Hoe wordt een educatieve poster ervaren door zorgverleners en patiënten?

Jesse Buysse, KU Leuven

Sophie Dewispelaere, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. M. Vermandere, KU Leuven
Co-promotor: Dr. S. Peters, KU Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD 1
ABSTRACT 2
INLEIDING 4
METHODOLOGIE 6
Onderzoeksteam 6
Interventie 6
Ontwerp van de poster 6
Verspreiding van de poster 7
Selectie van de deelnemers 7
Dataverzameling 7
Analyse 8
Ethiek 8
RESULTATEN 9
Interventie en recrutering 9
Analyse focusgroepgesprekken 9
Toegankelijk ontwerp 11
Emotionele aspecten 13
Boodschappen 14
Vertrouwen en wantrouwen 16
Effect 18
Mogelijkheden tot verbetering 21
DISCUSSIE ERVARING POSTER DOOR ZORGVERLENERS (Jesse Buysse) 23
DISCUSSIE ERVARING POSTER DOOR PATIËNTEN (Sophie Dewispelaere) 26
DANKWOORD 30
REFERENTIES 31
BIJLAGEN 33

VOORWOORD

Deze tekst is het resultaat van de gecombineerde inspanningen van Sophie Dewispelaere en Jesse Buysse, hierin begeleid door prof. dr. Mieke Vermandere en dr. Sanne Peters. We bestudeerden hoe een educatieve poster over lage rugpijn wordt ervaren. Deze vraag konden we opsplitsen in twee deelvragen: hoe een educatieve poster over lage rugpijn wordt ervaren door patiënten, en hoe hij wordt ervaren door zorgverleners. Omwille van een belangrijke overlap tussen deze beide delen, met name de inleiding, methode en resultaten, werd gekozen om deze als één tekst te presenteren. Elke onderzoeker schreef wel een discussie en abstract vanuit zijn eigen perspectief, met name dat van de patiënt voor Sophie Dewispelaere en dat van de zorgverlener voor Jesse Buysse.

Wij wensen u veel leesplezier.

ABSTRACT (Sophie Dewispelaere)

ACHTERGROND: Klinische richtlijnen ondersteunen de huisarts bij het nemen van medische beslissingen en bieden houvast bij het ontwerpen van patiënteninformatie. Tot op heden is het onduidelijk wat de ideale manier is om deze richtlijnen te implementeren in de dagelijkse praktijk. Postercampagnes met een sterk wisselend effect op gedragsverandering worden frequent gebruikt maar weinig kwalitatief onderzoek is gebeurd naar de ervaring van posters. Dit onderzoek gaat na hoe een educatieve poster over lage rugpijn wordt ervaren door patiënten en zorgverleners.

METHODOLOGIE: De interventie bestond uit een poster met drie boodschappen over de aanpak van lage rugpijn uit de KCE richtlijn, ondersteund door afbeeldingen en een slagzin. De poster werd zowel verspreid in het Nederlands (Londerzeel) als in het Frans (Kuregem). De ervaring van patiënten, huisartsen, kinesisten en apothekers met onze poster werd bevraagd in gemengde focusgroepen. De analyse van de focusgroepen gebeurde aan de hand van de QUAGOL-methode.

RESULTATEN: Er vonden vier focusgroepen plaats met in totaal 26 deelnemers. waarvan 16 zorgverleners en 10 patiënten. Onze poster is een echte eye-catcher, maar er is meer nodig dan een zichtbare en aantrekkelijke poster om effecten te ontlokken. Het bevorderen van vertrouwen in de poster bij patiënten is essentieel om gedragsverandering te bevorderen. Factoren die het vertrouwen bevorderen zijn: professioneel ontwerp, uithangen van poster bij zorgverleners en genuanceerde boodschappen vertrekkende vanuit de ideeën en gedachten van de patiënt.

CONCLUSIE: Implementatie van richtlijnen door middel van een poster is een goedkope en niet invasieve methode die snel op grote schaal verspreid kan worden. Korte, genuanceerde en niet-exhaustieve, empathische boodschappen vergezeld van een duidelijke afbeelding waarmee patiënten zich kunnen identificeren en een verwijzing naar een zorgverlener en een betrouwbare bron zijn basiselementen voor een goede poster. Om een doeltreffende posternudge te ontwikkelen is het raadzaam om in toekomstig onderzoek te focussen op één boodschap en één type gedrag. Om een groter publiek te bereiken, is de poster idealiter ingebed in een grootschalige en multifacettaire campagne waarbij gebruikt wordt gemaakt van audiovisuele kanalen zoals TV schermen in wachtzalen, sociale media en radio.

ABSTRACT (Jesse Buysse)

ACHTERGROND: De ideale methode om richtlijnen te implementeren in de praktijk is nog niet gekend. Postercampagnes worden hiervoor veel gebruikt, maar toonden in eerder onderzoek wisselende effecten. Het is onduidelijk wat hiervan de reden is. Om hier meer inzicht in te krijgen, onderzochten we hoe een educatieve poster wordt ervaren door zorgverleners. Parallel liep ook een onderzoek naar de ervaring door patiënten.

METHODE: We ontwierpen een poster op basis van de KCE-richtlijn lage rugpijn en verspreidden deze in Londerzeel en Kuregem (Anderlecht). De ervaringen met deze poster werden bevraagd in focusgroepen, gemengd samengesteld met patiënten en zorgverleners (huisartsen, apothekers en kinesisten). Analyse van de resultaten gebeurde op basis van de QUAGOL-methode.

RESULTATEN: 26 personen, 10 patiënten en 16 zorgverleners, werden geïncludeerd in vier focusgroepen. De poster werd positief onthaald als informatie-instrument. Verschillende zorgverleners wensten de zorgverleners de boodschap wel uit te breiden. Langs de andere kant werd aangegeven dat de beperkte tekst de poster net toegankelijk maakte. Te sterke boodschappen wekten weerstand op.

CONCLUSIE: Gelijkaardige problemen met onvolledig ervaren boodschappen kwamen ook naar boven in een eerdere studie. Dit berust waarschijnlijk op een interpretatie van de poster als een absolute waarheid, hoewel deze niet zo bedoelt is. Een duidelijkere verwijzing naar de zorgverlener voor verder advies zou dit kunnen oplossen. Verder onderzoek naar het gebruik van posters om richtlijnen te implementeren is wenselijk.

INLEIDING

Een klinische richtlijn is een wetenschappelijk onderbouwde aanbeveling die zorgverleners een ondersteunend kader biedt bij het nemen van beslissingen in hun praktijkvoering (1, 2). Het niet toepassen van beschikbare richtlijnen kan leiden tot vermijdbare schade, suboptimale behandelingsresultaten en verspilling van middelen. Het is daarom belangrijk dat richtlijnen geïmplementeerd worden in de dagelijkse klinische praktijk (3). Wat hiervoor de ideale strategie is, is tot op heden onduidelijk (3, 4).

Ebpracticenet (EBPnet) kreeg van de federale overheid de opdracht om de implementatie van klinische richtlijnen te bevorderen (5). Hiervoor worden door het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) verschillende strategieën naar voren geschoven, met een wisselend effect op gedragsverandering. Enkele voorbeelden hiervan zijn: opleidingen voor zorgverleners, publiekscampagnes en geautomatiseerde reminders in elektronische dossiersystemen (4, 6).

Richtlijnen worden niet enkel ter ondersteuning van zorgverleners gebruikt, maar ook voor de ontwikkeling van patiënteninformatie. Het goed informeren van de patiënt is immers een voorwaarde voor shared decision making tussen zorgverlener en patiënt (1, 7). Om deze richtlijnen tot bij de patiënten te krijgen wordt binnen de gezondheidszorg veel gebruikt gemaakt van publiekscampagnes. In België zijn de meest prominente voorbeelden van die campagnes, de overheidcampagnes rond correct gebruik van antibiotica van BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee) en van 'Zuinig met straling' (zie bijlage 7). Deze campagnes worden multifacettair gevoerd via verschillende kanalen zoals posters, flyers, radiospotjes etc. Het effect van deze en gelijkaardige buitenlandse campagnes is erg wisselend, gaande van een beperkt tot een groot effect (8-11). De oorzaak van deze wisselende resultaten is vooralsnog ongekend.

Eén van de methoden die de federale overheid naar voren schuift om de implementatie van de richtlijnen te bevorderen is nudging (4, 12). 'Nudgen' (in het Nederlands: een duwtje in de rug geven) is het wijzigen van de omstandigheden waarin een keuze wordt gemaakt, om zo gewenst gedrag te bevorderen en ongewenst gedrag af te remmen, zonder dat de keuzevrijheid wordt ingeperkt (12). Nudging wordt al door zowel de federale, als de Vlaamse en internationale overheden gebruikt om het gedrag van hun burgers te beïnvloeden om zo beleidsdoelstellingen te realiseren (12). In de gezondheidszorg zijn er bijvoorbeeld het opt-out systeem voor orgaandonatie en de nutri-score. Naast nudges gericht op de algemene populatie, zijn er ook nudges die zich specifiek op zorgverleners richten, zoals bijvoorbeeld automatische feedbacksystemen in elektronische dossiers of posters op de werkplek.

Er is al veel kwantitatief onderzoek verricht naar het effect van postercampagnes in de gezondheidszorg. De resultaten lopen sterk uiteen (4, 13-18): sommige posters bleken succesvol, andere hadden weinig tot geen effect. Een postercampagne in Los Angeles tegen het onverantwoord voorschrijven van antibiotica resulteerde bijvoorbeeld in een significante reductie van antibioticavoorschriften vergeleken met de controlegroep (13). Ook een poster om de handhygiëne te verbeteren in ziekenhuizen had het gewenste effect (14). Langs de andere

kant leidde een poster in toiletten op een universiteit niet tot een significante verbetering van de handhygiëne (18). Ook een poster om katheterinfecties te voorkomen (15) en een poster om screening voor baarmoederhalskanker bij immigranten te promoten hadden slechts een beperkt effect (16). Een poster over gewichtscurven bij kinderen leidde bij sommige zorgverleners tot gedragsverandering, maar veranderde niets aan de perceptie bij ouders over het gewicht van hun kinderen (17).

Het is onduidelijk waarom sommige posters succesvol zijn en andere dan weer niet. Eén studie expliciteert het belang om op zoek te gaan naar de oorzaken van het geringe effect van sommige poster interventies (18). Hier zijn verschillende variabelen van belang. Morse et al vermoeden dat de kenmerken van de poster (ontwerp en inhoud, aanpassing aan de doelgroep) en de omstandigheden waarin een poster wordt voorgesteld een belangrijke impact hebben op het al dan niet bevorderen van gedragsverandering (15). Daarnaast halen Lawson et al aan dat het exclusieve gebruik van een poster die voor een korte tijd wordt uitgehangen, niet volstaat als prikkel om definitieve gedragsveranderingen uit te lokken (18).

In tegenstelling tot het beschikbare kwantitatieve onderzoek, is er nog maar weinig kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van posters. Treloar et al testten twaalf verschillende posters uit bij zorgverleners en patiënten ter preventie van hepatitis C (19). Een eerste opvallende bevinding was dat geen enkele van hun twaalf posters volledig goedgekeurd werd door zowel patiënten als zorgverleners (19). Daarnaast interpreteerden voornamelijk de zorgverleners de informatie op de poster vaak als volledig en absoluut geldend, terwijl deze relatief geïnterpreteerd moest worden (19). De boodschap van de poster kaderen in een breder verhaal bleek hier belangrijk (19). Een poster zou dus zo ontworpen moeten worden dat het de patiënten aanzet om erover te spreken met hun zorgverlener en zo zorg op maat kunnen krijgen (19).

Samenvattend zijn er veel kwantitatieve studies terug te vinden die een sterk wisselende effectiviteit van posters rapporteren, maar is er weinig kwalitatief onderzoek gevoerd naar hoe posters ervaren worden, en hoe die ervaring het effect van de poster beïnvloedt. Om een posters maximaal te laten renderen, is het van belang om na te gaan hoe ze ervaren worden. Dit onderzoeksproject gaat dan ook na hoe een educatieve poster wordt ervaren door zowel zorgverleners als patiënten. Het onderzoeksproject werd uitgevoerd door Jesse Buysse, die onderzocht hoe een educatieve poster werd ervaren door zorgverleners, en door Sophie Dewispelaere, die dit onderzocht bij patiënten.

METHODOLOGIE

Op basis van de KCE-richtlijn lage rugpijn werd een educatieve poster ontworpen en verspreid. Om na te gaan hoe zorgverleners en patiënten de opgezette postercampagne beleefden, werden focusgroepen georganiseerd. Deze focusgroepen waren gemengd samengesteld, met zowel patiënten als zorgverleners, waardoor interactie tussen de groepen mogelijk werd gemaakt.

Onderzoeksteam

Deze studie werd uitgevoerd door Sophie Dewispelaere (v) en Jesse Buysse (m). Zij behaalden beide in 2018 een master in de Geneeskunde. Op het moment van het onderzoek waren zij beiden aan de slag als huisarts-in-opleiding respectievelijk in een wijkgezondheidscentrum in Kuregem (wijk in Anderlecht) en in een duopraktijk in Londerzeel. In deze hoedanigheid hadden zij een professionele relatie met een deel van de deelnemers aan de studie. Twee deelnemende zorgverleners aan de focusgroepen maakten met de onderzoekers deel uit van een studiegroep in kader van de huisartsopleiding. De onderzoekers werkten zowel mee aan de opzet van de postercampagne, als aan de evaluatie hiervan in de focusgroepen. Beiden hadden geen eerdere ervaring met het leiden van focusgroepen.

