# Perceptie van huisarts en patiënt bij diagnostisch consult rond tendinopathie

Debbaut Timon, Parmentier Kobe en Van Gucht Lubbe

Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Peter Decat, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Tom Poelman, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2026

*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.*

# 1. Abstract

**Achtergrond**: De huidige literatuur rond tendinopathie werd doorzocht in de databanken Medline, Embase en Cochrane. Het beschadigingsproces verloopt geleidelijk. Een 'zieke zone' binnen de pees wordt benoemd als tendinose. Wanneer deze tendinose ook gepaard gaat met pijn en functieverlies, spreekt men van tendinopathie. De diagnose tendinopathie is doorgaans klinisch te stellen. Patiënten rapporteren toename van de pijn bij belasting en vermindering bij adequate opwarming. De focus ligt initieel op verminderen van de pijn, met als doel het herstel van peescapaciteit mogelijk te maken. Tijdens dit herstel wordt progressief kracht, uithouding en plyometrie opgebouwd.

**Doelstellingen**: Er wordt onderzocht wat bij patiënten en artsen de beleving is van tendinopathie. Door deze twee groepen te spiegelen aan elkaar wordt een beter beeld gevormd over hoe een diagnostisch consult gevoerd en begrepen wordt. Zodanig kunnen gerichte interventies gevormd worden om eventuele misvattingen aan te pakken.

**Methode**: Huisartsen en patiënten werden via semigestructureerde interviews bevraagd. De audio-opnames werden uitgeschreven en gecodeerd volgens de QUAGOL-methode en verwerkt via het programma MAXQDA. Zes actief werkende artsen en zeven volwassen patiënten met een tendinopathie zonder geassocieerde pathologie werden geïncludeerd.

**Resultaten**: Artsen koppelen een tendinopathie aan een overbelasting en leggen vaak het verband met het verhaal van de patiënt. Prognose en de rol van pijn tijdens herstel wordt niet eenduidig gerapporteerd. De voorkeursaanpak is actief, doch wilt de patiënt eerder een snelle en 'passieve' oplossing. Motivatie wordt als onzeker en fragiel ervaren, met naast opluchting ook frustratie over traag herstel en nood aan eigen inspanning als voornaamste emoties. Patiënten onthouden dat het gaat om een ontsteking van de pees, eerder dan overbelasting. Ze krijgen weinig informatie omtrent prognose en de rol van pijn tijdens herstel. Een deel geeft aan niet te weten wat de oorzaak van hun probleem is. De helft van de patiënten werd doorverwezen naar de kinesist, alwaar de motivatie groot is. Ze ervaren weinig drempels om het ingestelde beleid te volgen, uit vertrouwen voor arts en kinesist. Over het algemeen wandelen patiënten tevreden de consultatie buiten, omdat er een verklaring is voor hun probleem en ze dit gericht kunnen aanpakken.

**Conclusie**: Artsen beheersen de kennis rond een tendinopathie, maar geven niet altijd voldoende informatie mee aan de patiënt. Voornamelijk oorzaak-gevolg, pijnmanagement en prognose wordt te vaak onderbelicht. Opvallend is de discrepantie tussen de arts die denkt dat patiënten gefrustreerd en weinig gemotiveerd zijn, en de patiënt die opgelucht en wel degelijk gemotiveerd is een actieve behandeling te volgen, maar vaak onvoldoende informatie krijgt om het volledige verhaal te begrijpen.

# 2. Inhoudstafel

## Inhoud

Beleving van huisarts en patiënt bij diagnostisch consult rond tendinopathie .....1

1. Abstract .....3

2. Inhoudstafel .....4

3. Inleiding .....6

3.1. Keuze van het onderwerp .....6

3.2. Relevantie voor de huisartsenpraktijk .....6

3.3. Doelstellingen .....6

3.4. Onderzoeksvragen .....6

3.5. Oriënterend literatuuronderzoek .....7

3.5.1. Huidige literatuur en richtlijnen .....7

4. Methode .....11

4.1. Ethisch comité .....11

4.2. Opzet van de studie .....11

4.3. Inclusie- en exclusiecriteria .....12

4.4. Dataverwerking .....12

5. Resultaten .....13

5.1. Resultaten interviews artsen .....13

5.1.1. Begrippen van diagnose en uitleg aan de patiënt .....13

5.1.2. Communicatie en ervaring patiëntenbegrip .....15

5.1.3. Management en aanpak in de eerste lijn .....15

5.1.4. Emotionele impact van diagnose en consult .....17

5.1.5. Verbeterpunten die artsen zelf benoemen .....18

5.2. Resultaten interview patiënten .....19

5.2.1. Begrip van diagnose .....19

5.2.2. Gevoel rond communicatie .....20

5.2.3. Gevoel rond management....20
5.2.4. Emotionele impact van diagnose....21
5.2.5. Verbeterpunten die patiënten zelf benoemen....22
6. Discussie....23
6.1. Vergelijking resultaten....23
6.1.1. Begrip van diagnose....23
6.1.2. Communicatie....23
6.1.3. Management....24
6.1.4. Emotionele impact diagnose....24
6.1.5. Verbeterpunten....24
6.2. Implicaties voor de praktijk....25
6.3. Sterkte- en zwakteanalyse....25
7. Conclusie....26
8. Dankwoord....27
9. Literatuurlijst....28
10. Bijlagen....30
10.1. Informed consent forms....30
10.1.1. Informatiebrief voor de artsen....30
10.1.2. Informatiebrief voor de patiënten....34
10.2. Goedkeuring Ethisch comité....40
10.3. Interview / Topic guide voor participanten....41
10.3.1. Interview / Topic guide voor artsen....41
10.3.2. Interview / Topic guide voor patiënten....43
10.4. Figuur 1: Demografische kenmerken participanten....46
11. Gebruik van AI....47

# 3. Inleiding

## 3.1. Keuze van het onderwerp

Tijdens de opleiding Huisartsgeneeskunde volgden we alle drie de master Sportgeneeskunde, Debbaut T. en Parmentier K. aan de Universiteit van Gent, Van Gucht L. aan die van Leuven. Alle drie hebben we dus een gezonde interesse in het bewegingsstelsel. De lessen over de pathofysiologie en behandeling van tendinopathieën wekten onze gezamenlijke interesse op en vormden dus ook de basis van onze masterproef. In deze kwalitatieve studie gaan we in gesprek met artsen en patiënten om een beter beeld te schetsen van de perceptie van tendinopathieën in de huisartsenpraktijk.

## 3.2. Relevantie voor de huisartsenpraktijk

Tendinopathie is een musculoskeletale aandoening die zowel bij atleten als bij niet-sporters frequent wordt gezien. (1) Tendinopathie heeft vaak op verschillende biopsychosociale manieren invloed op het dagelijks leven van de patiënt, zoals werk, geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven, zowel op persoonlijk als op professioneel vlak. (1,2) Studies tonen aan dat deze aandoening gepaard kan gaan met een verminderde arbeidsgeschiktheid en een lagere arbeidsproductiviteit, met name bij fysiek zwaar werk. (3) Huisartsen spelen een cruciale rol in het vroegtijdig herkennen en behandelen van tendinopathieën, aangezien zij vaak het eerste aanspreekpunt vormen. (4) Voldoende kennis en vaardigheden zijn cruciaal om tendinopathie effectief te diagnosticeren en behandelen, en om de patiënt te begeleiden naar het herstel. Dit onderzoek richt zich daarom op de kennis en ervaringen van zowel patiënten als huisartsen in het omgaan met tendinopathieën.

## 3.3. Doelstellingen

In deze studie wordt nagegaan wat zowel bij patiënten als bij artsen de beleving is van tendinopathie. Hierbij wordt de focus gelegd op het gevoel dat beide onderzoeksgroepen hadden tijdens de raadpleging bij de huisarts. Aan de hand van deze resultaten wordt gekeken wat de perceptie over het begrip van diagnose en beleid enerzijds en wat de emotionele impact, communicatie en hiaten anderzijds zijn. Door beide onderzoeksgroepen te spiegelen aan elkaar, wordt hierover een beeld geschetst en kan nadien gekeken worden welke interventies mogelijk zijn om beide groepen op dezelfde lijn te krijgen.

