e druk)*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New York, Prentice Hall.
- Battaglioli-DeNero, A.M. (2007). Strategies for improving patient adherence to therapy and long-term patient outcomes. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 18 (Suppl. 1), S17–S22.
- Brink- Muinen, A. van den, & Dulmen, A.M. van, (2004). *Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken*, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL).
- Bruijnzeel-Koomen C. (2008). Constitutioneel eczeem samengevat. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Charman, C.R., Morris, A.D. & Williams, H.C. (2000). Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *British Journal of Dermatology* 142, 931-936.
- Cork M.J., Britton J., Butler L., Young S., Murphy R. & Keohane S.G. (2003). Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. *British Journal of Dermatology* 149, 582–589.
- Damoiseaux, V., Van der Molen, H.T., Kok, G.J. (Red.).(1998) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. 3e druk. Assen: Van Gorcum, 1998.
- De Vries, H., Backbier, E., Kok, G.J., & Dijkstra, M. (1995). Measuring the impact of social influences on smoking onset in a longitudinal study: An integration of social psychological approaches. *Journal of Applied Social Psychology* 25, 237-257.
- De Vries, H., Kuhlman, P. & Dijkstra, M. (1987). Persoonlijke effectiviteit: de derde variabele naast attitude en subjectieve norm als voorspeller van de gedragsintentie. *Tijdschrift voor Gezondheidsbevordering* 8, 253-264.

- De Vries, H. & Mudde, A.N. (1998). 'Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude- social influence- efficacy model'. *Psychology & Health* 13, 369-358.
- Emans, B. (2002). *Interviewen: Theorie, techniek en training*. Groningen, Stenfert Kroese.
- Fischer, G. (1996). Compliance problems in paediatric atopic eczema. *Australasian Journal of Dermatology* 37, 10-13.
- Herings R.M.C., Leufkens H.G.M., Heerdink E.R., Klungel O.H. & Breekveldt-Postma N.P. (2002) *Chronische Farmacotherapie Voortgezet*. Utrecht: PHARMO Instituut.
- Hodari, K.T., Nanton, J.R., Carroll, C.L., Feldman S.R., & Balkrishnan R. (2006). Adherence in dermatology: A review of the last 20 years. *Journal of Dermatological Treatment*. 17, 136–142.
- Jowett S. & Ryan T. (1985). Dermatology patients and their doctors. *Clinical and Experimental Dermatology* 10, 246–54.
- Kok, G.J., Vries, H. de, Mudde, A.N., & Strecher, V.J. (1991). Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. *Health Education Research* 6, 231-238.
- Kools, J., Thijs, C., De Vries, H. (2005). The behavioral determinants of breast-feeding in the Netherlands: Predictors for the initiation of breast-feeding. *Health Education & Behavior* 32, 809-824.
- Krejci-Manwaring, J., McCarty, M.A., Camacho, F., Carroll, C.L., Johnson, K., Manuel, J., Balkrishnan, R., Hartle, J., Fleischer, A., Feldman, S.R. (2006). Adherence with topical treatment is poor compared with adherence with oral agents: implications for effective clinical use of topical agents. *Journal of the American Academy of Dermatology* 54 (5), 235-236.
- Krejci-Manwaring, J., Tusa, M.G., Carroll, C., Camacho, F., Kaur, M., Carr, D., Fleischer, A.B., Balkrishnan, R. & Feldman, S.R. (2007). Stealth monitoring of adherence to topical medication: Adherence is very poor in children with atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 56 (2), 211-216.
- Lemaigre, V., Van den Bergh, O., Van Hasselt, K., De Peuter, S., Victoir, A., Verleden, G. (2005). Understading participation in an asthma self-management program. *American college of chest physicians* 128-5, 3133-3139.
- Meertens, R.W. & Von Grumbkow, J. (Red.).(1992) *Sociale Psychologie*. 2e druk. Groningen: Wolters-Noordhoff; Heerlen: Open Universiteit, 147-164.
- Nelissen-Vrancken, M. (Red.). (2006). *Therapietrouw* (pp. 1-20). DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, Utrecht.
- Ohya Y, Williams H, Steptoe A, Saito H, Iikura Y, Anderson R. & Akasawa, A. (2001). Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis. *Journal of Investigative Dermatology* 117, 852–857.
- Postma M.J, Rutten W.J.M.J. & De Vries C.S. (2001). Farmaco-economisch onderzoek. *Pharmaceutisch Weekblad* 136, 542-5.
- Plochg, T., Juttman, R.E., Klazinga, N.S. & Mackenbach, J.P. (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Bohn, Stafleu van Loghum.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1985). Stages and processes of self-change of smoking: toward an



- integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51, 390-395.
- Renzi C, Picardi A, Abeni D, Agostini E, Baliva G, Pasquini P, P. Puddo & M. Braga (2002). Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Archives of Dermatology* 138, 337–42.
  - Sabaté E. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization.
  - Thestrup-Pedersen, K., (2005). Treatment strategies and compliance for the adult patient with atopic eczema. *Acta Dermato Venereologica, Suppl.* 215, 36–40.
  - Van Es, S., Nagelkerke, A., Colland, V., Scholten, R. Bouter, L. (2000). An intervention programme using the ASE-model aimed at enhancing adherence in adolescents with asthma. *Patient Education and Counseling* 44, 193- 203.
  - Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem (1994). Wat is eczeem? [4 paragrafen] & hormoonzalven [2 paragrafen]. Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem [website]. Beschikbaar: <http://www.vmce.nl/>.
  - Vermeire E., Hearnshaw H., Van Royen P. & Denekens J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26, 331-342.
  - Weiner, B. (1986). An attributional theory of motivation and emotion. New York, Springer-Verlag Inc.
  - Witkowski, J.A. (1988). Compliance: The dermatologic patient. *International Journal of Dermatology* 27, 608–11.
  - Zaghoul, S.S. & Goodfield, M.J. (2004). Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Archives of Dermatology* 139, 408–14.



## **Bijlage 1 Aankondigingsbrief**

Datum 30 oktober 2008

Onderwerp deelname onderzoek

Geachte heer/mevrouw,

Bij de afdeling Dermatologie van het UMCG staat kwaliteit van zorg hoog op de agenda. Eén van de onderdelen van die kwaliteit is de effectiviteit van onze zorgverlening. Om deze te kunnen verbeteren houden we een onderzoek over therapietrouw. Wij zijn bijvoorbeeld benieuwd naar de aspecten die bij u een rol te spelen om wel of niet te smeren met zalf.

Hierbij willen wij u vragen om deel te nemen aan dit onderzoek. Deelname houdt voor u in dat u geïnterviewd gaat worden door een student Sociologie, Olivier van Diggele. Dit interview wordt bij u thuis gehouden en duurt ongeveer een half uur.

Alle uitkomsten van het onderzoek zullen anoniem worden verwerkt. Dit betekent dat geen enkele uitspraak van u naar u is te herleiden.

In week 49 of week 50 wordt u door Olivier telefonisch benaderd of u wilt deelnemen aan dit onderzoek. Afzien van deelname heeft geen enkel gevolg voor uw behandeling bij de afdeling Dermatologie. Indien u uw medewerking wilt verlenen aan het onderzoek maakt Olivier met u praktische afspraken over een datum en tijdstip van het interview. Mocht u naar aanleiding van deze brief nog vragen hebben, kunt u contact opnemen met Prof dr Coenraads via toestel 050-3612520.

Met vriendelijke groet,

Prof dr Coenraads  
Hoofd Expertisecentrum en Arbeidsdermatosen

Olivier van Diggele  
Student Sociologie

## Bijlage 2 Interviewschema

### Vragenlijst 'therapieontrouw bij constitutioneel eczeem'

#### Introductie

Goede ..... , ik ben Olivier van Diggele. Ik studeer sociologie en loop nu stage bij de afdeling dermatologie van het UMCG. Ik zoek voor de afdeling uit waarom sommige mensen wel hun zalfjes smeren en waarom andere mensen dat niet doen. De uitkomsten van het onderzoek worden anoniem verwerkt en zijn niet naar u te herleiden. Ook uw arts of dermatoloog kan uw antwoorden nooit direct naar u terug herleiden.