Interventie

<u>Ontwerp van de poster</u>

Als mogelijke onderwerpen voor de poster werden verschillende prioritaire richtlijnen naar voren geschoven door EBPnet, waaruit uiteindelijk de KCE richtlijn over de aanpak van lage rugpijn (20) werd geselecteerd, omwille van de hoge prevalentie van lage rugpijn (4.7% van de patiëntencontacten in de Belgische huisartsenpraktijken (21), 4.39% op de spoedgevallendienst en een wereldwijde puntprevalentie van 11.9% (22)).

Uit de KCE richtlijn (20) werden door de onderzoekers drie kernboodschappen geselecteerd. De eerste twee gaan over het beperken van pijnmedicatie en medische beeldvorming. De derde geeft de noodzaak van blijven bewegen aan. Deze drie boodschappen werden door de onderzoekers geherformuleerd in de vorm van korte vragen en antwoorden. Voor de opbouw van de vragen probeerden de onderzoekers zich voor te stellen op welke vragen de patiënt een antwoord wenst (Bv. Pijnstilling? Met mate!). Om te vermijden dat patiënten de boodschappen op de poster zouden interpreteren als volledig en absoluut (19) , werd aan elke boodschap nog een korte, kaderende tekst toegevoegd (bv. Voor advies op maat, raadpleeg uw arts of apotheker.) Gezien de tweetalige context van Kuregem, werd een vertaler gevraagd om de boodschappen naar het Frans te vertalen. Voor beide taalgroepen werd een aangepaste slagzin geselecteerd.

Het ontwerp van de poster gebeurde door een grafisch ontwerper, in overleg met de onderzoekers. Er werd gepoogd om de drie boodschappen elk even prominent te maken en te ondersteunen met een afbeelding. Dit laatste om ook laaggeletterden aan te spreken (6). Om de affiniteit van de multiculturele doelgroep in Kuregem te vergroten, werd gekozen voor een afbeelding van een zwarte man. De poster werd niet voorgelegd aan een testpanel.

De poster werd gedrukt in kleur en op A3 formaat. De Nederlandstalige en Franstalige poster werden toegevoegd als bijlage 4.

Verspreiding van de poster

De opzet van deze studie was om de poster breed te verspreiden in Londerzeel en Kuregem. Om die reden werd de poster zowel opgehangen bij zorgverleners (huisartsen, apothekers, kinesisten en rugspecialisten) als in publieke en commerciële ruimtes (horeca, winkels etc.).

Selectie van de deelnemers

De focusgroepen werden gemengd samengesteld uit zowel zorgverleners (huisartsen, apothekers en kinesisten werkzaam in de betrokken regio) als patiënten met een episode van lage rugpijn in de onderzoeksperiode. Het enige exclusiecriterium was het niet spreken van de taal van de focusgroep (Nederlands voor Londerzeel, Frans voor Kuregem). Er werd gekozen voor deze drie beroepsgroepen omdat zij allen frequent in contact komen met patiënten met lage rugpijn. Een goed samenwerkingsverband tussen deze drie zorgverleners en dus ook samen discussiëren over deze poster is in het belang van de patiënt met lage rugpijn.

Zorgverleners uit Londerzeel en Kuregem werden gecontacteerd op basis van beschikbare contactgegevens. In Londerzeel werd hiervoor de medische wegwijzer op de gemeentelijke website gebruikt. In Kuregem werden naast de artsen van het wijkgezondheidscentrum Medikuregem ook artsen uit Anderlecht gecontacteerd met behulp van de gegevens op de website van de BHAK (Brusselse huisartsenkring), apothekers via hun online beschikbare gegevens (zoektocht via Google) en kinesisten via een interne adreslijst van Medikuregem, aangevuld met online beschikbare gegevens (via Google).

De zorgverleners werden voorafgaand aan de campagne telefonisch gecontacteerd met een uitnodiging voor een infoavond over de postercampagne en de opzet van het onderzoek. Desgewenst werd hen ook info over het onderzoek per mail of op papier bezorgd. Zorgverleners die telefonisch niet bereikbaar waren en waarvan een mailadres gekend was, werden per mail gecontacteerd. Ook als de zorgverleners geen verdere interesse voor deelname aan het onderzoek toonden, werd hen steeds gevraagd of de poster mocht worden opgehangen. De zorgverleners bij wie de poster uithing, werden ook voor de focusgroepen opnieuw telefonisch uitgenodigd.

De rekrutering van patiënten gebeurde door zorgverleners die de poster hadden uithangen op het moment dat de patiënt consulteerde met lage rugpijn. De toestemming van de patiënt werd verkregen alvorens de contactgegevens (naam en telefoonnummer) aan de onderzoekers werden doorgegeven. In de weken voor de focusgroepen werden de patiënten telefonisch door de onderzoekers uitgenodigd om deel te nemen aan de focusgroepen. Voor hen werd geen infoavond vooraf voorzien.

Dataverzameling

In totaal vonden vier focusgroepen plaats: twee in Kuregem en twee in Londerzeel. De focusgroepen in Kuregem gingen door in de vergaderzaal van het wijkgezondheidscentrum Medikuregem. In Londerzeel vonden ze plaats in de vergaderzaal van het woonzorgcentrum ‘Herfstvreugde’. In Londerzeel werden de groepen gemodereerd door Jesse Buysse en in

Kuregem door Sophie Dewispelaere. De andere onderzoeker was steeds aanwezig als observator.
De moderator startte de audio-opnames en leidde de focusgroep, ondersteund door een vooraf opgestelde vragenlijst met open vragen (bijlage 5). De structuur van de vragenlijst werd opgesteld aan de hand van de webpagina 'Focusgroepen' van de KU Leuven (23) en de open vragen werden op basis van de onderzoeksvraag opgesteld. Op het eind van de focusgroepen werd de poster vergeleken met twee posters van de overheid: een BAPCOC-campagne en 'Zuinig met straling' (zie bijlage 7). De vragenlijst werd niet vooraf getest. De vragenlijst werd flexibel gehanteerd om voldoende te kunnen inspelen op het focusgroepgesprek. De observator startte een tweede audiorecorder, controleerde de continuïteit van beide audio-opnames en nam nota van de non-verbale communicatie en het algehele verloop van de focusgroep. Er waren geen andere personen aanwezig dan de deelnemers aan de focusgroep en de onderzoekers.

Bij aanvang van de focusgroepen werden enkele demografische gegevens zoals naam, leeftijd, geslacht, beroep, diploma en voorgeschiedenis van rugpijn bevraagd van patiënten en zorgverleners met een schriftelijke vragenlijst. Het verloop van het onderzoek werd toegelicht en informed consent werd verkregen (zie bijlage 2 en 3). De deelnemers werden slechts uitgenodigd voor deelname aan één enkele focusgroep.

De audio-opnames werden ad verbatim getranscribeerd, met anonimisatie (vervanging door 'patiënt/zorgverlener' en volgnummer) en werden na het onderzoek verwijderd. De transcripten werden niet ter correctie voorgelegd aan de deelnemers.

Analyse

De antwoorden uit de vier focusgroepen werden gebundeld en door de twee onderzoekers afzonderlijk geanalyseerd volgens de QUAGOL-methode (24). Er werd gestreefd naar data-saturatie, maar wegens tijdsbeperkingen konden maximum vier focusgroepen ingepland worden. Gezien de beperkte omvang van de data en het onderzoeksteam, werd geen aangepast softwareprogramma gebruikt voor de codering. De bevindingen werden niet afgetoetst bij de deelnemers. Geïnteresseerden krijgen de resultaten van de studie toegestuurd.

Ethiek

Deze onderzoeksopzet werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (zie bijlage 1). Alle deelnemers werden aan het begin van de focusgroep grondig ingelicht over het doel van het onderzoek en ondertekenden op vrijwillige basis een informed consent.

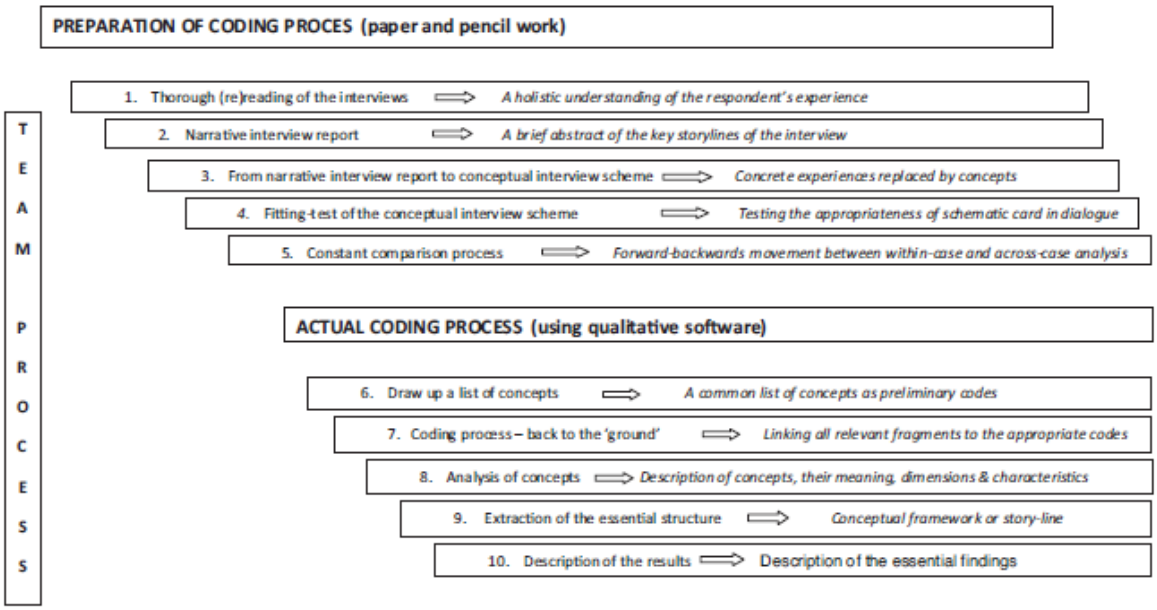


Fig. 1: De stappen van de QUAGOL-methode (QUalitative Analysis Guide Of Leuven)[1]

RESULTATEN

Interventie en recrutering

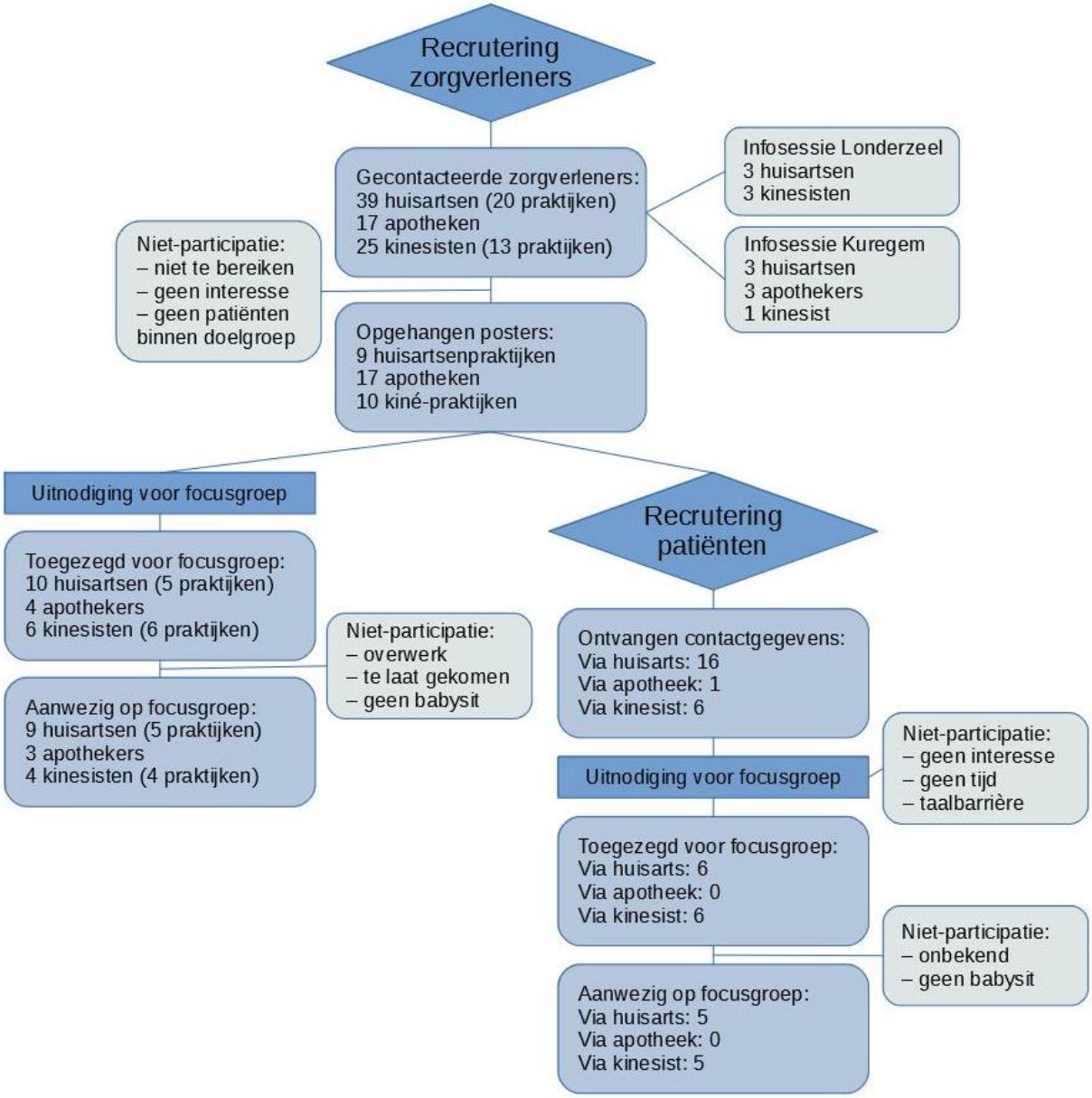
In Londerzeel werd de poster opgehangen in 3 huisartsenpraktijken, 4 apotheken, 7 kinepraktijken en 2 seniorenverblijven. In Kuregem werd de poster opgehangen in 6 huisartsenpraktijken, 13 apotheken, 3 kinepraktijken en in 2 ziekenhuizen. Daarnaast werden in beide regio's ook posters opgehangen in handelszaken en publieke gebouwen.