## 3.4. Onderzoeksvragen

Hoe ervaren artsen en patiënten de eerste consultatie omtrent de nieuwe diagnose van een tendinopathie?

a. Hoe legt de arts dit uit en hoe comfortabel voelt hij zich hierbij?

b. Hoe voelt de patiënt zich na de consultatie en waarover zou hij graag extra informatie gehad hebben?

## *3.5. Oriënterend literatuuronderzoek*

Om inzicht te krijgen in de huidige literatuur rond tendinopathie werden wetenschappelijke artikelen gezocht in de databanken Medline, Embase en Cochrane via de (MeSH) termen "*tendinopathy*", "*exercise therapy*", "*pain management*", "*patient education as Topic*".
Uit de zoekopdracht werden 23 artikels geselecteerd die relevant waren voor het ontstaansmechanisme, het klinisch beeld, de diagnostiek en de conservatieve behandeling van tendinopathie in de eerstelijns huisartsgeneeskunde. Daarnaast werden nationale en internationale richtlijnen omtrent tendinopathie geraadpleegd.

Om inzicht te krijgen in te krijgen in reeds gepubliceerd onderzoek rond onze studie opzet, werd in de databases Cochrane, Embase en Medline gezocht naar artikels via de MeSH termen "tendinopathy", "primary care" of "primary care physician", "qualitative research", "patient perception". Er werd ook op basis van de titel en "abstract" gezocht met behulp van dezelfde termen.
Uit de zoekopdracht werden 4 artikels bekomen en bestudeerd die voldoende relevant en vergelijkbaar waren met onze studie, namelijk artikels die door middel van kwalitatief onderzoek de ervaring van patiënten omtrent de diagnose van een tendinopathie in beeld brengen. Studies omtrent de perceptie van huisartsen naar de diagnose van tendinopathie toe, werden niet gevonden.

### 3.5.1. Huidige literatuur en richtlijnen

#### 3.5.1.1. Ontstaansmechanismen van tendinopathie

Wanneer een gezonde pees met een optimale load wordt belast, treden er structurele adaptaties op en zal de pees versterken. Dit adaptatieproces verloopt echter traag. Aangezien sport vaak hoge repetitieve load plaatst op peesstructuren, met al dan niet voldoende tijd voor herstel, zijn deze vatbaar voor weefselschade over tijd. (5,6) De kans op peesschade verhoogt bij aanwezigheid van andere risicofactoren zoals roken, medicatiegebruik (e.g. quinolone, cortisone, statine, aromatase inhibitoren), inflammatoire- (e.g. reumatoïde artritis) en/ of metabole aandoeningen (e.g. hypercholesterolemie, diabetes mellitus). (5,6) Overbelasting van een pees kan ook optreden wanneer een verzwakte pees met een 'normale' load wordt belast, bijvoorbeeld na een operatieve ingreep of periode van inactiviteit.

Het beschadigingsproces verloopt geleidelijk. Een 'zieke zone' binnen de pees wordt benoemd als tendinose. Wanneer deze tendinose ook gepaard gaat met pijn en functieverlies, spreekt men van tendinopathie. De exacte reden waarom een pees nu net faalt is tot op heden nog onvoldoende begrepen, net als het verband tussen structurele afwijkingen en effectieve symptomen bij de patiënt. Zo zijn sommige patiënten met ernstige structurele beschadiging eerder klachtenvrij, terwijl anderen met milde veranderingen forse pijn ervaren. (7) Ook is een 'zieke zone' in de pees – tendinose - nadien doorgaans blijvend zichtbaar op biopt of beeldvorming, zonder dat deze nog noodzakelijk klachten veroorzaakt. Deze discrepantie benadrukt het belang van een functionele en niet enkele structurele benadering bij het beoordelen en behandelen van een tendinopathie.

### 3.5.1.2. Klinisch beeld en diagnostiek

#### Symptomen

Patiënten rapporteren doorgaans een doffe pijn die blijft aanhouden tijdens belasting (e.g. lopen, springen), maar vermindert of zelfs volledig verdwijnt na adequate opwarming. De pijn is kenmerkend meer aanwezig in de ochtend, zeker wanneer daags voordien getraind werd. Ze houdt typisch enkele dagen aan vooraleer te verdwijnen met relatieve rust, om vervolgens weer uitgelokt te worden bij hernieuwde overbelasting (7,8).

#### Diagnostische aanpak

De diagnose tendinopathie is doorgaans klinisch te stellen. Drie belangrijke clues voor de clinicus zijn: (1) de patiënt zal een pijnzone aanduiden ter hoogte van een pees met één of twee vingers, (2) de pijn neemt toe bij belasting van de pees en (3) vermindert bij adequate opwarming. Gevoelige palpatie op klinisch onderzoek is sensitief maar weinig specifiek, terwijl reproduceerbare pijn bij belasting tegen weerstand de diagnostische waarschijnlijkheid wel verhoogt. Beeldvorming is bij een duidelijk klinisch beeld doorgaans niet noodzakelijk om de diagnose te bevestigen. Bij twijfel is echografie de eerste keuze; MRI kan nuttig zijn bij dieper gelegen pezen of vermoeden van geassocieerde letsels.

### 3.5.1.3. Behandeling

#### Progressieve oefentherapie en load management

De aanpak bij een tendinopathie is gebaseerd op algemene principes. (5, 10, 11) Hierbij ligt de focus initieel voornamelijk op het verminderen van de pijn, met als doel het herstel van peescapaciteit mogelijk te maken. Tijdens dit herstel wordt progressief kracht, uithouding en plyometrie opgebouwd, om uiteindelijk te eindigen met sportspecifieke loading. De algemene principes gelden voor een “simpele” tendinopathie, waarbij geen rekening gehouden wordt met een bursopathie of andere vaak gelijktijdig voorkomende aandoeningen. Hoewel ze grotendeels gebaseerd zijn op evidentie uit studies van de onderste ledematen, worden ze momenteel breed toegepast, ook bij tendinopathieën van het bovenste lidmaat. Specifieke aanpassingen kunnen hierbij gemaakt worden gezien de lagere absolute belasting en hogere motorische controle in deze regio’s, maar de algemene aanpak is actueel dezelfde. (5,10,11)

#### Relatieve rust en isometrische oefeningen

Bij sterk geïrriteerde pezen is een korte periode van relatieve rust vaak aangewezen om overbelasting te reduceren en pijn te verlichten. (10,11) Het doel hierbij is om peescapaciteit te behouden en disuse-effecten te vermijden. Relatieve rust betekent doorgaans het aanpassen van activiteiten (bijv. fietsen i.p.v. lopen), of het beperken van bewegingen tot binnen een verdragen range of motion. Aangehouden isometrische contracties (tot ca. 45 seconden) kunnen aanvullend helpen bij het reduceren van pijn, met effecten zichtbaar na enkele dagen tot weken, afhankelijk van de complexiteit van het klinisch beeld. (12)

#### Kracht- en uithoudingstraining

Nadien heeft de rehabilitatie als doel om de capaciteit van de pees te verhogen tot dewelke nodig is binnen de specifieke sport van de atleet. Hierbij wordt initieel ingezet op kracht- en uithoudingstraining. De keuze voor een specifiek type spiercontractie (isometrisch, concentrisch, excentrisch) is minder doorslaggevend, aangezien verschillende vormen van progressieve belasting een vergelijkbare effectiviteit tonen. (13) Wel is het essentieel om de trainingsbelasting geleidelijk op te bouwen en continu af te stemmen op de individuele respons. Belangrijk is om te beseffen dat pezen gevoeliger worden voor belastingspieken bij toename van snelheid of gewicht. Voldoende herstel tussen sessies is hierbij cruciaal, aangezien pees remodellering doorgaans 48 uur in beslag neemt.