#### A. Inleidende vragen

1. Hoe lang heeft u al last van eczeem?
2. Wanneer kwam u er tegen in actie? (crèmes of het mijden van irriterende producten, dus nog niet het zien van een arts).
3. Wanneer ging u naar de huisarts?
4. Wanneer ging u naar de dermatoloog?
5. Kunt u mij uitleggen wat er zoal bij eczeem komt kijken/ wat moet u ervoor doen of juist laten?
6. Vindt u het lastig om de zalf iedere keer opnieuw te moeten smeren? (schaamte, vergeten, symptomen al weg, maar moeten blijven smeren etc.)

#### B. Welke invloed heeft attitude op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem?

*Een attitude wordt opgevat als een afweging van alle voordelen nadelen die de persoon aan het gedrag verbindt.*

*De cognitieve component omvat de kennis die een persoon heeft over de consequenties van het gedrag. De evaluatieve component omvat de affectieve evaluatie van het gedrag. De conatieve component tenslotte, heeft te maken met de reacties van anderen die worden gekoppeld aan het gedrag.*

#### 1. Cognitieve component

1. Welk advies heeft u van de huisarts, dermatoloog en/of apotheker gekregen over het gebruik van de zalf? (Verschillende adviezen?)
2. Heeft u van hen (naast het advies om het medicijn te gebruiken) verder nog adviezen gekregen t.a.v. de behandeling van eczeem? (vet houden, vermijden van fruitzuren, vermijden van vochtige lucht)
3. Is u uitgelegd wat de gevolgen (kunnen) zijn als u zich niet of slecht aan de adviezen houdt? Kunt u dit uitleggen?
4. Bent u door het gebruik van de zalf ook bang voor eventuele bijwerkingen? (huidverdunding, vlekken)

#### 2. Evaluatieve component

1. Vindt u dat de voordelen ter behandeling van het eczeem opwegen tegen de nadelen? (toelichting a.d.h.v. voor -en nadelen)
2. Wat vond u van de adviezen van uw huisarts of dermatoloog? Kon u zich hierin vinden? Waarom wel/niet?
3. Bent u tevreden over de manier waarop u tot nu toe het behandelvoorschrift opvolgt?

#### 3. Conatieve component

1. Houdt u bij het smeren van de zalf wel eens rekening met reacties van anderen? Kunt u dat toelichten? (zowel bij juist wel smeren, als juist niet smeren)
2. En hoe zit dat bij de verdere behandeling van het eczeem? (dus alles naast het gebruik van de zalf; zie B1.2; bv.: vermijden van irriterende zaken, of juist vet houden van de huid)

### C. Welke invloed hebben sociale invloeden op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem?

*Sociale invloeden worden opgevat als de invloeden die een persoon van anderen (professioneel en niet-professioneel) ervaart om zich op een bepaalde manier te gedragen.*

*De sociale normen zijn de verwachtingen die andere mensen hebben over het gedrag van een individu. Sociale normen kunnen op verschillende manieren ontstaan. Via het waarnemen van het gedrag van anderen leert een persoon welke gedragingen in een bepaalde context gewenst zijn. Ook door expliciete sociale druk van anderen kan een persoon verwachtingen vormen over het gewenste gedrag. Tenslotte kan een persoon door straffen of beloning leren wat het gewenste gedrag is en vormt hierover verwachtingen.<sup>8</sup>*

#### 1. *Sociale normen (normative beliefs + motivations to comply)*

1. Heeft u het idee dat mensen om u heen verwachten dat u iets tegen uw eczeem doet? Bent u het met hen eens?
  - a. Vindt uw directe omgeving het belangrijk dat u iets tegen uw eczeem onderneemt? Zit u hierin op één lijn met uw directe omgeving?
  - b. Speelde de mening van uw directe omgeving mee bij het besluit om een huisarts/dermatoloog te raadplegen?
  - c. Hoe staat uw directe omgeving tegenover de adviezen van uw huisarts/ dermatoloog?