De posters werden geleidelijk verspreid in het najaar van 2019 in de weken na de infoavond voor zorgverleners. De eerste focusgroep vond plaats elf weken na de infoavond. Van de 32 personen die hun deelname aan de focusgroep bevestigden, waren er 26 aanwezig. Gedetailleerde informatie over de recrutering van zowel zorgverleners al patiënten is terug te vinden in in figuur 2. De demografische gegevens van de deelnemers en de duur van de focusgroepen werden beschreven in tabel 1.

Analyse focusgroepgesprekken

Na grondige analyse van de focusgroepen werd een conceptenlijst opgesteld bestaande uit 83 concepten (zie bijlage 6). Na analyse werden deze concepten onderverdeeld in zes overkoepelende aspecten: toegankelijk ontwerp, emotionele aspect, boodschappen, vertrouwen, effect en mogelijkheden tot verbeteringen.

[1] Herdruk uit de International Journal of Nursing Studies, 49/3, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis, 360-371, Copyright 2012, met toestemming van Elsevier



Figuur 2: recrutering deelnemers focusgroepen

Focusgroep:	**1**	**2**	**3**	**4**	**Totaal**
Aantal deelnemers:	5	6	5	10	26
Patiënten	2	2	2	4	10
Zorgverleners	3	4	3	6	16
Artsen	1	3	3	2	9
Apothekers	0	0	0	3	3
Kinesisten	2	1	0	1	4
Man/vrouw-verhouding:	3/2	4/2	4/1	7/3	18/8
Opleidingsniveau:					
Universitair	4	4	3	6	15
Hoger, niet universitair	1	1	1	1	3
Middelbaar onderwijs	0	1	0	2	3
Lager/niet geschoold	0	0	1	1	2
Leeftijd:					
Gemiddeld	44	36	43	46	42
Uitersten	28 – 69	26 – 52	26 – 67	27 – 64	26 – 69
Frequentie rugpijn:					
Altijd	0	1	1	1	3
Maandelijks	2	1	0	3	6
Minder frequent	3	4	4	6	17
Duur focusgroep:	1u27	58 min	47 min	1u09	
Locatie:	Londerzeel	Londerzeel	Kuregem	Kuregem	

Tabel 1: demografische gegevens

Toegankelijk ontwerp

Het ontwerp van de poster werd door onze deelnemers algemeen positief onthaald. Het ontwerp trok de aandacht van onze deelnemers en de poster werd door sommigen als een echte *eye-catcher* beschreven.

> FG 3, Zorgverlener 5: *"Hij* [de poster] *springt wel in het oog (...) als ik in de wachtzaal kwam, mijn oog viel er wel altijd op. Hij* [de poster] *was wel visueel aantrekkelijk."*

Verschillende elementen in het ontwerp van de poster bevorderden de toegankelijkheid, waarmee we doelen op het laagdrempelige leeskarakter van de poster. Dit werd bepaald door de aantrekkelijkheid en de vlotte leesbaarheid van de poster. Een eerste element dat bijdroeg tot de toegankelijkheid van de poster waren de kleuren. Niet alleen vonden de deelnemers de kleuren op de poster levendig en warm, maar de drie verschillende kleuren per boodschap zorgden voor overzicht. Volgens één zorgverlener mochten de kleuren feller zijn zodat de poster meer zou opvallen tussen andere posters. Dit was geen breed gedeelde mening. Integendeel: verschillende deelnemers gaven aan dat de neutrale en professionele uitstraling een pluspunt was, en dat schreeuwerige kleuren de boodschap teniet zouden doen.

FG 1, Zorgverlener 2 : *"Als het zo te, ja te schreeuwerig, te kleurrijk wordt, zo te felle kleuren, dan ja is zo van ja 't is hier gewoon om ons aandacht te roepen, maar ja, inhoud nihil en dat heeft dit niet, vind ik."*

Naast de aantrekkelijke kleuren, maakte de verhouding tekst-beeld de poster toegankelijker: de deelnemers gaven aan dat de poster gemakkelijk leesbaar was door de beperkte hoeveelheid tekst, enerzijds, en doordat de tekst ondersteund werd door sprekende afbeeldingen, anderzijds.

FG 2, Zorgverlener 6: *"Het* [de poster] *is (...) geen karwei om het te beginnen lezen."*

Verschillende deelnemers hadden het gevoel dat vooral jongeren nog maar weinig lezen. Dit was een bijkomende reden waarom de verhouding tekst-beeld positief werd ontvangen. De afbeeldingen brachten een deel van de boodschap zonder te lezen, al vond een zorgverlener dat er nog meer nodig was om ook analfabeten te bereiken.

FG 1, Zorgverlener 2: *"Wij kijken naar afbeeldingen en nu weet ik (...) doordat het mannetje zijn rug grijpt van het gaat over rugpijn."*

FG 4, Zorgverlener 14: *"Parce qu'il y a des gens qui ne savent pas lire ou que ne savent pas le français (...) ça ne va pas les attirer."*

De meeste zorgverleners interpreteerden de afbeeldingen correct, maar we merkten dat de afbeeldingen niet voor alle patiënten duidelijk waren. Zo zorgde de afbeelding over radiologie voor verwarring bij een patiënt en dachten de patiënten die de poster bij hun apotheker zagen hangen dat de poster reclame voor een nieuw medicijn was. Er werd vermoed dat dit in de hand gewerkt werd door de afbeelding van een pilletje.

FG 3, Patiënt 6: *"La première chose que j'ai vu ça* [de afbeelding over radiologie], *je pensais qu'il y avait du radium quelque part."*

FG 4, Zorgverlener 12: "*C'est attirant, mais à chaque fois le patient pense que c'était pour une solution de médicaments ."*

Met betrekking tot geneesmiddelenreclame, bemerkten de deelnemers dat er in de medische wereld veel posters hierover bestaan. In de strijd om aandacht is er veel concurrentie van commerciële campagnes, die verschillende zorgverleners bleken te storen, en waartegen onze poster moest opboksen.

FG4, Patiënt 9: *"C'est rare de trouver une affiche chez un médecin, un dentiste, un, ou il n'y a pas une marque en dessous."*

FG 1, Zorgverlener 2: *" Dat is dus eigenlijk gewoon desinformatie. (...) Ik kan bijna gene reclameblok meer passeren of het gaat over Voltapatch of het gaat over weet ik veel welk supplement dat je kan nemen (...) en dan denk ik van ja dat wordt opgepikt."*

Een laatste reden waarom de poster visueel aantrekkelijk was, kwam voort uit elementen op de poster waarmee de patiënten met rugpijn zich identificeerden. Die elementen vonden ze terug

in de uitdrukkingen ‘Mal de dos’ en ‘J’en ai plein le dos!’ en de herkenbare houding en de gelaatsuitdrukking van de figuur.

> FG 3, Patiënt 5: *“Je dis le pauvre il a mal comme moi. Donc je pense à lui, je pense à moi. Parce que je sais comme il souffre. Comme moi je souffre avec le dos.”*

> FG 4, Zorgverlener 15: *“Mais je pense que le bonhomme est très bien fait parce que j’avais quelques patients qui dit oui, ben, c’est vraiment ça euh.”*

<u>Emotionele aspect</u>

Een tweede aspect dat frequent terugkwam in de focusgroepen, was het emotionele aspect. De poster bracht in de focusgroepen zowel positieve als negatieve emoties teweeg. Zo vonden verschillende deelnemers het goed dat rugpijn via deze poster onder de aandacht kwam. Ze waren van mening dat er een gebrek is aan publieksinformatie over deze veelvoorkomende problematiek.

Langs de andere kant waren er ook negatieve emoties. Zo was de zwarte huidskleur van de figuur volgens één patiënte controversieel: die vond de huidskleur zeer stigmatiserend. De andere deelnemers waren overwegend neutraal tot positief.

> FG 4, Patiënt 9: *“Ce n’est pas positif du tout parce que c’est quelqu’un de couleur en fait.(...) Pour moi c’est stigmatisant.”*

> FG 4, Zorgverlener 16: *“Je l’ai vu, mais ça ne m’a pas dérangé. Tout le monde peut avoir mal au dos hein.”*

> FG 2, Zorgverlener 7: “*Dat was mij eigenlijk niet opgevallen. Ik heb dat wel gezien, maar ik heb daar niet over nagedacht.”*

Verder vond een patiënt de boodschap ‘Un radio? Pas nécessaire!’ denigrerend voor de arts. De zorgverleners deelden deze mening niet.

> FG 4, Patiënt 8: *“Moi j’estime que le radio c’est un spécialiste qui doit dire il faut faire une radio (...) je trouve ça, c’est peut-être exagéré, mais dénigrant pour le médecin.”*

De hogerop beschreven identificatie van patiënten met elementen op de poster werd door een patiënte zo sterk ervaren dat dit pijnversterkend werkte en depressieve gevoelens opriep.

> FG 3, Patiënt 5: *“Parce qu’on voit qu’il souffre, (...), moi, je le ressens la douleur. Comme je le vois, je pense à moi. Ça me donne un peu déprimé, c’est ça.”*

> FG 3, Patiënt 5: *“ça c’est déprimant de voir comme ça je dis ouie ouie ouie je ne veux pas voir ça. Parce qu’il est comme ça, comme ça, il est triste, j’en ai plein dans le dos, les douleurs bougent…”*

Een Nederlandstalige zorgverlener was dan weer van mening dat de antalgische houding van de figuur goed gebalanceerd was.

FG 1, Zorgverlener 2: *"Maar ik snap het punt wel van dat daardoor de focus op de pijn op de rugpijn komt, nu ja, dat is ook wel het onderwerp van de poster… Moest het nu echt een zijn die over de grond kruipt van de pijn, dan zou het wat erger geweest zijn, dit vind ik."*

Bij de Franstalige deelnemers was de vraag naar een positieve toets op de Franstalige poster sterk aanwezig. De Nederlandstalige poster werd door hen positiever ervaren dan de Franstalige poster. Alleen al de Engelse catchphrase op de Nederlandstalige vonden ze optimistischer geformuleerd. *('Back on track'* in plaats van *'Mal de dos, j'en ai plein le dos')* Deze Engelse uitspraak was wel niet voor elke patiënt begrijpbaar.

FG4, Zorgverlener 8: *"Et 'back on track' c'est positive (...) c'est une autre manière de le dire."*

FG 3, Zorgverlener 9: *"Il y a mal de dos, j'en ai plein le dos (...) c'est deux fois négative."*

FG 3, Patiënt 6: *"Je n'ai pas confiance parce qu'il est où la petite touche positive?"*

<u>Boodschappen</u>

We merkten dat het moeilijk was om een goed evenwicht te scheppen in onze boodschappen. We identificeerden drie van deze evenwichtsoefeningen. Een eerste evenwichtsoefening: hoe vaag mag de boodschap zijn? Enerzijds bevorderden vage boodschappen op de poster de communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener. Dit omdat de vage boodschappen op de poster vragen ontlokten bij de patiënt en die zo aanzette om die vragen aan de zorgverlener te stellen. Anderzijds zorgde een te vage boodschap voor onduidelijkheid en soms zelfs voor een verkeerde interpretatie van de boodschap bij sommige deelnemers. De Franstalige boodschap 'Des douleurs? Bouge!' werd bijvoorbeeld door een Franstalige patiënte verkeerd begrepen: ze dacht op basis van eigen ervaring dat de rugpijn van plaats veranderde.

FG 3, Patiënt 5: *"Des douleurs? Bouge!, ça c'est vrai, il bouge, une fois là, une fois là. Partout."*

De deelnemers hadden ook schrik dat de 'blijf bewegen'-boodschap te breed kon worden geïnterpreteerd, met als gevolg verkeerde bewegingen die de rugpijn in stand houden. Omdat het type beweging afhankelijk is van de context van de patiënt, stelden de deelnemers voor om het type beweging te concretiseren of - nog beter - te verwijzen naar een kinesist.

FG 1, Zorgverlener 1: *"Als ik mijn glaske pak ben ik ook aan het bewegen."*

FG 4, Zorgverlener 8: *"Comme c'est présenté là, c'est 'bouger', dansons ensemble?"*

FG 4, Zorgverlener 16: *"Ciblez plus le type de mouvement peut-être, qu'est-ce que vous voulez dire par "bouger"."*

FG 1, Zorgverlener 2: "'Bij 'pijn, blijf bewegen' (...) ge ook daar eventueel kunt bijzetten, eventueel onder advies van inderdaad van uw arts, van uw kinesist"

Concrete boodschappen brengen dan weer het risico met zich mee dat ze niet op een groot publiek toepasbaar zijn.