## Pijnmonitoring en educatie

Tijdens het trainingsprogramma kunnen klachten tijdelijk verergeren. Dit dient zorgvuldig gekaderd te worden: pijn tijdens belasting is geen absolute contra-indicatie, maar een gekend en verwacht fenomeen binnen het herstelproces. (11, 14) Een symptomatische tendinose kan namelijk evolueren naar een asymptomatische en functioneel belastbare toestand, op voorwaarde dat de pees adequaat en gericht wordt belast. Net deze belasting kan in de beginfase, wanneer de peescapaciteit nog beperkt is, tijdelijk pijn uitlokken. Een te sterke reductie van de belasting met het doel om pijnvrij te trainen leidt doorgaans tot een onvoldoende mechanische stimulus voor peesadaptatie. (15) Hierdoor neemt de belastbaarheid van de pees onvoldoende toe, wat bij hervatting van sportspecifieke activiteiten het risico op recidief aanzienlijk vergroot. Pijn tijdens het trainingsprogramma dient dan ook niet strikt vermeden te worden, maar eerder zorgvuldig gemonitord. Educatie van de patiënt over de rol en het verwachte verloop van pijn binnen het hersteltraject is hierbij essentieel om ongewenst vermijdingsgedrag (fear-avoidance) te voorkomen. Tegelijk moet escalatie van klachten tijdig worden herkend, zodat het programma kan worden aangepast. Een praktisch hulpmiddel hierbij is het gebruik van een pijnmonitoringsmodel (16) waarbij patiënten hun pijnscores (NRS 0–10) rapporteren tijdens, onmiddellijk na en op de dag volgend op de belasting. Een score ≤5/10 wordt doorgaans als aanvaardbaar beschouwd. Belangrijk is op te merken dat pas op de dag na de belasting finaal beoordeeld kan worden of de stimulus adequaat was. De patiënt(e) kan als leidraad gebruiken dat hij/zij de volgende dag het oefenprogramma steeds correct moet kunnen verderzetten. Als de gebruikelijke oefeningen niet meer correct kunnen worden uitgevoerd (e.g. door pijninhibitie), wijst dit op een te hoge belasting (de dag voordien) en moet het programma worden aangepast. (17)

## Plyometrische belasting, sportspecifieke belasting en return to sport

Wanneer de patiënt tijdens kracht- en uithoudingstraining geen reactiviteit meer vertoont ter hoogte van de pees, kan worden overgegaan naar meer geavanceerde vormen van belasting, met als eerste plyometrische oefeningen. (5,10,18) Aangezien deze fase gepaard gaat met aanzienlijke piekbelastingen op het peesweefsel, worden deze oefeningen bij voorkeur beperkt tot 2 à 3 sessies per week. (10,18) Enkel wanneer de patiënt deze oefeningen goed verdraagt, wordt verdere progressie toegestaan naar de volgende fase: geleidelijk integreren van sportspecifieke activiteiten. (10,18,19) Het blijft daarbij belangrijk om voldoende hersteltijd tussen de belastingsmomenten te voorzien om voldoende weefselremodellering mogelijk te maken. (18,19) Het uiteindelijk bepalen

wanneer iemand opnieuw klaar is voor een hervatting van de sport gebeurt idealiter op basis van functionele criteria.

#### 3.5.1.4. Vergelijkende studies

In de kwalitatieve studie van Turner et al. (20) werd de ervaring van personen met achillespeestendinopathie kwalitatief onderzocht. Er werden semi-gestructureerde interviews afgenomen bij 15 deelnemers (8 mannen en 7 vrouwen) uit een gespecialiseerd sport- en revalidatiecentrum in Melbourne, Australië. Overbelasting of overtraining werd door de meesten gezien als de voornaamste oorzaak van hun klachten. Volgens de anderen was de oorzaak een gebrek aan fitheid of onvoldoende hersteltijd. Er was veel onduidelijkheid over waarom de klachten niet verdwenen. Er werd frequent aangehaald dat men tegenstrijdige adviezen kreeg met een gebrek aan concrete en duidelijke uitleg van de zorgverleners. Fysieke activiteiten werden vermeden door angst voor toenemende schade. Dit leidde tot gevoelens van machteloosheid en verlies van controle. De impact van de klachten bleek niet enkel fysiek, maar ook psychosociaal aanwezig te zijn. De aandoening beperkte dagelijkse routines en activiteiten. Veel deelnemers ervaren frustratie, somberheid en krijgen minder vertrouwen, wat voor minder levenskwaliteit zorgt. Oefentherapie werd vaak voorgeschreven, maar werd in de minderheid van de gevallen gezien als de meest effectieve behandeling van de klachten. Het werd vaak gezien als saai en traag in resultaat. Dit leidde dan ook tot verminderde therapietrouw. De eerder passieve behandelingen, zoals dry needling en massage, kregen meer vertrouwen. Het merendeel van de patiënten bleef toch optimistisch. Ze geloofden dat, mits volharding en oefeningen, herstel mogelijk was. De anderen zagen de toekomst minder rooskleurig en waren overtuigd dat hun tendinopathie blijvend was.

De studie van Mc Auliffe et al. (21) onderzocht kwalitatief de percepties en ervaringen van personen met achillespeestendinopathie voorafgaand aan een interventiestudie die het effect van oefentherapie op het peesprobleem bestudeerde. Data werden verzameld door semi-gestructureerde interviews bij 8 personen (6 mannen en 2 vrouwen). Voor velen, vooral sportieve deelnemers, betekende het niet meer kunnen sporten een groot verlies van identiteit en eigenwaarde. De frustratie over deze beperkingen was een terugkerend thema. Ook over het behandelproces bestond onvrede. Deelnemers ervoeren de informatie die zij van zorgverleners kregen als tegenstrijdig en onduidelijk, wat leidde tot verwarring en wantrouwen. Net zoals in bovenstaande studie (20) kregen passieve behandelingen de voorkeur, omdat oefentherapie als weinig effectief en traag werd gezien. De kennis over oorzaak en aanpak van achillespeestendinopathie verschilde sterk. Een deel van de deelnemers schreven de klachten toe aan verkeerd schoeisel of overbelasting, terwijl de anderen dachten dat de oorzaak ouderdom was of te weinig spierkracht. Ondanks dat rust weinig tot verbetering leidde, werd dit vaak gezien als essentieel tijdens het herstel. Sommigen vermelden dat er angst was voor blijvende schade aan de pees of een mogelijke peesruptuur, wat de factor rust dan weer bevorderde. Toch bleven de meeste participanten hoopvol over herstel. Ze spraken over genezing vanaf ze pijnvrij konden gaan lopen. Deze combinatie van verschillende factoren zoals angst, hoop en frustratie, tonen aan dat er duidelijk een grote psychosociale factor aanwezig is bij patiënten met tendinopathie. Er is nood aan een holistische en patiëntgerichte begeleiding.

De kwalitatieve studie van Philips et al. (22) onderzocht, aan de hand van semi-gestructureerde interviews, welke mechanismen de therapietrouw van de behandeling van achillespeestendinopathie beïnvloeden. De 30 participanten werden over een periode van 52 weken opgevolgd. De mechanismen werden onderverdeeld in vier thema's. Eerst en vooral het 'tendinopathie paradigma'. Hiermee wordt bedoeld dat het van noemenswaardig belang is dat de patiënt de kennis over zijn klachten moet begrijpen zodat hij pijn en belasting als beheersbaar kan zien. Ook werd 'zelfmanagement' als cruciaal ervaren. Het is noodzakelijk voor de patiënt om zijn oefeningen te integreren in zijn dagelijks leven ondanks een drukke agenda en om te leren welke belastingen in welke mate hij mag gaan uitvoeren. Een goede therapeutische relatie tussen patiënt en zorgverlener is ook van cruciaal belang. Regelmatige adviezen en controles zijn essentieel. Ten slotte is het belangrijk om het functioneel vermogen te behouden waarbij de patiënt zijn dagelijkse activiteiten vlot kan blijven uitvoeren. Resultaat moet gedefinieerd worden als functionele verbetering en niet als volledig verdwijnen van de klachten.