#### 2. *Waargenomen gedrag van anderen (modeling)*

1. Heeft u ook familieleden, kennissen of vrienden met constitutioneel eczeem? (**nee → ga door naar C3**)
2. Ondernemen zij iets tegen het eczeem? Waarom wel of niet?

3. Heeft dit invloed gehad op uw eigen keuze het eczeem al dan niet te (laten) behandelen?

#### 3. *Waargenomen druk/ support*

1. Is het besluit om iets te ondernemen tegen het eczeem (huisarts en/of dermatoloog in de hand nemen), u door iemand afgeraden of juist aangeraden?
2. Heeft u het idee dat de mensen om u heen u steunen of juist ontmoedigen bij het smeren van de zalf?
  - a. Zo ja, kunt u ook uitleggen waaruit dat blijkt?
  - b. Hoe heeft dat u beïnvloed?
3. Wordt u beloofd door de mensen om u heen als u trouw uw zalf smeert?
4. Wordt u er ook wel eens op aangesproken als u niet smeert?

### D. Welke invloed heeft het professionele netwerk op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem?

#### 1. *Sociale normen*

1. Vindt u in het algemeen dat u de adviezen van een arts, dermatoloog en/of apotheker altijd dient op te volgen?

Geldt dat ook voor de behandeling van eczeem en het smeren van zalfjes, of denkt u daar anders over? Waarom? (naar een arts gaan, opvolgen therapie = medicatie en niet –medicatie, beïnvloed door professionals)

#### 2. *Waargenomen druk/ support*

1. Heeft de huisarts, dermatoloog en/of apotheker u goed uitgelegd hoe u de medicatie dient te gebruiken? (Medicatie, niet-medicatie, periode, terugkomen bij geen effect)

2. Hoe probeerde de huisarts, dermatoloog en/of apotheker ervoor te zorgen dat u de behandeling trouw zou volgen? (Hoe werd dat gebracht?)
3. Waren de adviezen van huisarts, dermatoloog en/of apotheker allemaal ongeveer hetzelfde of spraken ze elkaar tegen? (**Wanneer ongelijk:** Wat kwam niet overeen?)
  - a. Is dat van invloed geweest op het smeren van de zalf?
4. Heeft u de indruk dat uw arts / apotheker u steunt bij het smeren van de zalf?
  - a. Zo ja / zo nee, kunt u ook uitleggen waaruit dat blijkt?
  - b. Hoe heeft dat u beïnvloed?
5. Liet uw huisarts, dermatoloog en/of apotheker duidelijk merken dat hij uw therapietrouwe gedrag waardeerde (of juist andersom)? ('straffende' of 'belonende' uiting door arts)

in de hand houden? Waarom? En wat kunt u nu beter? (effectiever bestrijding)

- a. **Zo ja**, sterkte dit u in uw overtuiging dat u in staat was het eczeem te lijf te gaan? Werd u nu ook trouwer aan de therapie?
  - b. **Zo nee**, werd u daardoor ook minder trouw aan de therapie?
2. Gaat het smeren van zalf u eenvoudig af of heeft u er in de dagelijkse praktijk moeite mee?
    - a. Zo ja, hoe doet u dat? Heeft u bijvoorbeeld een systematische aanpak of een andere manier van handelen? (wanneer langer onder behandeling: Daardoor beter in staat tot therapietrouw?)
    - b. Zo niet, hoe pakt u het aan?