FG 4, zorgverlener 14: *"C'est difficile de (...) cibler pour chaque un."*

Een tweede evenwichtsoefening: hoe sterk mag de boodschap zijn? Zowel zorgverleners als patiënten gaven aan dat een te sterke boodschap zoals 'Un radio? Pas nécessaire!' meer weerstand oproept. Dit speelde in beperkte mate bij de Nederlandstalige poster, maar was duidelijker te merken bij de Franstalige poster. De deelnemers haalden aan dat in het vertalingsproces nuance verloren ging en de toon werd aangescherpt.

FG 4, Patiënt 8: *"On se tutoie aussi (...) ça choque!"*

FG 4, Patiënt 9 : *"Avec point d'exclamation… C'est rude hein."*

FG 4, Patiënt 9: *"Vous n'avez pas eu un bon traducteur."*

De sterkte van de boodschap op de Nederlandstalige poster riep minder weerstand op dan die op de Franstalige poster. Opvallend was dat gelijkaardige opmerkingen in de Nederlandstalige focusgroepen wél werden gegeven op de aangeboden overheidsposters (zie bijlage 7).

FG 1, Zorgverlener 2: "*Doe dat niet! (...) Ja, dat hebben we niet graag. (...) Het komt heel judging, ja, agressief over. (...) ja, ge zijt fout bezig. Zo komt dat over en, we horen dat niet graag. (...) Die vraagtekens, da's ne wereld van verschil. Hier – ze staan niet gedrukt – maar hier staan uitroeptekens."*

FG 1, Zorgverlener 3*: "Als ik deze* [Antibiotica poster van BAPCOC] *zie dan denk ik aan 'gaan mijn patiënten denken: tegen dezen dokter moet ik al niet meer vragen: 'wilde mij eens antibiotica voor griep voorschrijven?'"*

Er was overeenstemming bij de deelnemers dat kleine aanpassingen hier een groot verschil kunnen maken: een vraagteken in plaats van een uitroepteken en 'pas toujours nécessaire' in plaats van 'pas nécessaire'.

FG 4, Zorgverlener 12*: " Au lieu d'un point d'exclamation, un point d'interrogation, ça change déjà beaucoup de choses."*

FG 3, Zorgverlener 9: *"Ou pas toujours nécessaire. Ça peut être nécessaire. (...) Donc, pas nécessaire, ça veut dire pas du tout, non, ce n'est pas."*

Een derde en laatste evenwichtsoefening was het spanningsveld tussen de volledigheid van de boodschap en de toegankelijkheid van de poster. Hoewel de meeste zorgverleners vonden dat de poster de drie belangrijkste kernpunten over de behandeling van lage rugpijn synthetiseerde, ontbraken er volgens sommige zorgverleners nog boodschappen over alarmsymptomen, rughygiënisch advies en rugeducatie. Eerder haalden we al aan dat de beperkte hoeveelheid tekst de poster vlot leesbaar maakte. Er werd dan ook gevreesd dat deze voorstellen tot uitbreiding van de boodschappen de poster zouden overladen en de lezer zou afschrikken. Een zorgverlener concludeerde dat de inhoud van de boodschappen en de hoeveelheid

boodschappen op je poster afhankelijk zouden moeten zijn van het doel dat je met de poster voor ogen hebt.

> FG 2, Zorgverlener 7: *"Da's toch moeilijk op ene poster."*

> FG 2, Zorgverlener 5: *"Welke rol wilt ge inderdaad dat die poster heeft. Ge wilt inderdaad niet dat gans het probleem, allez dat de rug wordt uitgelegd aan de patiënt (...) Dat is ook niet wat dat ge met de poster wilt bereiken. Wat dat ge met de poster wilt bereiken, denk ik, staat erop. Maar ja, het is, rugpijn is wel veel meer…"*

> FG 1, Zorgverlener 3: *"Alle informatie die wij als huisarts geven staat daar eigenlijk op en dat vond ik tof."*

De zorgverleners benadrukten dat de inhoud van de boodschappen moet afgestemd zijn op de doelgroep die je voor ogen hebt en niet zomaar op iedereen toepasbaar is.

> FG 4, Zorgverlener 15: *"Pour la plupart ça marche, mais pas pour tout le monde."*

Er was geen eensgezindheid over of de poster geschikt is voor het informeren van chronische rugpatiënten. Eén zorgverlener vond van niet, omdat chronische rugpatiënten meer informatie nodig hebben dan wat op de poster staat. Een andere zorgverlener redeneerde juist dat chronische rugpatiënten waarbij geen ernstige pathologie werd vastgesteld, juist de patiënten zijn waarvoor de kernboodschappen het meeste gelden.

Om een antwoord te bieden aan de problemen gerelateerd aan de concreetheid, de sterkte van de boodschappen en aan de variëteit van het doelpubliek stelden verschillende deelnemers voor om niet alleen bij de eerste boodschap, maar ook bij de tweede en derde boodschap op de poster expliciet te verwijzen naar een zorgverlener voor advies op maat. Dit zou het vertrouwen in de poster doen toenemen en de communicatie met de zorgverlener bevorderen. Een nadeel hiervan is dat de vaagheid toeneemt.

> FG 2, Zorgverlener 5: "*Ja, (...) dan hebde weer weer hetzelfde probleem dat het vaag blijft, hé.*

<u>Vertrouwen en wantrouwen</u>
In de focusgroepen hoorden we dat verschillende aspecten van de poster het vertrouwen bevorderden of net deden afnemen.

Ten eerste deden de eerder aangehaalde voorbeelden van te sterk geformuleerde boodschappen en negatieve formuleringen afbreuk aan het vertrouwen. Eén patiënt vermeldde dat hij afhaakte omdat het vertrouwen in de poster omwille van de negatieve toon geschonden was.

Een tweede reden waardoor patiënten minder vertrouwen hadden in de poster, deed zich voor wanneer de inhoud van de boodschappen op de poster niet overeenkwam met hun eigen ervaring. Een patiënt bij wie bewegen de rugpijn uitlokte, stelde bijvoorbeeld weinig

vertrouwen in onze boodschap om te bewegen. Bij een tweetal andere patiënten werd pas een diagnose gesteld nadat er – uiteindelijk – beeldvorming plaatsvond.

> FG 2, Patiënt 4: *"Ik kan alleen spreken uit mijn geval dat dat* [beeldvorming] *wel nodig was."*

Ook wanneer de voorkennis tegengesteld was aan de boodschappen op de poster zorgde dit voor minder vertrouwen. Zo dacht een patiënt dat beeldvorming essentieel is om de oorzaak van de pijn te achterhalen.

> FG 3, Patiënt 5: *"Normalement il faut faire une radio pour voire la , le mal ça vient d'où?"*

Nog een andere patiënt met fors invaliderende rugklachten volgde de aanbevelingen op de poster, maar voelde zich in de steek gelaten omdat hij hierdoor geen beterschap ondervond. Aanvullend voelden enkele patiënten zich niet serieus genomen door de poster, waardoor deze als beledigend kan worden ervaren.

Een derde element met invloed op het vertrouwen was het vermelden van autoriteiten en het niet-commerciële aspect van onze poster. We stelden vast dat zorgverleners een link naar een betrouwbare bron (vb gezondheid en wetenschap), het vermelden van de KU Leuven en een link met de overheid als vertrouwensbevorderende factoren zagen. Dit in tegenstelling tot een enkele patiënt die wantrouwig stond ten opzicht van overheidsposters. Een commerciële bron deed afbreuk aan het vertrouwen van de meeste deelnemers, al vermeldden enkele patiënten hier geen aandacht voor te hebben.

> FG 4, Patiënt 8: *"s'il n'y a pas de sponsors, ça vient de l'état (...) ils veulent faire descendre les frais."*

> FG 4, Patiënt 8: *"Ici il n'y a pas de marque* [op de poster] *ça c'est positif."*

De patiënten hadden meer vertrouwen in de poster wanneer hij bij een zorgverlener hing. Het vertrouwen nam ook toe als patiënten wisten dat de poster door een zorgverlener was gemaakt.

> FG 4, Patiënt 9: *"L''affiche se trouve pour moi chez un professionnel , donc-euh moi je fais confiance"*

Ten slotte viel ons op dat het ontwerp een belangrijke invloed had op het vertrouwen van de deelnemers in de poster. Hoewel de Franstalige deelnemers - zoals eerder aangehaald - op zoek waren naar een ludieke en positieve toets, werden ludieke, kinderachtige en cartoony elementen op posters bij het gros van de deelnemers niet gesmaakt. Het lachend pilletje van de poster van BAPCOC en de ludieke afbeelding van de poster 'Zuinig met straling' (zie bijlage 7) trokken volgens de deelnemers het medische thema in het belachelijke, waardoor ze afbreuk deden aan het vertrouwen. De moderne stijl op onze poster die niet te flashy en niet te schreeuwerig is, verhoogde dan weer de betrouwbaarheid. Zowel de zorgverleners als een patiënt waren van mening dat posters bij een zorgverlener professioneel moesten ogen.

FG 1, Zorgverlener 2: *"moeste met uw afbeeldingen heel kitsch zou kunnen gegaan, zijn, dat iedereen zou denken van (...) da's vooral belachelijk. Dees is modern, fris. Wat dat het betrouwbaar ook wel maakt."*

Effect

Het meten van de effectiviteit was geen doel van dit onderzoek. In de focusgroepen werd wel besproken welke effecten de deelnemers van de poster verwachtten (en soms al vaststelden). Deze effecten kunnen onderscheiden worden in twee categorieën: informeren en beïnvloeden van de communicatie tussen patiënt en zorgverlener.

De poster kon zowel **de communicatie** tussen patiënt en zorgverlener bevorderen als hinderen. We haalden eerder al aan dat dat vage boodschappen op de poster vragen bij patiënten konden ontlokken die de patiënt kon stellen aan de zorgverlener. Een zorgverlener deelde bijvoorbeeld mee dat een patiënt zijn pijnstilling in vraag stelde door het zien van de poster in de wachtzaal.

FG 1, Zorgverlener 1: *"Dat heeft ene patiënt – maar misschien zijn er veel dat dat gedacht hebben- "Oei, die pijnstilling, oei?" Dat die daar een vraag bijstelden."*

De wachtzaal leek volgens een patiënt de ideale plek om posters te hangen omdat er dan tijd gecreëerd wordt om rond te kijken.

FG 3, Patiënt 7: *"Avoir mis dans des salles d'attente, moi je trouve que c'est bien parce que c'est on va dire comme si on fait un break quand on va dans la salle d'attente c'est pour attendre. Pour quelques instants, quelques minutes et on a justement l'occasion de prendre le temps de regarder un petit peu ce qu'il y à l'entour."*

Waar kinesisten zelfs vragen over de poster kregen van patiënten zonder rugklachten, kwam de poster bij huisartsen en apothekers sporadisch tot nooit ter sprake. Om gesprekken met de zorgverlener te openen, werd het nut van de poster bij artsen het laagst ingeschat, omdat patiënten daar reeds zijn om een gesprek over hun probleem aan te gaan. Een jonge patiënte dacht wel dat de poster drempelverlagend kon werken voor ouderen, die volgens haar een grotere weerstand voelen om te praten over hun pijn.

Naast het openen van gesprekken, herhaalde en ondersteunde de poster het verhaal dat de zorgverlener naar de patiënt bracht. Wanneer de boodschap op de poster strookte met de boodschap van de zorgverlener, kregen de patiënten meer vertrouwen in de poster en werd de boodschap van de zorgverlener nogmaals bevestigd.

FG 1, Zorgverlener 1: *"Ze* [de patiënten] *zeggen ziede, 't staat op de poster he."*

FG 3, Patiënt 5*: "Parfois il* [le docteur] *n'insiste pas pour faire un radio, moi, je me dis alors quand je vois ça une radio pas nécessaire, je dis ah docteur, il a raison!"*

Een neveneffect was dat verschillende patiënten zich afvroegen waarom de boodschap over beeldvorming aan hen gericht was. Zij vonden het immers aan de arts om hierover een

beslissing te nemen. Eén zorgverlener meende dat de boodschap net wél aan patiënten gericht was, om hen uit te leggen dat het normaal is als een arts geen foto vraagt.

> *FG 4, Zorgverlener 10: "C'est pour essayer d'inculquer aux patient que ce n'est pas grave si le médecin n'a pas demandé un radio."*

De poster beïnvloedde de communicatie niet enkel op een positieve manier. Zo vreesden zowel patiënten als zorgverleners dat te sterke boodschappen patiënten zouden afschrikken om hulp te zoeken of om hun zorgen met een zorgverlener te bespreken. Een patiënte kreeg bijvoorbeeld door de boodschap dat beeldvorming meestal niet nodig was, de indruk dat haar rugprobleem niet belangrijk genoeg was.

> FG 2, Patiënt 4: *"Het feit van (...) 'Meestal niet nodig, ne foto', allez, dat zou de mensen kunnen afschrikken (...) als we dan lage rugpijn hebben, dan euh ja is't niet belangrijk genoeg of zo om ne foto te laten pakken.(...) Een foto?' en der staat onder 'meestal niet nodig', ja, daar wordt al direct zo de keuze gemaakt."*

Daarnaast voelde een zorgverlener zich door de poster 'in een hoek geduwd' omdat een patiënte met rugpijn na het volgen van de adviezen nog steeds pijn had.