Ruffino et al. (23) ging de perceptie, ervaringen en overtuigingen onderzoeken van personen met een patellapeestendinopathie die een revalidatieprogramma hadden gevolgd. Dit werd gedaan door semi-gestructureerde interviews van 8 mannelijke participanten. De voornaamste reden om een zorgverlener te consulteren omtrent hun klachten was door de toename van pijn waardoor ze hun fysieke activiteiten moesten gaan verminderen. Om de motivatie en het geloof in het revalidatieprogramma te bevorderen kwamen verschillende factoren naar boven die cruciaal waren: educatie, duidelijk en gedetailleerd advies bij de start van het programma, uitleg over pijn met aanvaardbare scores van ongemak en de voordelen van progressief opbouwen van de actieve oefentherapie. Factoren zoals de eenvoud van het revalidatieprogramma, consequente begeleiding en educatie door fysiotherapeuten en oefensessies onder toezicht waren doorslaggevend om de therapietrouw te bevorderen. Het geleidelijk aan verbeteren van de symptomen was ook een motiverende factor om het oefenprogramma verder te zetten.

# 4. Methode

## *4.1. Ethisch comité*

De studieopzet werd voorgelegd aan en goedgekeurd door (bijlage 10.2.) een onafhankelijke ethische commissie, verbonden aan de Universiteit Gent.

## *4.2. Opzet van de studie*

Er werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode op basis van grounded theory. Data werden verkregen via semigestructureerde interviews die plaatsvonden tussen december 2025 en februari 2026. Zes artsen en zeven patiënten werden gecontacteerd via de groepspraktijken waar wij als huisarts in opleiding aan de slag zijn. Enerzijds werden de huisartspraktijken mondeling aangesproken en kregen de artsen een formulier van geïnformeerde toestemming (Bijlage 10.1.1.). Anderzijds werden patiënten via het uitselecteren van lijsten telefonisch gecontacteerd. Ook zij werden ingelicht over het onderzoek en kregen een formulier van geïnformeerde toestemming (Bijlage 10.1.2.). Alle interviews gingen door in een apart kabinet in de huisartsenpraktijken zonder

externe aanwezigen en werden afgenomen door drie mannelijke huisartsen in opleiding, allen student aan de Universiteit Gent. Geen van de interviewers had reeds een connectie met de geselecteerde patiënten of artsen voor de start van het onderzoek. Een lijst van relevante vragen en subvragen voor beide doelgroepen (Bijlage 10.3.1. en 10.3.2.) werd opgesteld. Voorafgaand aan het onderzoek werd toelichting gegeven over de opzet van het interview en werd het formulier van geïnformeerde toestemming ondertekend. Elke onderzoeker nam twee semigestructureerde interviews af bij de groep van artsen. Voor de groep van patiënten namen Parmentier K, Van Gucht L. en Debbaut T. respectievelijk vier, twee en één interviews af met patiënten. De gesprekken werden opgenomen met audiorecorders via de telefoon. Een interview nam ongeveer 20-30 minuten in beslag. Tijdens de gesprekken werden geen extra notities gemaakt.

## *4.3. Inclusie- en exclusiecriteria*

Artsen van verschillende leeftijden en geslacht werden geselecteerd om een zo algemeen mogelijk beeld te kunnen vormen. Het enige inclusiecriterium bij deze groep was dat het een arts was die op het moment van de interviews actief zijn beroep beoefende.

Ook bij de groep van patiënten werd gepoogd een spreiding in leeftijd en geslacht te bekomen. Patiënten tussen 18-65 jaar werden gezocht. Deze dienden te lijden aan een tendinopathie specifiek gaande over de achillespees, patellapees, gluteuspezen, elleboogpezen. Vervolgens diende er pijn- of functieverlies aanwezig te zijn.

Deelnemers met geassocieerde pathologieën zoals bursitis werden geëxcludeerd van deze kwalitatieve studie. Traumatische peesklachten werden alsook niet opgenomen in de studie. Tot slot werden kinderen, ouderen en patiënten uit gespecialiseerde zorginstellingen eveneens niet geselecteerd.

Zes artsen en zeven patiënten werden geïnterviewd. Alle afgenomen interviews werden opgenomen in deze studie.

## *4.4. Dataverwerking*

Vervolgens werden de opgenomen gesprekken beluisterd en uitgetypt door onderzoeker Debbaut T. De uitgeschreven versies werden herlezen door de andere 2 leden van de onderzoeksgroep. Nadien werden door Debbaut T. de uitgeschreven versies gecodeerd. Voor elke doelgroep werd op voorhand een onderverdeling met vijf hoofdcategorieën gemaakt. Er werden dus 2 codelijsten opgesteld. De gemeenschappelijke codelijsten werden later verwerkt via MAXQDA, het softwareprogramma voor kwalitatief onderzoek aan de Universiteit Gent. Van Gucht L. spitste zich nadien toe op de interviews met artsen, Parmentier K. deed hetzelfde met de codelijst gebaseerd op de interviews met patiënten.

# 5. Resultaten

De tabel van de demografische gegevens van de deelnemers kan terug gevonden worden bij de bijlagen op figuur 1.

## *5.1. Resultaten interviews artsen*

### 5.1.1. Begrippen van diagnose en uitleg aan de patiënt

**Tendinopathie wordt primair gezien als een belastingprobleem (mismatch tussen belasting en capaciteit), vooral uitgelokt door sport en repetitief werk.**

In vrijwel alle interviews werd tendinopathie in eerste instantie gekoppeld aan overbelasting of een mismatch tussen wat het lichaam (tijdelijk) aankan en wat gevraagd wordt, met typische contexten zoals te snelle trainingsopbouw of repetitieve belasting op het werk

> *"Mensen die te snel te veel willen doen, en dan begint het conflict tussen wat hun lichaam aankan en de activiteit die ze uitvoeren." - arts 1*
> *"Bij sporters gaat het over verkeerde training en verkeerde opbouw, duw overbelasting. Bij andere patiënten kijken we of er andere biomechanische redenen zijn waarom een bepaalde spiergroep pijn doet." - arts 3*
> *"Dat kunnen verschillende problemen zijn, maar het eerste waar je aan denkt is overbelasting." - arts 6*

**Een deel van de artsen gebruikt expliciet inflammatoire terminologie in de probleemdefinitie.**

Naast het "mismatch"- of "overbelasting"-kader benoemden meerdere artsen de aandoening ook als een ontsteking van de pees

> *"Voor mij is dat peeslijden. Gewoon, ontsteking van een pees." - arts 4*
> *"Een ontsteking door overbelasting van de pees." - arts 5*

**Uitleg aan patiënten vertrekt vaak vanuit 'de oorzaak zoeken' en het verband leggen met het verhaal van de patiënt (sport/werk), met variatie in explicitering en detaillering.**

Wanneer artsen beschrijven hoe ze de diagnose doorgaans uitleggen aan de patiënt, ligt de nadruk vaak op het linken van klachten aan context en uitlokkende factoren (zoals trainings- en beroepsbelasting), eerder dan op één uniform standaardverhaal.

> *"Ik denk dat je eerst en vooral moet beginnen met de anamnese en kijken wat het verhaal is bij die patiënt. Op basis daarvan kan je uitleg geven dat het bijvoorbeeld komt doordat iemand repetitief op het werk bepaalde bewegingen moet doen. Of gigantisch lang moet rechtstaan, of een loper is die in één keer met goede voornemens veel te snel en veel te hevig heeft opgebouwd. Dat zijn allemaal situaties die tendinopathie kunnen veroorzaken. Op basis van dat verhaal geef je uitleg." - arts 6*
> *"Ik leg uit waar het vandaan komt. Ik ga na wat het sportniveau is, welke soort job iemand doet. Als het biomechanisch is, probeer ik dat te linken en oorzaak en gevolg uit te leggen." - arts 3*

**Visuele ondersteuning is een frequent gebruikte communicatiestrategie, maar de mate van 'tooling' verschilt.**

Verschillende artsen geven aan visuele hulpmiddelen te gebruiken (schetsen, afbeeldingen, modellen) om de anatomische lokalisatie en het mechanisme te verduidelijken. De gebruikte middelen variëren van "kleine schetsen" tot routinematig werken met online afbeeldingen en praktijkmodellen. Eén arts vermeldt ook het meegeven van informatie van het NHG.