### E. Welke invloed heeft de eigen effectiviteit op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem?

*De eigen-effectiviteitsverwachting is de inschatting die een persoon maakt van zijn mogelijkheden om een bepaald gedrag te vertonen.*

*De eigen-effectiviteitsverwachting is de inschatting die een persoon maakt van zijn mogelijkheden om een bepaald gedrag te vertonen. Ook de eigen-effectiviteitsverwachting kan worden onderverdeeld in drie componenten.*

*Gedragseffectiviteitsverwachting kan worden omschreven als de inschatting van een persoon om een bepaald gedrag uit te kunnen voeren. Sociale effectiviteitsverwachting geeft de verwachting van de persoon weer waarin hij/zij zich in staat acht om sociale druk te weerstaan. Onder spanningseffectiviteit wordt de inschatting verstaan om het gewenste gedrag te kunnen blijven vertonen in situaties van spanning.*

1. *Gedragseffectiviteitsverwachting*
  1. Kunt u het eczeem, door de uitleg van de huisarts, dermatoloog en/of apotheker, nu beter

### 2. *Sociale effectiviteitsverwachting*

1. Trekt u zich iets aan van wat familieleden, kennissen of vrienden vinden van uw zalf? (smeert u ook bij een negatieve houding van de sociale omgeving consequent?)

### 3. *Spanningseffectiviteit*

1. Bent u ook in staat om te (blijven) smeren wanneer u op de een of ander manier wordt afgeleid door spanningen of stressvolle situaties? (Bijvoorbeeld problemen thuis of stressvolle situaties op het werk)

### F. Welke invloed heeft intentie op gedrag en welke rol spelen vaardigheden en barrières daarbij?

*Intentie om zich aan de behandelvoorschriften te houden en het uiteindelijke gedrag*

*Precontemplatie: persoon overweegt nog niet om binnen 6 maanden van gedrag te veranderen.*

*Contemplatie: persoon heeft het gedrag nog niet veranderd, maar overweegt dit wel te doen binnen deze periode.*

*Actiefase: persoon is net bezig het gedrag te veranderen.*

*Terugval of behoud:*

*→ attitudeverandering*

*→ attributie (aan succes of falen worden oorzaken toegeschreven)*

Als succes of falen wordt toegeschreven aan stabiele factoren (onveranderbare factoren) kan dit leiden tot een hogere of respectievelijk lagere succesverwachting dit is hetzelfde als een hogere of juist lagere eigen effectiviteitsverwachting.

1. *Precontemplatie- en Contemplatiefase*

1. Wilde u zich, direct na het bezoek aan de dermatoloog ook precies aan zijn/haar adviezen gaan houden? Waarom niet?
  - a. **Zo niet**, hoe lang heeft u dat gedaan of doet u dat al?
  - b. Heeft u met uw arts gesproken over de mogelijke voor- en nadelen?

2. *Actiefase, terugval, behoud en attributies*

1. Bleek het in de *dagelijkse praktijk* mogelijk om u precies aan zijn/haar adviezen te houden?
  - a. Zo niet, wat lukte minder goed? (naast 'B2.1b, B3, D1.3')
2. Verliep de behandeling volgens verwachting?
  - a. **Zo ja**, stond u daardoor ook positiever tegenover de zalf?
  - b. **Zo niet**, stond u daardoor ook negatiever tegenover de zalf?
3. **Indien de zalf onvoldoende hielp:**
  - a. Waarom denkt u dat de zalf onvoldoende hielp? (*Indien toegeschreven aan stabiele factoren: lagere succesverwachting*)

b. Heeft u opnieuw contact opgenomen met de dermatoloog?

c. Welk advies kreeg u van de dermatoloog? Wat vond u hiervan?

4. Hield u zich, twee weken na het bezoek aan de dermatoloog nog aan de voorschriften van de dermatoloog? (behoud of terugval) Waarom/Wat was daarvoor de reden? (onverwachte effecten, exacerbatie onder controle → onderhoudsfase?)

## H. **Eigen oordeel geïnterviewde**

### **Alleen indien ontrouw en wanneer oorzaak nog onduidelijk is:**

1. Waarom lukt het u niet om alle dagen te smeren?

### **Voor zowel trouwe als ontrouwe personen:**

2. Heeft u het idee dat er nog andere zaken een rol spelen bij het smeren van de zalf?
3. Zou u, als u nu terugkijkt op de afgelopen behandeling en met de kennis die u nu hebt, nu dingen anders doen? Kunt u dat uitleggen?
  - a. Zou u zich dan beter aan het behandeladvies hebben gehouden of juist slechter? Kunt u uitleggen waarom?
4. Had u bij het smeren van de zalf graag een andere rol van de arts/apotheker gezien? Had dit meer bijgedragen aan het beter smeren van de zalf?