> FG 1, Zorgverlener 2: *"Ik heb één patiënte wel gehad (...) die zei 'Ah, das goed, ik doe alles wat hierop sta en toch sta'k ik hier bij u' en dan worde eigenlijk al in nen hoek geduwd, van voordade begonnen zijt."*

Op vlak van informeren had de poster voornamelijk positieve effecten. Voor verschillende patiënten bevatte de poster nieuwe boodschappen en voor sommigen waren alle drie de kernboodschappen nieuw.

> FG 3, Patiënt 6: *"C'est tout l'envers en faites de ce que je pensais."*

Een patiënt vermoedde dat de poster naast informeren, ook patiënten stimuleerde om zich beter te laten informeren bij betrouwbare bronnen zoals de website van Gezondheid en Wetenschap of bij zorgverleners. Enkele zorgverleners hoopten dat het informeren van patiënten zou leiden tot het bijstellen van foute verwachtingen, en zo tot gedragsverandering bij patiënten.

> FG 2, Zorgverlener 5: *"Bij rugpijn plat op de zetel gaan liggen en rusten – niet bewegen dat dat een fout, een foute redenering is. Euh ja, die misvattingen wat – uit ons Vlaams hoofdje te krijgen."*

Drie zorgverleners werden door de poster effectief aangezet tot het opzoeken van info via de aangeboden website en via klinische richtlijnen. Een enkele zorgverleners gaf aan door de poster gereflecteerd te hebben op het eigen handelen. De poster motiveerde hem om de richtlijnen te blijven volgen. De meeste zorgverleners waren echter van mening dat de poster weinig geschikt was om zorgverleners te informeren of van gedrag te doen veranderen.

FG 1, Patiënt 2 [in de focusgroep fungeerde ze als patiënte, maar ze werkte ook als zorgverlener]: *"We krijgen dan zo allemaal posters (...) die we op de afdelingen omhoog moeten hangen, we doen dat, maar eigenlijk lezen we die als zorgverlener zelf ook niet eens omdat we zoiets hebben van: da's voor de patiënten, da's niet voor ons. Wij weten waarover we bezig zijn. Allez, dat is zo bijna een automatisme van we gaan dat in de wachtzaal voor de patiënten hangen, zonder da ge daar ergens nekeer deftig bij stilstaat, precies."*

Een zorgverlener bemerkte dat mensen zich algemeen zeer snel aangevallen voelen bij campagnes mikkend op gedragsverandering.

FG 1, Zorgverlener 2: *"Omdat ze dan zich zo de les gelezen voelen. Mensen voelen zich heel rap zo, voelen zich aangevallen als ge zou zeggen: ge moogt antibiotica alleen tegen bacteriën, dan denken ze 'hoho!'. Allez, dus mensen voelen zich heel rap aangevallen."*

De deelnemers hoopten op veel van de hierboven beschreven effecten, maar ervoeren weinig effect van de poster. Hiervoor kwamen twee mogelijke verklaringen naar voor in de focusgroepen. Een eerste mogelijke verklaring was een selectie-bias van zowel zorgverleners als patiënten. De deelnemende zorgverleners vermoedden dat zij reeds meer volgens de richtlijn werkten dan andere collega's en dat er daarom minder winst te boeken viel.

FG 1, Zorgverlener 2: *"De mensen die aan tafel zitten zijn mensen die inderdaad al willen meewerken."*

Ook bij patiënten werd een selectie-bias vermoed. Zoals hogerop beschreven had bevordering van de communicatie minder nut bij mensen die al naar een arts stappen met een probleem. Bij de apotheek kon de poster mogelijks meer effect hebben, want patiënten hadden soms nog geen huisarts geconsulteerd, maar apothekers hadden dan weer amper tijd om in te gaan op vragen van patiënten. Een kinesist daarentegen deelde mee dat de patiënten al wisten dat ze moesten bewegen en de boodschap op de poster daar weinig verandering in bracht.

FG 4, Zorgverlener 16: *"Il y a déjà une notion de mouvement hein."*

Een tweede mogelijke verklaring die we hoorden in de focusgroepen waardoor het effect van de poster eerder beperkt leek, is dat posters algemeen weinig bekeken worden. Algemeen merkten de zorgverleners op dat posters en aankondigingen in de wachtzaal (ook los van de door ons gevoerde campagne) weinig mensen bereiken. De locatie van de posters had een invloed op de zichtbaarheid, maar een geschikte locatie vormde echter nog geen garantie dat de poster effectief gelezen werd. De hypothese werd gevormd dat er gewenning is aan posters in de wachtzaal. Daarnaast werden ook de in de gemeente verspreide posters (supermarkt, gemeentehuis,...) niet opgemerkt door de deelnemers aan de focusgroepen.

FG 4, Zorgverlener 11: *"Mais je pense que c'est un minimum eh de personnes qui regardent vraiment les affiches."*

FG 1, Zorgverlener 3: *"Ja, dat is denk ik ook zo de gewenning aan het hangen van affiches in de wachtzaal."*

FG 1, Zorgverlener 1: *" Wat daar omhoog hangt, zijn weinig mensen die dat lezen ze. (...)Het zal voor ne pensenkermis zijn of zoiets..."*

Mogelijkheid tot verbetering

Doorheen de focusgroepen werden verschillende mogelijkheden gesuggereerd voor verbetering van de campagne. De meest relevante van deze suggesties werden opgelijst in tabel 2.

Probleem	**Voorstellen tot oplossing**
Te lange URL	- Kortere, doorverwijs-URL - QR-code
Huidskleur van het mannetje	- Verschillende mannetjes met verschillende huidskleuren - Gebruik van een niet-natuurlijke huidskleur (bv. groen)
Negatieve toon van de poster	- Lachend figuurtje - Blij figuurtje na het volgen van het advies (voor-na beelden) - Gebruik van humor
Beperkte aandacht voor posters	- Campagne via sociale media - Gebruik van TV-schermen in de wachtzaal - Huis-aan-huisbedeling van flyers
Selectie-bias patiënten	- Postercampagne breder verspreiden, buiten de wachtzaal van de huisarts

Tabel 2: voorstellen tot aanpassingen poster

Daarnaast kwamen er ook veel suggesties over hoe de campagne beter verspreid kon worden. De deelnemers vonden dat de poster breder dan bij zorgverleners alleen verspreid mocht worden, om zo ook een breder doelpubliek te bereiken. Scholen, sportcentra, openbaar vervoer en 'de werkplaats' werden vaak genoemd als goede plaatsen om deze posters te verspreiden. Een grootschalige, multifacettaire campagne wordt als vertrouwensgevende factor benoemd.

FG 4, Patiënt 8: *"La campagne contre les antibiotiques* [BAPCOC], *ça marche très bien. Parce que tout le monde le sait. Tout le monde en parle hein. (...) C'est la masse d'information. Pas spécialement une seule affiche (...) C'est sur les médias, à la télévision, c'est sur les affiches. C'est chez les médecins. (...)"*

FG 4, Patiënt 9: *"C'est un bourrage de crâne."*

De antibiotica campagne van de overheid is een voorbeeld van zo'n multi-facettaire campagne. Naast posters wordt ook gebruik gemaakt van flyers, radiospotje etc. In tegenstelling tot de poster, vond een zorgverlener de radiospot van deze campagne 'Antibiotiques, ce n'est pas automatique' wel geslaagd. We bemerkten dat zo'n simpele oorwurm door middel van herhaling bleef hangen.

FG 4, Zorgverlener 13: *“Donc çà,* [Antibiotica campagne van de overheid] *c’est une idée de campagne et ce que j’avais aimée aussi, c’était le fait aussi que ça rime. Il avait ‘les antibiotiques, ce n’est pas automatique’.* [slogan van radiospotje]*(...) Tout le monde disait dans la rue. On l’entendait partout quoi.*

Niet-postermethoden kwamen ook aan bod. Enkele zorgverleners wezen op het succes van TV schermen in de wachtzaal (in tegenstelling tot de poster). Er is overeenstemming over het feit dat filmpjes en schermen beter de aandacht trekken dan een poster. Daarnaast geven filmpjes ook de mogelijkheid om een uitgebreidere boodschap te geven dan een poster.

FG 2, Zorgverlener 6: *“En TV in de wachtzaal is ook een aandachtstrekker.”*

Over het nut van folders of flyers bestond geen overeenstemming. Bepaalde zorgverleners geven aan dat deze bij hen veel gelezen worden, bij andere niet.

FG 2, Zorgverlener 7*: “Ze nemen dat heel veel, foldertjes.”*

FG 1, Zorgverlener 3*: “die foldertjes (...) Ik smijt die altijd volledig terug weg.”*

Een voordeel van folders is wel dat die meegenomen of -gegeven kunnen worden, om nog eens thuis te bekijken of als geheugensteuntje. Zo zouden ze ook kunnen dienen als ondersteuning voor een door de zorgverlener gegeven uitleg.

DISCUSSIE ERVARING POSTER DOOR ZORGVERLENERS (Jesse Buysse)

De poster werd door de zorgverleners algemeen positief onthaald. Verschillende deelnemers vonden het goed dat rugpijn via deze poster onder de aandacht kwam, omdat er in hun ogen een gebrek is aan publieksinformatie over deze problematiek. De frisse en professionele grafische vormgeving viel in de smaak. De poster was '*geen karwij om te beginnen lezen*', doordat de tekst erop beperkt bleef, met name de belangrijkste kernpunten in de behandeling van lage rugpijn. Verschillende zorgverleners vonden de boodschap onvolledig en waren geneigd om hem verder uit te breiden, met bijvoorbeeld alarmsymptomen en rughygiënisch advies. Langs de andere kant werd ingezien dat dit ten koste zou gaan van de leesbaarheid. De formulering van de boodschappen mocht van de zorgverleners niet te sterk zijn. Dit wekte weerstand op, doordat de zorgverleners zich berispt voelden en doordat ze vreesden dat deze sterke boodschappen de patiënt zouden kunnen afschrikken om hulp te zoeken of om hun zorgen te bespreken.

De zorgverleners zagen het nut van deze poster vooral in het informeren van patiënten - met de hoop dan ook een gedragsverandering te bewerkstelligen - en in het herhalen en bevestigen van de boodschap van de zorgverlener. Een meerderheid was van mening dat de poster weinig geschikt was om een gedragsverandering bij zorgverleners op gang te brengen.

In eerder onderzoek door Treolar et al (19) werd ook vastgesteld dat zorgverleners zich zorgen maakten over onvolledigheid van de boodschap. Als we hen parafraseren: "*These messages were not intended to express that their content held the secret of perfectly managed back pains*." (19). We probeerden in onze posters absolute interpretaties (de poster bevat de waarheid, de volledige waarheid en niets dan de waarheid) te voorkomen door een korte, nuancerende zin toe te voegen aan de kernboodschappen. Dit bleek echter onvoldoende. Een duidelijke verwijzing naar een zorgverlener, over alle boodschappen heen, werd hiervoor als oplossing gesuggereerd.

Tijdens het opzetten van dit onderzoek was het onze bedoeling om zorgverleners te 'nudgen' om de KCE-richtlijn over lage rugpijn (20) beter op te volgen. We hanteerden hiervoor de volgende definitie: een nudge is een aanpassing is aan de omstandigheden waarin een keuze gemaakt wordt, waardoor die keuze beïnvloed wordt, zonder de keuzevrijheid aan te tasten (12). Concreet hoopten we met onze poster de verwachtingen van de patiënten over hun behandeling bij te stellen en zo de drempel voor de zorgverleners om de richtlijn te volgen te verlagen. Idealiter creëerden we zelfs een 'sociale norm', waardoor de drempel verhoogd werd om van de richtlijn af te wijken. Tenslotte vormden de posters een - hopelijk overbodig - geheugensteuntje voor de zorgverleners.

Nochtans kunnen we ons de vraag stellen of we onze posters wel als een echte nudge mogen beschouwen. Als we teruggrijpen naar de oorspronkelijke bedenkers van dit concept, zien we immers dat zij stellen dat een nudge gedrag beïnvloed op een voorspelbare manier (25). Dit was bij ons niet het geval. Samen met het beperkte bereik van de posters en de vermoedelijke

selectie-bias bij de zorgverleners verklaart dit mogelijk waarom de poster niet als een effectieve manier werd gezien om gedragsverandering bij zorgverleners te bekomen.

We zouden onze poster wél een echte nudge kunnen maken door beroep te doen op het principe van de pré-commitment. Thaler et al stellen immers vast dat we meer geneigd zijn om gedrag te stellen, als we onszelf er eerder toe verbonden hebben dat gedrag te stellen. Dit effect wordt versterkt indien de belofte publiek gebeurt (25). We zouden dus de poster kunnen omvormen tot een engagementsverklaring en aan zorgverleners vragen om deze poster te ondertekenen en op te hangen in hun wachtzaal of kabinet. Gelijkaardige posters werden eerder succesvol ingezet voor de bestrijding van antibiotica-overgebruik, weliswaar ook op kleine schaal (14 artsen) (13). Het zou interessant zijn om deze studie te herhalen bij grotere groepen en om te bekijken of deze methode ook voor andere richtlijnen, bv. rond lage rugpijn, kan worden toegepast. Daarnaast is het ook interessant om te onderzoeken of deze engagementsverklaring niet als een te sterke - weerstand opwekkende - boodschap wordt ervaren.