*"Soms kleine schetsen, maar verder niks groots. Geen uitgebreide tekeningen of iets dat ik specifiek opzoek." - arts 1*
*"Constant. Ik gebruik vaak Google-afbeeldingen van spiergroepen, pezen, aanhechtingen en gewrichten. Van daaruit begin ik uit te leggen waar het probleem zit." - arts 3*
*"We hebben hier ook een kniemodel en een schoudermodel." - arts 6*

**Het kaderen van pijn tijdens herstel wordt niet consistent aangeboden: van 'stoppen bij pijn' tot 'pijn kan erbij horen', en soms expliciet onderbelicht.**

Op de vraag of men iets vertelt over "pijn bij belasting tijdens het herstel" geven artsen uiteenlopende antwoorden. Enkele artsen benoemen dat het thema weinig aan bod komt bij hen (omdat men er "niet altijd aan denkt" of omdat er al veel informatie wordt gegeven). Andere artsen kaderen pijn eerder normatief (stoppen zodra het pijn doet) of beschrijven de pijn als moeilijk objectiveerbaar, waarbij vooral het pijnverloop en functionaliteit belangrijk zijn.

*"Nee, dat is misschien wat onderbelicht. Ik denk er niet altijd aan." - arts 1*
*"Tijdens sporten geldt dat ze stoppen zodra ze pijn voelen." - arts 2*
*"Ik peil wel naar een pijnscore, maar ik geef geen advies over een maximale score. Misschien omdat ik daar zelf te weinig houvast in heb." - arts 3*
*"Maar over pijn tijdens de behandeling, of dat fluctuerend kan zijn, daar sta ik eigenlijk niet bij stil." - arts 5*

**Prognose wordt vaak als 'langdurig' benoemd, maar met grote spreiding in concrete tijdsinschattingen en met terughoudendheid om te 'beloven'.**

Wanneer artsen beschrijven welke vooruitzichten te meegeven, wordt herstel regelmatig als "maanden of "lang verhaal" omschreven, met verschillende concrete termijnen (van minimaal een maand tot zes weken of zelfs negen maanden). Een arts geeft expliciet aan liever geen specifieke termijn te plakken, en een andere wil initieel bewust "open" zijn om fixatie op het probleem te vermijden.

*"Het kan lang aanslepen, soms zelfs negen maanden." - arts 1*
*"Ik laat dat in het begin open." - arts 2*
*"Dat durf ik niet beloven. Ik zeg wel altijd dat het langer kan duren en dat ze zelf hun best moeten doen, maar ik durf daar nooit een specifieke termijn of vooruitzicht op plakken." - arts 6*
*"Ik denk dat het niet duidelijk genoeg is dat dit soms een probleem is van lange adem. Dat ze denken: een paar dagen een pilletje en het is opgelost. En ik denk dat ik zelf ook te weinig benoem dat het ook wel lang kan duren." - arts 5*

**Richtlijngebruik is niet eenduidig: van 'geen richtlijn kennen' tot opportunistisch opzoeken (Google/NHG/Practicenet) en nascholing**

Artsen beschrijven een breed spectrum: sommigen kennen geen concrete richtlijn of vinden richtlijnen moeilijk snel terug, terwijl anderen aangeven online te zoeken (bv. via Google) of te werken met NHG-standaarden en ebpracticenet. Ook nascholing wordt genoemd als bron, eerder dan systematisch richtlijnen consulteren per casus.

*"Ze bestaan vast wel, maar ik ken er geen concreet." - arts 1*
*"Via Google bijvoorbeeld "tendinopathie". Dan zoek ik naar de juiste sites, vaak universitair of betrouwbaar materiaal." - Arts 4*
*"Meestal via de NHG, of via ebpracticenet." - arts 5*

### 5.1.2. Communicatie en ervaring patiëntenbegrip

**Zelfzekerheid en 'comfort' in uitleg varieert en wordt gelinkt aan ervaring, tijd en (bij sommigen) bijkomende sportgeneeskundige vorming**

Sommige artsen omschrijven zichzelf als "volledig comfortabel" om tendinopathie uit te leggen. Andere geven aan dat het onderwerp soms opgefrist moet worden, of dat tijdsdruk het verdiepen beperkt. Eén arts benoemt expliciet dat het locomotorisch stelsel onvoldoende kwalitatief aan bod kwam in de basisopleiding, en dat een bijkomende sportgeneeskundige vorming daardoor helpt.

> *"Als ik meer tijd had, zou ik er wel meer over opzoeken." - arts 3*
> *"Ik voel mij daar redelijk comfortabel bij. Maar ik ben niet altijd even goed thuis in de sportproblematieken. Orthopedie en fysiotherapie zijn wat minder mijn branche. Ik zie dat ook iets minder, omdat dat vanuit het secretariaat vaak meer getriggerd wordt naar collega's die dat liever doen." - arts 5*
> *"Theoretisch zijn we sterk, maar op het locomotorisch stelsel zijn we daar niet goed opgeleid geweest." en "Ik ben sportgeneeskunde beginnen bijdoen en ik leer daar veel uit." - arts 6*
> *"Ik voel me volledig comfortabel." - arts 4*

**Artsen ervaren dat patiëntenbegrip sterk patiëntafhankelijk is; sporters begrijpen doorgaans beter, en visualisatie helpt om verwachtingen te 'verankeren'.**

Waar het begrip van patiënten besproken wordt, wordt een terugkerend onderscheid gemaakt tussen sporters (vaak beter begrip en meer bereidheid tot actie) en minder sport-georiënteerde patiënten (meer focus op snelle pijnreductie). Daarnaast wordt herhaaldelijk genoemd dat visueel voorstellen (tekening/beeld/model, anatomische lokalisatie aanduiden) het begrip en verwachtingsmanagement ondersteunt

> *"Ja, dat hangt af van de patiënt. Sommigen begrijpen het goed, vooral sporters, en kunnen doen wat gevraagd wordt. Anderen, zoals mensen die weinig met sport bezig zijn, focussen vooral op pijn en willen die snel weg, minder op de oorzaak of behandeling op lange termijn." — Arts 2.*
> *"Als ze het visueel kunnen voorstellen, gaat het beter." — Arts 1.*
> *"De anatomische plaats aanwijzen: 'daar is je probleem.'" — Arts 1.*

**Vaak voorkomende patiëntmisvattingen situeren zich rond 'pijn = schade' en 'niets meer mogen doen', naast beperkte kennis over oorzakelijke factoren.**

Meerdere artsen beschrijven als frequente misvatting dat patiënten denken dat bewegen niet mag zodra het pijn doet, vaak gekoppeld aan angst om schade te verergeren. Daarnaast wordt ook een "gebrek aan kennis" over oorzakelijke factoren benoemd, of het onderschatten van samenhang in het lichaam (bv. biomechanica).

> *"Ja, vaak denken ze: als het pijn doet, mag je niet bewegen."- Arts 1*
> *"Ja, ze denken dat ze niets mogen doen." — Arts 2*
> *"Nee, niet echt klassieke misvattingen. Eerder een gebrek aan kennis." — Arts 3*
> *"Ja. Mensen onderschatten hoe alles in het lichaam samenhangt. Je moet de volledige keten bekijken." – Arts 6*

### 5.1.3. Management en aanpak in de eerste lijn

**De voorkeursaanpak is meestal 'actief' en procesmatig, maar de concrete invulling (rust, kinesitherapie, medicatie, infiltratie) verschilt tussen artsen.**

Als "beste keuze" bij een overbelastingsprobleem van een pees noemen artsen frequent een actieve aanpak met oefentherapie en/of begeleiding door kinesitherapeut, vaak gecombineerd met load

management en “relatieve rust” (niet volledig immobiliseren). Tegelijk beschrijven sommige artsen ook medicatie (NSAID) als onderdeel van hun standaardaanpak, en wordt infiltratie door sommigen overwogen.