## Wijzigingen naar aanleiding de eerste interviews

Zoals reeds vermeldt in paragraaf 3.4.2 zijn enkele zinnen geherformuleerd omdat deze te moeilijk te begrijpen waren. Op deze details zal nu niet verder worden ingegaan. Wel wordt hier kort ingegaan op inhoudelijke veranderingen.

Vraag F2.1 (Bleek het in de *dagelijkse praktijk* mogelijk om u precies aan zijn/haar adviezen te houden?) heeft een grijze tint gekregen zodat het tijdens het interviewen duidelijker was dat deze vraag al min of meer was gesteld, namelijk bij E1.2 (*Gaat het smeren van zalf u eenvoudig af of heeft u er in de dagelijkse praktijk moeite mee?*). Op deze manier werd overlap tussen de vragen duidelijker en werd voorkomen dat dezelfde vraag twee keer gesteld werd.

Vraag B2.3 (*Bent u tevreden over de manier waarop u tot nu toe het behandelvoorschrift opvolgt?*) is achteraf ingevoegd omdat bij de eerste versie van de vragenlijst geen vraag stond die inging op de mate waarin de persoon zijn eigen handelen waardeerde.

Tenslotte zijn zijn de vragen C3.3 (*Wordt u beloond door de mensen om u heen als u trouw uw zalf smeert?*) en C3.4 (*Wordt u er ook wel eens op aangesproken als u niet smeert?*) achteraf ingevoegd omdat bij de eerste versie van de vragenlijst niet werd ingegaan op belonen en straffen vanuit de sociale omgeving.



## Bijlage 3 Labels

### Behandeladviezen

#### Advies van huisarts, dermatoloog en/of apotheker

#### De invloed van attitude op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem.

<b>Cognitieve component</b>
Kennis over consequenties van therapieontrouw
Kennis van bijwerkingen
<b>Evaluatieve component</b>
Voor- en nadelen behandeling
Adviezen huisarts of dermatoloog
Tevredenheid over opvolgen behandeladvies
Relatie ernst en smeergedrag
Eczeem even vergeten
<b>Conatieve component</b>
Reacties van anderen

#### De invloed van de sociale omgeving op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem.

<b>Sociale normen</b>
Verwachting van anderen
Conformereren naar mening directe omgeving
Mening van directe omgeving over behandeladvies
<b>Waargenomen gedrag van anderen</b>
Invloed van familieleden, kennissen of vrienden met constitutioneel eczeem
<b>Waargenomen druk/support</b>
Aan- of afraden van zoeken hulp bij huisarts en/of dermatoloog
Steun of ontmoediging en straffen of belonen

### De invloed van het professionele netwerk op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem.

<b>Sociale normen</b>
Opvolgen van adviezen in het algemeen en opvolgen van advies ter behandeling van eczeem
<b>Waargenomen druk/support</b>
Uitleg medicatie
Benadrukken belang therapietrouw
Gelijke adviezen
Steun en Waardering of afkeuring
Rol huisarts, dermatoloog of apotheker

### De invloed van de eigen effectiviteit op intentie bij patiënten met constitutioneel eczeem.

<b>Gedragseffectiviteitsverwachting</b>
Eczeem de baas zijn
Smeren in de dagelijkse praktijk
Systematische aanpak
<b>Sociale effectiviteitsverwachting</b>
Sociale druk en smeren
<b>Spanningseffectiviteit</b>
Smeren bij spanning

42

### De invloed van intentie op gedrag en de rol van vaardigheden en barrières daarbij

<b>Precontemplatie- en Contemplatiefase</b>
Intentie om adviezen op te volgen
Bespreking voor- en nadelen van de behandeling
<b>Actiefase, terugval, behoud en attributies</b>
Behandeling, verwachtingen en attributies
Behoud of terugval
Reflectie