We kozen voor een kwalitatieve studie omdat we geïnteresseerd waren in hoe een poster wordt ervaren en welke factoren maken dat een poster meer of minder aanspreekt. Hierover konden we maar weinig wetenschappelijke literatuur terugvinden. De keuze voor gemengde focusgroepen liet een dynamiek tussen patiënten en zorgverleners toe. Zoals we hadden vermoed, hadden beide groepen veronderstellingen over hoe de poster door de andere groep ervaren werd. Door de gemengde samenstelling van de focusgroepen, konden we dit onmiddellijk aftoetsen.

Door de kleinschaligheid van ons onderzoek, waren de focusgroepen echter ook een zwakte. We waren als moderator zelf betrokken partij, doordat we zelf betrokken waren bij het ontwerp van de poster. Dit heeft mogelijk een impact gehad op de resultaten, zeker gezien we beiden onervaren waren in het leiden van focusgroepen. Daarnaast kan het ook dat sommige deelnemers door onze aanwezigheid sociaal wenselijke antwoorden gaven.

Een tweede zwakte is dat tijdens de focusgroepen de poster continu werd geprojecteerd, waardoor de deelnemers er langdurig aan werden blootgesteld. Samen met de uitgebreide bespreking in de focusgroep, leidde dit mogelijks tot meningen over de poster die zich tijdens een korte blootstelling (bv. in een wachtzaal) niet gevormd zouden hebben en daardoor in de praktijk niet relevant zouden zijn. In een volgend onderzoek zouden we dit kunnen nakijken door de mening van de deelnemers kort te bevragen voor de focusgroep, en deze meningen achteraf te vergelijken met de resultaten van de focusgroepen.

Een laatste zwakte was de taal. Doordat er in Kuregem geen mogelijkheid was om voldoende Nederlandstalige patiënten te rekruteren, moesten de focusgroepen daar in het Frans plaatsvinden. Geen van de onderzoekers heeft het Frans als moedertaal, waardoor de kans bestaat dat in de analyse nuances werden gemist. De taal was echter ook een accidentele sterkte in ons onderzoek. De onvolmaakte vertaling van de Nederlandstalige naar de Franstalige poster resulteerde in een verschil in sterkte in de boodschappen. Dit zagen we mooi weerspiegeld in de weerstand bij de deelnemers.

De bevindingen in deze studie zouden kunnen helpen bij het ontwerp van toekomstige publieksinformatiecampagnes, om deze voldoende draagvlak te laten vinden bij zorgverleners. De bevindingen zijn ook van belang voor de individuele zorgverleners. Zij communiceren immers niet enkel met individuele patiënten, maar ook op groepsniveau. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan informatie rond de praktische organisatie van de jaarlijkse griepvaccinaties, of 'Vier huisregels in corona-tijden'. Deze studie haalde verschillende factoren aan die beïnvloeden hoe een poster ervaren wordt door zijn publiek. Deze factoren hebben vermoedelijk een belangrijk effect op het overbrengen van de boodschap. Zo moet bijvoorbeeld het evenwicht tussen een volledige boodschap en een leesbare, toegankelijke boodschap goed bewaakt worden. Daarom zou het interessant kunnen zijn een toolbox te ontwikkelen, met praktische richtlijnen om kleinschalige, maar doeltreffende campagnes op te stellen.

Conclusie

Algeheel werd de poster goed onthaald door de zorgverleners, al mocht volgens sommigen de boodschap uitgebreider zijn. Ook in eerder onderzoek werd opgemerkt dat een 'onvolledige boodschap' een struikelsteen is voor zorgverleners. Een duidelijker verwijzing naar de zorgverlener voor verder advies, zou dit probleem kunnen oplossen. De zorgverleners vonden de poster vooral nuttig om patiënten te informeren en om de communicatie met de patiënten te ondersteunen. Ze zagen de poster niet als een effectieve methode om hun gedrag te veranderen. Of een nudgende poster hiervoor gebruikt kan worden, dient verder onderzocht te worden. De resultaten van dit onderzoek kunnen helpen om het draagvlak van publieksinformatiecampagnes bij zorgverleners te vergroten.

DISCUSSIE ERVARING POSTER DOOR PATIËNTEN (Sophie Dewispelaere)

Kernboodschappen

Onze poster is door het overzichtelijk gebruik van kleuren, tekst en afbeeldingen een echte eye-catcher. Identificatie van patiënten met de poster draagt bij aan de aantrekkelijkheid van de poster. Patiënten worden vanuit die connectie met de poster gestimuleerd om verder te lezen. Ondanks dat de poster in het oog springt, nemen de patiënten de informatie op de poster niet altijd aan en wordt de communicatie tussen patiënt en zorgverlener maar matig aangewakkerd door de poster. Er is dus duidelijk meer nodig dan een zichtbare en aantrekkelijke poster om dergelijke effecten te ontlokken. Vermoedelijk is de oorzaak hiervan multifactorieel, maar het is wel duidelijk dat vertrouwenselementen hierin een belangrijke rol spelen. Een aantrekkelijke poster die omwille van bepaalde factoren afbreuk doet aan het vertrouwen zorgt voor weerstand en kan ertoe leiden dat mensen afhaken en er helemaal geen effect teweeg gebracht wordt. Het loont dan ook de moeite om deze vertrouwensbevorderende factoren te resumeren.

Als eerste speelt de zorgverlener als vertrouwenspersoon een belangrijke rol in het bevorderen van het vertrouwen. De poster wint namelijk aan vertrouwen bij patiënten wanneer hij uithangt bij een zorgverlener en gemaakt is door een zorgverlener. Wanneer de boodschap op de poster ook nog eens overeenkomt met de boodschap van de zorgverlener, werkt dit in beide richtingen versterkend: zowel de boodschappen op de poster als van de zorgverlener winnen aan geloofwaardigheid bij de patiënten. Dit illustreert het belang van dialoog over de poster tussen zorgverlener en patiënt. Die dialoog kan gestimuleerd worden door cues in te bouwen in de poster die patiënten ertoe aanzetten om vragen te stellen aan hun zorgverlener. Dat kan gefaciliteerd worden door een verwijzing naar de geschikte zorgverlener op de poster te plaatsen.

Daarnaast moet het ontwerp van een medische poster een zekere professionaliteit en geloofwaardigheid uitstralen. Om vertrouwen te wekken moet voorzichtig omgesprongen worden met humor. Ludieke elementen die kinderachtig overkomen, moeten dan ook vermeden worden.

Als laatste moet grondig nagedacht worden over de formulering van de boodschappen. Te sterke boodschappen zonder enige duiding die volledig tegengesteld zijn aan de ervaring of voorkennis van de patiënt zijn uit de boze. Ze doen afbreuk aan het vertrouwen, wekken weerstand op en kunnen patiënten afschrikken om verder hulp te zoeken. Om het vertrouwen van de lezers van de poster te winnen, is er dus duidelijk meer omkadering nodig bij sterke boodschappen die tegengesteld zijn aan de ervaring of voorkennis van de patiënt. De boodschap om geen beeldvorming te laten nemen, illustreert dat voor verschillende deelnemers een ander *normaal* geldt. Waar een patiënt vertelt *"Normalement il faut faire une radio pour voire la, le mal ça vient d'où?"* zegt een zorgverlener *"c'est normal (...) que le médecin ne va pas demander une radio."* Door op voorhand te polsen naar de ideeën en gedachten van deelnemers over het onderwerp kan er een empathische boodschap opgesteld worden waarmee de patiënten zich kunnen identificeren. Als de patiënt bijvoorbeeld van mening is dat radiologie essentieel is voor *diagnose*, kan de boodschap als volgt geformuleerd worden: *"Het is normaal dat uw*

arts niet meteen een foto aanvraagt. Voor de diagnose van rugpijn is het klinisch onderzoek dat uw arts uitvoert veel belangrijker." Als de patiënt denkt dat radiologie essentieel is om een geschikte *behandeling* op te stellen, kan bijvoorbeeld de volgende formulering gehanteerd worden: *"Het is normaal dat uw arts niet meteen een foto aanvraagt, radiologie verandert immers in de meeste gevallen niets aan de behandeling van lage rugpijn".* Hierbij blijft verwijzen naar de zorgverlener voor zorg op maat van de patiënt en voldoende nuance essentieel.

Verwijzing naar eerdere resultaten

Voorafgaand aan dit onderzoek gingen een beperkt aantal studies het gebruik van posters op een kwalitatieve manier na. Onze poster bevestigt een aantal bevindingen die eerder al waren vastgesteld door andere studies. Net zoals Treloar et al. bemerken we dat het moeilijk is om een poster te ontwerpen die geschikt is voor een divers publiek (19). In onze studie wordt bijkomend gezien dat eenzelfde poster voor zowel patiënten als zorgverleners ertoe leidt dat niet elke doelgroep zich even sterk aangesproken voelt. Zorgverleners waren van mening dat de poster voor patiënten bestemd was, terwijl patiënten vonden dat de boodschap over beeldvorming aan de zorgverlener gericht was. Een verschillende poster per doelgroep die aansluit bij de specifieke noden van die groep, kan ervoor zorgen dat die zich meer aangesproken voelt.

Daarnaast was ook al bekend dat patiënten neutraal tot wantrouwig staan ten opzichte van logo's van autoriteiten zoals een ziekenhuis op de poster (19), maar dat een handtekening of een foto van een zorgverlener op de poster het vertrouwen bij de patiënt in de poster versterkte (13). Dit onderzoek bevestigt deze bevindingen: een autoriteit die van nabij betrokken is bij de patiënt zoals de persoonlijke zorgverlener schept meer vertrouwen dan een verafstaande autoriteit zoals de overheid. De verwijzing bij de eerste boodschap op onze poster naar een zorgverlener voor meer informatie bevordert niet enkel het vertrouwen, maar voorkomt ook dat patiënten de boodschap als exhaustief zouden interpreteren (19).

Zowel in de boodschappen als in het ontwerp van de poster kan humor al snel leiden tot stereotype weergave en tot misverstanden (19). In onze poster werd dan ook geen humor gebruikt. Een motiverende slagzin als positieve toets kan zeker, maar voorzichtigheid is geboden bij ludieke elementen die kunnen leiden tot een cartoony interpretatie en het vertrouwen kunnen fnuiken.

Ten slotte moeten afbeeldingen op de poster al zonder lezen aangeven waarover de poster gaat (6). Verwarrende afbeeldingen daarentegen die de kijker op een verkeerd spoor kunnen zetten, moeten vermeden worden. Op onze poster suggereerde de afbeelding van de pil bijvoorbeeld verkeerdelijk dat onze poster over een nieuw medicijn ging.

Sterktes en zwaktes

De sterktes van dit onderzoek zijn vooral te danken aan de QUAGOL-methode (24) en de gemengde focusgroepen. De QUAGOL-methode impliceert dat de afzonderlijk verkregen

conceptenlijsten van beide onderzoekers worden samengebracht en in overleg afgetoetst om tot een gezamenlijk overeengekomen conceptenlijst te komen. De dialoog die hieraan voorafging, zorgde voor extra inzichten en voorkwam misinterpretatie. Daarnaast vormt de variëteit aan zorgverleners en de mix van zorgverleners en patiënten in de focusgroepen voor een extra dynamiek. De uitwisseling van gedachten tussen de verschillende aanwezigen ontlokte nieuwe antwoorden en inzichten die waarschijnlijk niet aan bod kwamen indien zorgverleners en patiënten in afzonderlijke focusgroepen ingedeeld waren. Zo vond een patiënt die naar aanleiding van fors invaliderende klachten dat de boodschappen op de poster niet op hem van toepassingen waren, wat de zorgverleners ertoe aanzette om te reflecteren over de doelgroep van de poster. Naast de dynamiek tussen patiënten en zorgverleners brengt ook het verschil in vertaling tussen de Nederlandstalige en Franstalige poster en focusgroepen nieuwe elementen aan het licht. Kleine nuances zoals tussen 'Niet altijd nodig' en 'Pas nécessaire' hadden grote implicaties op vertrouwen en weerstand bij de deelnemers. Verder is Frans niet de moedertaal van de onderzoeker die de focusgroep in het Frans leidde, maar zij werkt wel in een Nederlandstalige huisartsenpraktijk met Franstalige patiënten. Algemeen vormde dit geen groot obstakel. Opmerkingen tussendoor werden minder opgepikt, maar door de beperking van het Frans van de onderzoeker herformuleerden de deelnemers hun mening waardoor soms extra info aan bod kwam.

De onderzoekers zijn zich ook bewust van de zwaktes van dit onderzoek. Ten eerste hadden de onderzoekers geen ervaring met het leiden van focusgroepen waardoor soms te lang afgedwaald werd van de kern van de vraag. Daarnaast waren de onderzoekers betrokken bij de focusgroepen hetgeen mogelijks kan leiden tot suggestieve vragen van de onderzoekers en sociaal wenselijke antwoorden van de deelnemers. Mogelijk verklaart dit ook ten dele waarom onze poster in vergelijking met de posters van de overheid beter ontvangen werd door de deelnemers. Een onafhankelijke en neutrale moderator die niets met het onderzoek te maken heeft, had kunnen helpen om die factor uit te sluiten. Daarnaast werd omwille van tijdnood de poster niet getest op voorhand. Omwille van diezelfde reden moesten we ons beperken tot vier focusgroepen en werd er geen data-saturatie bereikt. Ten slotte verschilt de algemene teneur per focusgroep gaande van negatief tot lovend. Aan het begin van een focusgroepgesprek werd vooral door de sterke karakters een bepaalde sfeer gevormd en daar werd niet meer van afgeweken. Mogelijks durfden stille karakters minder weerstand bieden tegen een mening die door sterke figuren werd geopperd. Dit is iets wat algemeen een zwakte is van werken met focusgroepen. Ook hier is het de taak van een goede moderator om iedereen aan bod te laten komen.