> *“Niet iedereen staat daar voor open, maar dat merk je snel. Toch blijft actieve oefentherapie mijn eerste keuze.” – Arts 3*
> *“Relatieve rust: niet volledige immobilisatie.” — Arts 1.*
> *“Ik stuur patiënten meestal door naar de kinesist.” — Arts 2.*
> *“Sowieso de uitlokkende factor stopzetten. Daarnaast start ik vaak met NSAID’s, en afhankelijk van de patiënt kies ik dan bijvoorbeeld ibuprofen 600 mg of diclofenac 75 mg tweemaal per dag. En dan al dan niet kinesitherapie.” – Arts 5*
> *“Een infiltratie stel ik ook voor, maar pas in tweede instantie. Ik infiltreer niet meteen; eerst laat ik zien wat op natuurlijke wijze kan genezen” en “: Schouders, ellebogen, trochanter... dat zijn mijn specialiteiten. Daar voel ik me capabel om te infiltreren”. – Arts 3*
>
> *“Ik laat zeker eerst vier tot zes weken andere opties proberen, vooraleer ik zou infiltreren.”- Arts 6*

**Artsen sturen hun beleid bij op basis van patiëntprofiel en context, met prominente rol voor (on)mogelijkheden rond tijd en financiën.**

In de subvragen rond determinanten van keuze komen herhaaldelijk factoren terug zoals sportiviteit/activiteitsniveau, verwachtingen, werkcontext, en vooral praktische drempels zoals tijd en kostprijs. Indien oefentherapie of kine moeilijk haalbaar is (financieel of organisatorisch), beschrijven artsen een verschuiving naar meer “ondersteunende” of afwachtende maatregelen.

> *“De kostprijs van kinesitherapie en tijdsinvestering vormen een grote drempel. Sommige mensen kunnen dat gewoon niet betalen.” – Arts 3*
> *“Dan geef ik liever oefeningen mee die ik online kan afdrukken, in plaats van hen specifiek naar de kinesist te sturen.” – Arts 5*

**Wanneer effect verwacht wordt en wanneer ‘opschalen’ gebeurt, varieert: herbeoordeling na weken, maar ook pas na maanden; infiltratie/echo vooral bij persisterende problemen.**

Wanneer artsen spreken over evaluatietermijnen en alternatieve behandelingen, komen zowel kortere evaluatiemomenten (enkele weken) als langere vensters (meerdere maanden) voor. Opschalen naar andere interventies (bv. infiltratie) wordt door sommige artsen pas “na eerst andere opties” overwogen. In dit kader noemt één arts ook het inzetten van echografie om ernst/onderliggende problematiek te beoordelen.

> *“Meestal spreek ik af tussen de drie a vier weken” – Arts 5*
> *“Zes tot acht weken is nodig vooraleer er echt effect is.” — Arts 6.*
> *“Als klachten blijven aanslepen en er geen verbetering is, ga ik dat herbekijken. Voor drie maanden doe ik geen infiltratie, maar rond zes maanden wel.” – Arts 3*
> *“Als er geen beterschap is na een maand dan laat ik een echo doen. Om eens te kijken hoe of wat. En dan eventueel te bekijken of een infiltratie nuttig kan zijn, afhankelijk van waar de tendinopathie zit.” – Arts 5*

**Er is vaak (ten minste initieel) frictie tussen artsvoorkeur en patiëntverwachting: vraag naar ‘passieve’ en snelle oplossingen.**

Artsen beschrijven regelmatig dat patiënten medicatie, infiltratie of “iets tegen de pijn” verwachten en dat het “grotere plaatje” (actieve aanpak, levensstijlaanpassingen, tijd) moeilijker te verkopen is. Ook worden verschillen naar opleidingsniveau/gezondheidsvaardigheden genoemd in hoe realistisch patiënten de aanpak inschatten.

> *“Sommige mensen komen alleen voor medicatie of een infiltratie omdat dat in hun hoofd zit” — Arts 1.*
> *“Vaak willen mensen liever een pilletje of een snelle oplossing.” — Arts 3.*
> *“Ze denken misschien: ik krijg iets tegen de pijn en het gaat over.” en “Mensen die lager geschoold zijn verwachten meer pilletjes en een onmiddelijke oplossing.” — Arts 2.*

**Overtuigen gebeurt vooral via educatie, mechanistische uitleg en prognosekadering, soms met analogieën en actieve opvolging.**

Wanneer artsen beschrijven hoe ze patiënten overtuigen, komt educatie terug als kernstrategie: uitleg dat activatie/herstel tijd vraagt, dat "stilvallen" niet helpt, en dat recidief/chronificatie dreigt zonder aanpak. Er worden ook beeldende analogieën gebruikt en sommige artsen benoemen proactieve follow-up (bijvoorbeeld na enkele weken contact opnemen).

> *"Uiteindelijk ligt de keuze bij hen." — Arts 1.*
> *"Proberen uit te leggen: je mag niet stilvallen, anders belast je de andere kant of kun je je werk niet meer doen. " – Arts 2*
> *"Vooral door uitleg te geven over de toekomst: wat ze nog kunnen verwachten, en welke problemen zich kunnen blijven voordoen als het niet goed wordt aangepakt." – Arts 3*
> *"Ik zeg soms letterlijk: als je een pijnstiller neemt, behandel je de pijn, maar niet de oorzaak. Dat is zoals een gebroken been behandelen met pijnstilling zonder gips aan te leggen. — Arts 6.*
> *"Als ik iemand naar de kinesist verwijs, neem ik soms na twee à drie weken contact op en vraag ik hoe het loopt." – Arts 6*

**Motivatie en volhouden worden als onzeker en fragiel ervaren; drempels zijn vooral kosten, tijd, discipline, toegang tot geschikte kine en 'mentaliteit'.**

Artsen geven aan dat motivatie na het consult variabel is, en dat praktische factoren zoals snelle toegang tot kinesitherapie en de aanpak van de kinesist mee bepalen of men "in actie schiet". Voor therapietrouw op lange termijn worden barrières genoemd zoals financiële drempels, tijd/doordeweekse drukte, discipline, en moeilijkheden in het aanvaarden van de eigen rol in herstel.

> *"Financiën kunnen een drempel zijn." en "Het feit dat van hen verwacht wordt dat ze de oefeningen blijven doen. Dat vergt inzet en discipline. Sommigen kunnen dat makkelijk opbrengen, anderen leren het, en sommigen zullen het nooit volhouden." – Arts 1*
> *"Tijd, drukte, discipline." — Arts 2*
> *"Een doos ibuprofen kost niets. Een kinesist wel. Een zalfje smeren is makkelijk." – Arts 3*
> *"De mentaliteit die ik vaak zie: ik kom met een probleem bij de arts en die lost het op. De eigen verantwoordelijkheid en rol in het herstelproces worden vaak niet gezien. Dat is cultureel gebonden en vraagt een kentering."— Arts 6.*

### 5.1.4. Emotionele impact van diagnose en consult

**Opluchting over 'weten wat het is' staat naast frustratie over traag herstel en de nood aan eigen inspanning.**

Artsen verwachten dat een deel van de patiënten opgelucht is zodra er een verklaring is, maar tegelijk emotioneel belast wordt wanneer verbetering traag gaat of wanneer de patiënt een groot aandeel in het herstelproces krijgt.

> *"Veel mensen zijn opgelucht dat ze weten wat het probleem is." — Arts 2.*
> *"Veel patiënten zijn niet volledig tevreden, omdat het meeste werk bij henzelf terechtkomt." — Arts 1.*
> *"En frustratie dat het lang gaat duren. Het is nooit een quick fix." — Arts 6.*

**Sporters (zeker competitief) worden door artsen vaker als gefrustreerd ingeschat door beperkingen en onderbreking van trainingsdoelen.**

De emotionele impact wordt door meerdere artsen gekoppeld aan de patiëntcontext: fanatieke (competitie)sporters zouden de beperking en tijdelijke sportstop moeilijker verdragen dan recreatieve sporters.

*"Ja, fanatieke sporters vinden dat niet leuk. Recreatieve sporters of mensen die minder actief zijn, hebben er meestal geen probleem mee. — Arts 4.*
*"Dat past niet in hun schema, dus meestal zijn ze gefrustreerd." — Arts 4.*

**Een contrasterende inschatting is dat sommige patiënten het probleem minimaliseren en met 'het zal wel overgaan' buitengaan.**

Niet alle artsen verwachten frustratie; één arts beschrijft dat patiënten ook kunnen buitengaan met de gedachte dat rust/medicatie volstaat en dat het vanzelf overgaat.