Implicaties voor klinische praktijk en toekomstig onderzoek

Waar de posters in de wachtzaal precies terecht kwamen, werd niet in onderling overleg met de onderzoekers bepaald. Bij de ene zorgverlener hing de poster duidelijk in het zicht, bij de andere dan weer in een doorgang. Vermoedelijk speelt het verschil in ophangplaats van de poster een rol in onze resultaten. Verder onderzoek is nodig om de ideale plek om een poster op te hangen te definiëren met inachtneming van afstand tot lezer, hoogte aan de muur, lettertype etc.

Uit de focusgroepen blijkt echter dat een poster op een zichtbare plaats geen garantie biedt dat hij effectief gezien wordt. Hierbij spelen twee hypotheses mee die verder onderzocht kunnen worden. Enerzijds zou er een gewenning bestaan aan posters in de wachtzaal en anderzijds zouden mensen te vaak denken dat een medische poster over geneesmiddelenreclame gaat waardoor er minder aandacht aan wordt besteed.

Daarnaast werd in de focusgroepen een selectie-bias van patiënten vermoed: patiënten in de wachtzaal van de zorgverlener hebben al een stap ondernomen om verder hulp te zoeken voor hun probleem. Om ook mensen die nog geen verdere hulp gezocht hebben voor hun probleem aan te zetten om hun zorgverlener te contacteren, werd in de focusgroepen voorgesteld om de poster breder te verspreiden dan de wachtzaal van de zorgverlener. Hierbij moet echter in rekening gebracht worden dat de deelnemers onze poster in bijvoorbeeld de supermarkten en het gemeentehuis niet gezien hadden. Bijkomend kan bemerkt worden dat de voorafkans om een patiënt met rugpijn aan te treffen buiten de wachtzaal een stuk kleiner is. Onder het motto ‘voor elk wat wils’ kan het massaal verspreiden van de boodschap op poster via verschillende kanalen (zoals radio, tv, sociale media etc.) en op verschillende manieren (sticker (6), folder etc.) de kans verhogen dat de boodschap wel degelijk opgepikt wordt.

Ten slotte is meer onderzoek nodig naar zowel postergerelateerde als kijkergerelateerde kenmerken om gedragsverandering te bekomen na het zien van de poster. Patiënten bieden weerstand tegen sterke boodschappen die mikken op gedragsverandering waarbij ze het gevoel hebben dat hen de les gespeld wordt. Rekening houden met vertrouwenselementen, ideeën en gedachten van het doelpubliek en faciliteren van dialoog tussen patiënt en zorgverlener vormen dan ook sleutelelementen om het doelpubliek te benaderen. In de inleiding werd gesuggereerd dat nudgen door middel van een poster de implementatie van richtlijnen kan faciliteren. Bij aanvang wilden wij een nudge creëren aan de hand van onze poster: onze oorspronkelijke onderzoekstitel luidde ‘Hoe wordt nudging door middel van een eduactieve poster over lage rugpijn ervaren door zorgverleners en patiënten?’ Omwille van onder andere de drieledige boodschap is onze poster niet geslaagd in het opzetten van een goede nudge Om gedragsverandering op basis van nudgen te bekomen, is het van belang om aan de hand van een simpele interventie te mikken op één type (liefst automatisch) gedrag (26). Hoe korter en hoe simpeler de boodschap, hoe krachtiger het effect (27).

Conclusie

Implementatie van richtlijnen door middel van een poster is een goedkope en niet invasieve methode die snel op grote schaal verspreid kan worden, toch moet er op voorhand goed nagedacht worden over de te verwachtte effecten en het te bereiken doelpubliek. De poster voorstellen aan een testpanel en de boodschappen op de poster aftoetsen aan de ideeën en gedachten van het doelpubliek is cruciaal. Enkele basiselementen voor een goede poster zijn: één korte, genuanceerde en niet-exhaustieve boodschap die vergezeld wordt van een duidelijke afbeelding waarmee de patiënt zich kan identificeren en een verwijzing naar een zorgverlener en een betrouwbare bron. Om een doeltreffende posternudge te ontwikkelen is het raadzaam om in toekomstig onderzoek te focussen op één boodschap en één type gedrag. Om een groter publiek te bereiken, is de poster idealiter ingebed in een grootschalige en multifacettaire

campagne waarbij gebruikt wordt gemaakt van audiovisuele kanalen zoals TV schermen in wachtzalen, sociale media en radio.

DANKWOORD

Wij zijn 2 onderzoekers met een liefde voor huisartsgeneeskunde. In de eerste plaats willen we graag onze promotor Dr. Mieke Vermandere en onze co-promotor Dr. Sanne Peters bedanken voor de nauwgezette begeleiding tijdens het vormingsproces van deze thesis. Onze dank gaat ook uit naar Tijl Nuyts, Dr. Els Van Hooste en Lotte De Mol die met hun kritische schrijversblik dit werk nagelezen en verfijnd hebben.

REFERENTIES

1. Federatie Medisch Specialisten. Betekenis van richtlijnen. Beschikbaar op: https://richtlijnendatabase.nl/over_deze_site/richtlijnontwikkeling/betekenis.html Laatst bezocht op 24/05/2020.
2. D'hondt M, De Schepper J, De Smet G, Van de Putte K, Coussens M. Evidence based richtlijnen, klinische paden, zorgprogramma's en zorgprotocollen. Signaal 2007, 61:4-15.
3. Gagliardi A, Alhabib S. Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. Implement Sci 2015. 10:54
4. Eyssen M, Benhamed N, Paulus D. Naar een geïntegreerd evidence-based practice plan in België - deel 2: implementatie en performance management (Synthese). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 291As.
5. KCE. Het Belgische Evidence-Based Practice Netwerk staat op de rails! Beschikbaar op: https://kce.fgov.be/nl/het-belgische-evidence-based-practice-netwerk-staat-op-de-rails Laatst bezocht op 24/05/2020.
6. Harrison BL, Ogara C, Gladstone M, Carrol ED, Dusabe-Richards J, Medina-Lara A et al. "We have to clean ourselves to ensure that our children are healthy and beautiful": findings from a qualitative assessment of a hand hygiene poster in rural Uganda. Harrison et al. BMC Public Health (2019) 19:1.
7. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med. 2012, 27(10): 1361–1367.
8. Goossens H, Coenen S, Costers M, De Corte S, De Sutter A, Gordts B. Achievements of the Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC). Euro Surveill 2008, 13(46):1-4.
9. Waddell G, O'Connor M, Boorman S, Torsney B. Working Backs Scotland: A Public and Professional Health Education Campaign for Back Pain. Spine 2007, 32(19):2139-2143.
10. Gross D, Russell A, Ferrari R, Battié M, Schopflocher D, Hu R. Evaluation of a Canadian Back Pain Mass Media Campaign. Spine 2010, 35(8):906-13.
11. Colla C, Mainor A. Choosing Wisely Campaign: Valuable For Providers Who Knew About It, But Awareness Remained Constant, 2014-17. Health Aff 2017, 36(11):2005-2011.
12. Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. Aangenomen resolutie tot toepassing van de inzichten van gedragswetenschappen in de gezondheidszorg in België. Belgisch staatsblad, 05/07/2018.
13. Meeker D, Knight TK, Friedberg MW, Linder JA, Goldstein NJ, Fox CR et al. Nudging Guideline-Concordant Antibiotic Prescribing: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2014, 174(3): 425–431.

14. Caris M, Labuschagne H, Dekker M, Kramer M, Van Agtmael M, Vandenbroucke-Grauls C. Nudging to improve hand hygiene. J Hosp Infect. 2018, 98(4):352-358.
15. Morse L, McDonald M. Failure of a poster-based educational programme to improve compliance with peripheral venous catheter care in a tertiary hospital. A clinical audit. J Hosp Infect. 2009, 72(3):221-6.
16. Møen K, Kumar B, Igland J, Diaz E. Effect of an Intervention in General Practice to Increase the Participation of Immigrants in Cervical Cancer Screening: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2020, 3(4)
17. Callie L. Brown Janna B. Howard Eliana M. Perrin. A randomized controlled trial examining an exam room poster to prompt communication about weight. Pediatric Obesity. 2020 (early view).
18. Lawson A, Vaganay-Miller M. The Effectiveness of a Poster Intervention on Hand Hygiene Practice and Compliance When Using Public Restrooms in a University Setting. Int J Environ Res Public Health 2019, 16(24):5036.
19. Treloar C, Newland J, Maher L. A qualitative study trialling the acceptability of new hepatitis C prevention messages for people who inject drugs: symbiotic messages, pleasure and conditional interpretations. Harm Reduct J. 2015 Mar: 12(5)
20. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B et al. Low back pain and radicular pain: assessment and management. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 287.
21. Op basis van gegevens uit de Intego database, beschikbaar op https://intego.gbiomed.kuleuven.be/intego-apps/inc_prev_v0/
Laatst geraadpleegd op 21/02/2019.
22. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. Arthritis rheum 2012, 64(6):2028-37.
23. KU Leuven. Focusgroep. Beschikbaar op: https://www.kuleuven.be/onderwijs/werken_opo/bevragingen/soorten/hearing
Laatst geüpdatet op 21/09/2016.
24. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012. 49(3):360-71.
25. Thaler R, Sunstein C. Nudge: naar betere beslissingen over gezondheid, geluk en welvaart. 6de druk. Antwerpen Uitgeverij Business Contact, 2017.
26. De Ridder D, Gillebaart M. Wetenschappelijk kader: nudging in de publieke gezondheidszorg. Preventie 4: Deelprogramma 1 – Gezonde leefstijl en een gezonde omgeving. ZonMW 2015. Projectnummer 20005095432. Dossiernummer 50-51505-98-1018
27. Feathera A, Stoneb SP, Wessiera A, Boursicota KA and Prattc C. 'Now please wash your hands': the handwashing behaviour of final MBBS candidates. Journal of hospital infection (2000), 45(1): 62-64.

BIJLAGEN

Bijlage 1: goedkeuring ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP009789
Uw kenmerk: Masterproef studie: Nudging voor de implementatie van richtlijnen
Leuven, 11-03-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Mieke Vermandere
Geachte Sophie Dewispelaere, Jesse Buysse

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 11-03-2019

De Commissie keurt de aanvraag goed. Volgende aanpassingen moeten wel nog gebeuren. Het informed consent moet ook door een onderzoeker ondertekend worden. De audiofiles moeten na transcriptie in principe vernietigd worden.
Wij vragen nog om

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 28-02-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP009789

Your reference: Master's thesis study: Nudging voor de implementatie van richtlijnen
Leuven, 11-03-2019

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Mieke Vermandere
Dear Sophie Dewispelaere, Jesse Buysse

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 11-03-2019

De Commissie keurt de aanvraag goed. Volgende aanpassingen moeten wel nog gebeuren. Het informed consent moet ook door een onderzoeker ondertekend worden. De audiofiles moeten na transcriptie in principe vernietigd worden.
Wij vragen nog om

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 28-02-2019 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

Bijlage 2: informed consent formulier - Nederlands

Toestemmingsformulier / Informed consent

'Hoe wordt nudging door middel van een educatieve poster over lage rugpijn ervaren door patiënten en zorgverleners?

Onderzoekers: Dr. Jesse Buysse en Dr. Sophie Dewispelaere

Promotoren: professor Mieke Vermandere en Sanne Peters

Deze studie is goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van de KULeuven. U kan steeds weigeren om deel te nemen aan deze studie en kan u op elk moment deze studie verlaten zonder dat u daarbij de reden moet aangeven en zonder dat dit enige invloed zal hebben de relatie/behandeling met uw zorgverlener.

Als u wenst deel te nemen, wordt u gevraagd dit document te ondertekenen. Door het ondertekenen van dit formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan deze studie.

Ondergetekende, verklaart akkoord te gaan met deelname aan bovengenoemd onderzoek en is zowel mondeling als schriftelijk over het onderzoek geïnformeerd en op de hoogte van de eventuele risico's die aan het onderzoek verbonden zijn.

Datum, plaats: Naam deelnemer: Handtekening:

☐ Ik word graag op de hoogte gehouden van de resultaten van dit onderzoek via volgend e-mailadres:

Aarzel niet om ons te contacteren bij vragen over dit onderzoek. Dit kan door contact op te nemen met Jesse Buysse of Sophie Dewispelaere of door een mailtje te sturen naar jesse.buysse@student.kuleuven.be

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Demografische gegevens:

Leeftijd: Geslacht:

Beroep:

Hoogst behaalde diploma:

Ik heb rugpijn:

altijd – wekelijks – maandelijks – jaarlijks – al wel eens gehad – nog nooit gehad.

Bijlage 3: informed consent formulier - Frans

Formulaire de consentement / Informed consent
'Comment les patients et les soignants éprouvent-ils nudging à travers une affiche éducative sur les lombalgies?'

Examinateurs: Dr. Jesse Buysse en Dr. Sophie Dewispelaere
Promotoren: professor Mieke Vermandere en Sanne Peters

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique médicale de KU Leuven. Vous pouvez toujours refuser de participer à cette étude et vous pouvez quitter cette étude à tout moment sans devoir indiquer la raison et sans que cela n'influence la relation / le traitement avec votre médecin/pharmacien/kinesist.

Si vous souhaitez participer, il vous sera demandé de signer ce document. En signant ce formulaire de consentement éclairé, vous donnez votre consentement pour participer à cette étude.