*"Nee, ik denk dat ze gewoon naar buiten stappen en denken: oké, ik ga hier medicatie nemen en dat zal wel opgelost geraken. Ik heb niet het gevoel dat ze gefrustreerd of ontmoedigd naar buiten gaan." — Arts 5.*

### 5.1.5. Verbeterpunten die artsen zelf benoemen

**Meer (en consequenter) inzetten op visuele en educatieve hulpmiddelen wordt gezien als kans om actieve aanpak en begrip te versterken.**

Als verbeterpunt noemen artsen expliciet het gebruik van meer visual aids, en daarnaast het beschikbaar hebben van "plaatjes" of eventueel video's/oefenfilmpjes als ondersteuning bij uitleg en beleid.

*"Misschien meer visual aids gebruiken." — Arts 1.*

*"Misschien wat plaatjes of zo… Ik zou dat eigenlijk kunnen opzoeken, maar ik doe dat niet altijd" — Arts 2*
*"Ik denk luidop, maar ik geef soms filmpjes mee met oefeningen, bijvoorbeeld bij vertigo. Voor bepaalde klassieke tendinopathieën zou dat ook nuttig kunnen zijn. Dat ze oefeningen kunnen zien en weten waar ze op moeten letten. Misschien bestaat dat al, maar ik gebruik het nu nog niet." – Arts 3*

**Duidelijker kaderen dat herstel lang kan duren en explicieter spreken over 'pijn (en schommelingen)' wordt als gemiste kans in het eerste consult genoemd.**

Eén arts benoemt expliciet dat het langer durende karakter van tendinopathie te weinig expliciet wordt gemaakt, en dat ook de pijn die men mag ervaren beter benoemd zou moeten worden.

*"Dat ik duidelijker zeg dat het lang kan duren vooraleer het opgelost is. Dat benoem ik echt te weinig." en "Ook de pijn die ze mogen ervaren is iets wat ik beter zou moeten benoemen in een eerste consult." — Arts 5*

**Opvolging en grondigheid van het klinisch onderzoek worden genoemd, maar botsen op tijd en routine.**

Als verbeterpunten worden ook genoemd: meer aandacht voor opvolging (zeker wanneer patiënten niet spontaan terugkomen) en ruimer/grondiger klinisch onderzoek (bv. statiek), waarbij tijd tekort kan schieten en onderzoek "te snel en te oppervlakkig" wordt.

*"Misschien beter aandacht besteden aan de opvolging. Ik verlies dat soms uit het oog als ze niet vanzelf terugkomen " — Arts 2.*
*"Misschien ruimer kijken in het klinisch onderzoek. Soms is het te snel en te oppervlakkig." — Arts 6*

**Niet elke arts ervaart duidelijke lacunes; één arts geeft aan meestal 'direct en duidelijk' te werken en weinig te missen.**

Naast genoemde verbeterpunten is er ook een houding zichtbaar waarin men weinig nood ziet tot verandering, met het argument dat men doorgaans helder en direct communiceert.

*"Ik weet het niet. Ik ben meestal tamelijk direct en duidelijk in mijn werk, dus ik denk niet dat ik iets vergeet." — Arts 4.*

## *5.2. Resultaten interview patiënten*

Bij de start van elk interview wordt gevraagd naar het verloop en klachtenpatroon van de patiënt. De meeste patiënten vertellen over een geleidelijk opgekomen pijn, die over het verloop van enkele weken tot maanden niet spontaan over ging of zelfs verergerde. In 6 van de 7 interviews komt zelfs een significante impact op het dagelijkse leven naar boven.

> *"Op het einde heel veel. Ik merkte dat zelfs eenvoudige dingen moeilijk werden." – Patiënt 6*
> *"Op den duur ging ik wel minder met de hond wandelen." – Patiënt 7*
> *"Er was geen verbetering en op een bepaald moment kon ik zelfs mijn beker niet meer uit de kast nemen." – Patiënt 1*

Er wordt op een verschillende manier een poging gedaan om de klachten zelfstandig te verhelpen. Zowel pijnstilling, relatieve rust, ijsapplicaties als stretching komen aan bod, maar geen gaf voldoende resolutie van de klachten.

Opvallend is ook dat de op twee patiënten na, iedereen op internet al eens gezocht had naar wat het probleem kon zijn. Al dan niet met de nodige voorzichtigheid met wat je op internet leest.

> *"Ik had ook wat gegoogeld, zo van: "mijn pezen doen pijn, wat kan ik het best doen?" Dat soort dingen." – Patiënt 7*
> *"Ik heb het ook eens gevraagd aan collega's. Er zitten een paar sporters tussen die marathons lopen. Ik vroeg hen of zij dat ooit hadden voorgehad en wat zij dan gedaan hadden." – Patiënt 7*
> *"Ik heb wel eens iets opgezocht op het internet. Maar ik weet ook dat je met Google voorzichtig moet zijn. Je ziet van alles passeren, maar of ik dat effectief kon terugbrengen naar mijn situatie, dat is iets anders." – Patiënt 2*

### 5.2.1. Begrip van diagnose

In zes van de zeven interviews bij patiënten wordt tendinopathie door de huisarts gekoppeld aan een ontsteking van de pees, eerder dan een overbelasting. Wanneer er doorgevraagd wordt naar wat nu precies de oorzaak van het probleem is, dan blijkt dat vaak zeer beperkt terug te komen in de consultatie.

> *"De dokter zei dat het misschien kwam door iets verkeerds te doen of door te veel belasting, maar ik besefte niet dat ik mijn arm te veel belast had." - Patiënt 1*
> *"Maar ze zal wel gedacht hebben dat het met mijn beroep te maken had. Ik ben kinderverzorgster, dus dat is veel heffen en tillen." - Patiënt 3*
> *"Dat is niet gezegd geweest." – Patiënt 5*
> *"Ze zei dat dat verschillende oorzaken kan hebben, maar dat er in elk geval een ontsteking zat." - Patiënt 7*

Het gebruik van hulpmiddelen wordt niet bij elke patiënt specifiek bevraagd. Eén patiënt gaf aan dat er een schets gemaakt was om te tonen hoe dat kan gebeuren en waar de meeste pijn veroorzaakt werd. Een andere patiënt gaf aan dat de diagnose puur uitgelegd was op basis van anamnese en klinisch onderzoek.

In de interviews wordt specifiek gevraagd of er uitleg gegeven is over de rol van pijn tijdens het herstel. De meerderheid vertelt dat er tijdens de consultatie geen informatie over gegeven werd. Het type pijn komt bij één arts-patiënt contact aan bod, evenals een pijnscore.

> *"Hij zei dat als het echt stekende pijn wordt, het niet goed is. Hij sprak ook over pijnscores op tien, maar dat herinner ik me niet meer exact. Als het veel meer pijn begint te doen, dan is het niet goed. Maar een beetje pijn voelen is niet per se slecht." - Patiënt 2*
> *"Daar heeft ze eigenlijk niets over gezegd." – Patiënt 6*
> *"Nee, dat werd niet concreet besproken." – Patiënt 7*

Wanneer patiënten beschrijven welke vooruitzichten meegegeven worden door de huisarts, dan komen verschillende prognoses naar boven. Enerzijds wordt een tendinopathie gekaderd in een probleem van langere adem, met herstelduur tot 1 jaar. Anderzijds wordt er soms wat licht overgegaan. Een groot deel van de patiënten beschrijft het vooruitzicht naar herstel eerder op een vage manier.