Le/la soussigné(e) déclare qu'il / elle accepte de participer à l'étude susmentionnée et est informé oralement et par écrit de l'étude et est conscient des risques possibles associés à l'étude.

Date, lieu: Nom participant: Signature:

☐ Je souhaite être tenu en courant des résultats de cette recherche via l'adresse e-mail suivante:
N'hésitez pas à nous contacter pour toute question concernant cette recherche. Cela peut être fait en contactant Jesse Buysse ou Sophie Dewispelaere ou en envoyant un e-mail à jesse.buysse@student.kuleuven.be

Nous apprécions votre coopération et merci d'avance!

Données demographiques:

Age: Sexe:

Profession:

Diplôme le plus élevé obtenu:

J'ai mal de dos:

toujours - hebdomadaire - mensuellement - annuellement - déjà eu 'une fois' - jamais eu

Bijlage 4: posters Nederlands en Frans





Bijlage 5: vragenlijst focusgroepen

Openingsvraag**:* deze vraag is belangrijk om 'erin te komen', de deelnemers een eerste keer het woord te geven, gewoon te worden aan de situatie. Een kort rondje waarin ***iedereen zich voorstelt is ideaal als ijsbreker. We verzamelen de volgende achtergrondkenmerken: leeftijd, geslacht, beroep, hoogst behaalde diploma en rugpijn-status (Ik heb rugpijn: altijd - wekelijks - maandelijks - jaarlijks - al eens gehad - nog nooit gehad.

1. ***Introductie*** van het onderwerp: dit is voor de respondenten de eerste aanzet om na te denken over het onderwerp. We laten de deelnemers hiervoor een drietal postitieve punten en een drietal verbeterpunten op post-its schrijven (met hun naam). Deze worden daarna opgehaald en bij de moderator op een blad geplakt.
2. ***Kernvragen***: dit zijn topics die centraal staan in de bevraging.
    a. Hebben jullie deze poster ergens opgemerkt? (poster tonen)
        i. Waar?
        ii. Wat dacht je toen je de poster zag?
        iii. Waarover ging de poster volgens u?
        iv. Hoe zouden we deze campagne (nog) beter kunnen verspreiden?
        v. Wat lijkt jullie een geschikte plek om deze poster op te hangen?
    b. Wat vinden jullie van het ontwerp van de poster?
        i. Hoe zouden jullie de poster ontworpen hebben?
        ii. Wat vinden jullie van de boodschap van de poster?
        iii. Wat vinden jullie van de vormgeving van de poster?
            1. Op deze poster staat een man met een donkere huidskleur, wat vinden jullie hiervan?
        iv. Wat vinden jullie van de gebruikte taal op de poster?
        v. Wat vinden jullie positieve punten van deze poster?
        vi. Wat zijn verbeterpunten van deze poster?
    c. Invloed van de poster
        i. → artsen: Hoe verliepen de consultaties over lage rugpijn vanaf dat de poster ophing in uw wachtzaal/kabinet?

            → patiënten: Hoe verliep de consultatie met uw zorgverlener nadat u de poster had gezien in de wachtzaal/kabinet.

            OF

            → Hoe heeft deze poster de consultaties over lage rugpijn beïnvloed?

1. Hoe verliep de communicatie over lage rugpijn nadat de poster ophing in de wachtzaal?/ Welke invloed heeft deze poster gehad op de comunicatie met uw patiënten/zorgverlener?
2. Patiënten: hoe heeft deze poster de vragen die u aan uw zorgverlener stelde beïnvloed?

ii. Als er iets is wat u heeft geleerd uit de poster, wat zou dat dan zijn?
1. Hoe dacht u over de aanpak van lage rugpijn voordat u de poster zag?

iii. Hoe heeft deze poster uw idee over de aanpak van (voor de patiënten: omgang met) lage rugpijn beïnvloed?

d. Achterliggende motivatie
i. Welke elementen in deze poster maken dat u zich er door aangesproken voelt? Vond u dat de boodschap van deze poster op u gericht was/van toepassing was?
ii. Welke elementen in deze poster maken dat u zich niet aangesproken voelt door deze poster? (Werken vervreemdend?)
iii. Welke elementen zorgen ervoor dat u de boodschap van een poster vertrouwd?
iv. Welke elementen zorgen ervoor dat u de boodschap van een poster niet/minder vertrouwd?
v. Wat denken jullie dat de makers van deze poster wensten te bereiken met deze postercampagne?
1. Wat denken jullie dat de makers van deze posters wensten te bereiken met hun postercampagne? (BAPCOC, medische straling)

e. Onze bedoeling van deze posters was om de zorgverleners te helpen en zelfs wat te pushen om beter de richtlijn te volgen via de poster en door via de poster de ideeën van de patiënten over goede zorg op voorhand te veranderen. (bv. minder voorschriften voor beeldvorming).
i. Wat vinden jullie van deze manier van werken?
ii. (Vinden jullie deze manier van werken opdringerig/paternalistisch?)
iii. Hoe zouden we dit doel nog kunnen bereiken? (ipv Hebben jullie nog andere ideeën over hoe we deze informatie tot bij de zorgverlener en de patiënt kunnen brengen.)

3. ***Afsluiting****: a*ls alle kernvragen beantwoord werden, is het belangrijk de essentie van het gesprek te **herhalen**. Op die manier kunnen eventuele onduidelijkheden of foute

interpretaties nog rechtgezet worden. De rol van de moderator zal erin bestaan te **parafraseren**, de discussie zelf samen te vatten en de respondenten te laten aanvullen. Er kunnen van de deelnemers ook suggesties ter verbetering gevraagd worden, moesten die eerder nog niet aan bod zijn gekomen. Op het einde van de focusgroep dient er altijd ruimte te zijn voor opmerkingen van de respondenten die nog niet aan bod zijn gekomen. Bv. '**Zijn er nog elementen die ontbreken, die niet aan bod zijn gekomen?**'

Bijlage 6: conceptenlijst

EMOTIONEEL EFFECT POSTER

1. Deprimerend
2. Pijnversterkend
3. Behoefte aan positiviteit (lachen, focus op genezing, voor/na prentje, wat is wél mogelijk)
4. Positief dat evidence naar publiek komt (Belang publieksinformatie (nood aan verspreiding van EBM-info naar brede publiek?)

ONTWERP

5. Aangenaam om naar te kijken
6. Toegankelijk (gemakkelijk te lezen, overzichtelijk)
7. Trekt het oog
8. Pijn trekt aandacht (woord en figuur)
9. Pictogrammen
10. Identificatie van patiënten (patiënten herkennen zich in de boodschap van of het personage van de poster)
11. Mannetje
12. Houding mannetje (herkenbaar, medelijwekkend & slecht voorbeeld)
13. Huidskleur mannetje (stigmatiserend, niet-karikaturaal, niet-opgevallen,…)
14. Wegvallen van boodschappen (tgv factoren in het ontwerp: mannetje, lettertype,…)
15. Catchphrase
16. Weinig tekst
17. Kleuren
18. Toon ontwerp (neutraal, commercieel, professioneel, saai,…)
19. Lettertype
20. Formulering (frasering, ritmiek – hoe boodschap verwoord werd)

BOODSCHAPPEN

21. Kernboodschappen bij lage rugpijn (ervaring door zorgverlener)
22. Concreetheid boodschap (mate waarin boodschap concreet is, vaagheid, ‘beweeg’)
23. Onvoldoende info (noodzakelijke boodschappen die ontbreken – niet: onvoldoende gespecifieerd: zie concreetheid boodschap)
24. Begrijpelijkheid boodschap (zijn de boodschappen begrijpelijk?)
25. Onsamenhangend geheel (de poster in zijn geheel is niet duidelijk, onduidelijke link tussen de boodschappen)
26. Niet duidelijk over lage rugpijn (het is niet duidelijk dat de poster handelt over lage rugpijn)

27. Verkeerd begrepen (voorbeelden van de poster of een boodschap die verkeerd werd begrepen, zowel in getuigenissen, als in uitspraken van deelnemers)
28. Sterkte formulering boodschap (meer of minder dwingende/genuanceerd boodschap, agressief, event. In vergelijking met andere voorbeelden)
29. Negatief geformuleerd
30. Vertalingsproblemen
31. Verstaan als geneesmiddelenreclame (campagne werd begrepen als geneesmiddelenreclame, niet concept: *concurrentie met commerciële campagnes*)

EFFECT
32. Effect (heeft u een effect gemerkt van de poster?)
33. Locatie poster en zichtbaarheid (Waar poster hing, hoe zichtbaar hij was?)
34. Gezien (poster werd **al dan niet** gezien)
35. Gewenning aan posters
36. Doelgroep poster (op wie denken de deelnemers dat de poster gericht is, bv. chronische ptn)
37. Ondersteuning boodschap zorgverlener (boodschap van zorgverlener aan patiënt wordt ondersteund)
38. Bevestiging handelen zorgverlener (zorgverlener wordt bevestigd in zijn handelen)
39. Effect op therapeutische relatie (afstoten patiënten, vragen niet durven stellen, denigrerend voor arts)
40. Bevorderen communicatie
41. Hinderen communicatie
42. Blijven van hangen van info (deze en/of andere info blijft slecht of goed hangen)
43. Nieuwe boodschappen (nieuwe zaken die ptn hebben geleerd uit poster)

DOEL (mogen ook gebruikt worden om effecten mee te beschrijven)
44. Doel poster (duidelijk of onduidelijk)
45. Gedragsverandering bij zorgverleners
46. Gedragsverandering bij patiënten
47. Informeren van patiënten
48. Bijstellen foute verwachtingen
49. Doen nadenken van zorgverleners
50. Doen nadenken van patiënten

VERTROUWENSBEVORDERENDE FACTOREN
51. Autoriteiten (ondersteuning van instanties of personen die als betrouwbaar aanzien worden)
52. Ontwerpfactoren met invloed op betrouwbaarheid (professioneel, bronvermelding, schreeuwerig)
53. Niet-commercieel (campagne gaat niet uit van commerciële speler)

WANTROUWEN UITLOKKENDE FACTOREN
54. Besparingsvermoedens (is het doel van de campagne om te besparen op gezondheidszorg?)
55. Lange URL
56. Toon (tutoyerend, bevelend,… – als vervreemdende factor)

STERKTES
57. Belangrijk onderwerp

ZWAKTES CAMPAGNE

58. Ondoeltreffend voor gedragsverandering bij zorgverleners
59. Weerstand tegen de campagne bij patiënten
60. Eigen, andere ervaring (niet overeenkomen boodschappen campagne met persoonlijke ervaringen met lage rugpijn)
61. Cognitieve dissonantie (niet overeenkomen van de boodschappen van de campagne met de voorafbestaande eigen ideeën, met vasthouden aan de eigen ideeën – o.a. bewegingsangst)
62. Bewegingsangst (angst om schade uit te lokken of genezing te hinderen door (verkeerd) te bewegen)
63. Weerstand tegen de campagne bij zorgverleners
64. Nood aan zorg op maat
65. Selectie-bias patiënten (zorgzoekende patiënten worden bereikt)
66. Selectie-bias zorgverleners (EBP-werkende zorgverleners worden bereikt – **"**Werkt reeds volgens richtlijnen")
67. Concurrentie met commerciële campagnes
68. Onvoldoende oplossing ('Ik doe alles reeds al.' – boodschappen helpen onvoldoende)

KANSEN

69. Andere manieren om poster te verspreiden
70. Andere manieren om boodschap te verspreiden
71. Doelgroepgerichte campagne (afhankelijk van doelpubliek andere manier van campagnevoeren)
72. Folders (is gelijk aan flyers)
73. Wachtzaalschermen (opinies over het gebruik van wachtzaalschermen voor communicatie naar publiek)
74. Afname van lezen
75. Audiovisueel campagnevoeren
76. Uitbreiding van boodschappen (preventie, educatie, alarmsymptomen vs. evenwicht met toegankelijkheid)
77. Meer verwijzen naar zorgverlener (in de boodschap meer 'vraag raad aan...' toevoegen)
78. Ontwerpsuggesties
79. Z: geschikte methoden voor zorgverleners ter gedragsverandering
80. Motiveren boodschap (waarom geen foto's,…)
81. Belang herhaling van boodschap

NIEUWE CONCEPTEN

82. Posters (algemeen) worden slecht bekeken
83. Aanzet tot opzoeken info

Bijlage 7: andere posters focusgroepen





Bijlage 8: COREQ checklist

Domain 1: Research team and reflexivity	
1. Interviewer/facilitator	p6
2. Credentials	p6
3. Occupation	p6
4. Gender	p6
5. Experience and training	p6
6. Relationship established	p6
7. Participant knowledge of the interviewer	p6
8. Interviewer characteristics	p6
Domain 2: study design	
9. Methodological orientation and Theory	p6
10. Sampling	p7
11. Method of approach	p7
12. Sample size	p9-10
13. Non-participation	p10
14. Setting of data collection	p7
15. Presence of non-participants	p8
16. Description of sample	p11
17. Interview guide	p8
18. Repeat interviews	p7
19. Audio/visual recording	p8
20. Field notes	p8
21. Duration	p11
22. Data saturation	p8
23. Transcripts returned	p8
Domain 3: analysis and findings	
24. Number of data coders	p8
25. Description of the coding tree	p9, p42-44
26. Derivation of themes	p9, p42-44
27. Software	p8
28. Participant checking	p8
29. Quotations presented	p11-22
30. Data and findings consistent	
31. Clarity of major themes	p11-22
32. Clarity of minor themes	