> *"Ze heeft gezegd dat ik niet moest denken of hopen dat er na twee dagen of twee sessies al veel beterschap zou zijn. Dat dat met mondjesmaat komt. Dat het een paar maanden kan duren. Dat het zelfs tot een jaar kan duren." – Patiënt 4*
> *"Ze heeft gezegd dat het een zeer vervelende aandoening is die lang kan duren. Met lang bedoelde ze dat het gemakkelijk meer dan zes maanden tot een jaar kan duren." – Patiënt 6*
> *"Het zou wel 'een tijdje' duren voor ik mijn normale handelingen met mijn arm weer kon doen." – Patiënt 1*
> *"Het zou wel iets van langere periode zijn. Dat er sowieso oplossingen voor zijn, maar dat het tijd vraagt." - Patiënt 2*
> *"Dat weet ik niet. Ik ga ervan uit dat het na de kinesitherapie beter is." – Patiënt 5*
> *"Nee. Ik denk niet dat dat echt expliciet vermeld werd. Alleen dat het niet te lang zou moeten duren." – Patiënt 7*

Net zoals bij de interviews van de huisartsen, wordt bij de patiënten gepolst naar het begrip van de diagnose na het eerste consult. Ook hier zijn niet alle antwoorden eenduidig. Een deel van de patiënten begrijpt wat een tendinopathie was, en waarom dat nu bij hen voorkomt.

Echter, een deel heeft meer moeite om hier een duidelijk antwoord op te formuleren.

> *"De echte oorzaak weet ik nog altijd niet. Maar op zich vind ik dat minder belangrijk. Als het opgelost geraakt, is het goed." – Patiënt 2*
> *"Ik denk het wel. Ik ben een tijd niet meer naar de sportschool geweest, zo'n twee à drie maanden, en ben dan opnieuw gestart. Ik denk dat ik hetzelfde schema heb aangehouden als drie maanden eerder. En waarschijnlijk zal ik mij daarin, zoals ze in de volksmond zeggen, overdaan hebben, denk ik." – Patiënt 4*
> *"Dat ik het raar vond. Bij een ontsteking zou je normaal constant pijn moeten hebben en er voortdurend last van moeten hebben." – Patiënt 5*

### 5.2.2. Gevoel rond communicatie

Aan alle patiënten wordt gevraagd of ze het gevoel hadden dat de arts voldoende kennis had over het onderwerp. Opvallend is dat elke patiënt vindt dat zijn/haar huisarts de nodige kennis bezit. Die reflectie is individueel verschillend en wordt gemaakt op basis van verschillende factoren.

> *"Ze heeft lang gezocht en mij heel grondig bevraagd, al van de eerste keer. Tijdens de consultatie noteerde ze alles wat ik vertelde: waar ik pijn had, hoe het kwam, wanneer het optrad, enzovoort." – Patiënt 4*
> *"Ik was volledig ingelicht en ik heb vertrouwen in onze huisarts." – Patiënt 1*

Tijdens het interview wordt specifiek gevraagd of de huisarts voldoende tijd neemt om diagnose en behandeling te bespreken. Ook bij deze vraag worden enkel positieve antwoorden genoteerd. De huisarts neemt voldoende tijd en aandacht voor de patiënt met zijn individuele klachten.

> *"Ja. Ik had absoluut niet het gevoel dat ik langs de kant geschoven werd of niet gehoord werd. Zeker niet." - Patiënt 4*
> *"Ik heb wel het gevoel dat er altijd genoeg tijd wordt gemaakt wanneer je nog vragen hebt." – Patiënt 7*

### 5.2.3. Gevoel rond management

Kinesitherapie wordt vaak vooruitgeschoven als de voorkeursbehandeling. Doch is dit meestal in combinatie met een andere therapievorm, of pas in tweede tijd. Andere behandelingsvormen zijn medicatie (NSAID's), rust, stretching, ijsapplicatie, aanpassen van steunzolen en doorverwijzing voor beeldvorming of naar fysische geneesheer.

We zien een grote variatie in behandelingsvormen tijdens het eerste consult. In de helft van de interviews wordt actieve oefentherapie opgestart, met als doel het 'versterken' van de pees. Over het algemeen zijn de patiënten die kinesitherapie gekregen hebben mee in het verhaal, en werd een gerichte, actieve aanpak geadviseerd.

> *"Eigenlijk enkel kinesitherapie. Ze heeft mij ook gezegd dat ik de raad goed moest opvolgen, wat ze aanbevelen en wat ik niet mag doen. Dat ik dat echt goed moet opvolgen." – Patiënt 1*
> *"Kinesitherapie, om die spierstructuur echt te versterken. Hij heeft geen specifieke oefeningen meegegeven, dat liet hij over aan de kinesitherapeut." – Patiënt 2*
> *"Wat misschien nog vermeld kan worden, is dat ze mij ook kinesitherapie heeft voorgeschreven. Ik krijg nu dus behandeling bij de kinesitherapeut." – Patiënt 6*

Dit aantal wordt groter wanneer de patiënt een tweede keer terugkomt op consultatie, al dan niet met bevestiging van de diagnose na beeldvorming.

> *"Ik ben twee keer op consultatie geweest. De eerste keer nog niet meteen, maar de tweede keer heeft ze een voorschrift meegegeven om naar de kinesist te gaan." – Patiënt 4*
> *"Omdat er op het verslag stond dat het om een forse tendinose gaat, zou dat met een pilletje niet op te lossen zijn. Daarom heeft hij mij doorgestuurd naar een kinesist." – Patiënt 5*

Tevens wordt medicatie (NSAID's) frequent gerapporteerd als deel van de aanpak. Opvallend is dat één arts letterlijk benoemt dat hier weinig effect mee te verwachten valt.

> *"Ibuprofen, om de ontsteking tegen te gaan. Drie keer per dag tijdens het eten. En dan na een week terugkomen om te kijken hoe ver we stonden." – Patiënt 4*
> *"De anti-inflammatoire behandeling die ze mij heeft voorgeschreven, gaat volgens haar ook geen wonderen doen." – Patiënt 6*

De patiënten die kinesitherapie voorgeschreven kregen, ervaren geen drempels om met deze behandeling te starten. Ze voelen zich goed bij dat beleid en hebben vertrouwen in de huisarts en kinesist. Hoop en gunstig effect zorgen eveneens voor motivatie bij de patiënt.

> *"Ja, ik had hoop. Ik had ook beslist om alles correct te doen en mijn sessies goed op te volgen." – Patiënt 1*
> *"Ja, omdat ik in het begin ook wel verbetering merkte." – Patiënt 7*

Een eerder positief contact met de kinesist kan deze drempel verder verlagen.

> *"Ja, absoluut. Zeker. Dat heeft mij in het verleden ook al geholpen bij andere blessures, dus ik ga dat zeker doen." – Patiënt 4*

Kinesitherapie voor een tendinopathie is een proces van lange adem, zoals in de inleiding reeds vermeld. Er wordt ook gevraagd of ze mogelijke struikelblokken kunnen bedenken waardoor een patiënt niet naar de kinesist zou gaan. Hierbij is tijd tekort of kostprijs het voornaamste argument.

> *"Ik heb het gewoon niet gedaan omdat het zomer was en het druk was. Ik ben daar te licht over gegaan, vind ik achteraf." – Patiënt 1*
> *"Voor mij is het enige struikelblok dat ik het moet kunnen inplannen." – Patiënt 4*
> *"Dat kan door de kostprijs zijn." – Patiënt 5*

### 5.2.4. Emotionele impact van diagnose

Over het algemeen zijn patiënten opgelucht dat er een verklaring gevonden is voor hun klachten. Een patiënt vertelt zelfs dat hij/zij initieel dacht aan een hartprobleem.

*"Eigenlijk opluchting. Ik dacht eerst dat er misschien iets anders met mij aan de hand was. Omdat het aan mijn linkerkant was, dacht ik dat het misschien iets met mijn hart kon zijn." – Patiënt 1*
*"Vooral gerustgesteld. Dat ik wist wat het was." – Patiënt 3*
*"Nee, geen frustratie. Opluchting. Gewoon: oké, nu weet ik tenminste wat er aan de hand is en wat de mogelijke oplossingen en behandelingen zijn. Dat vind ik heel positief." – Patiënt 4*

Ook wordt er door twee patiënten gerapporteerd dat opluchting of geruststelling overheerst omdat ze bevestiging krijgen van wat ze vooraf dachten.

*"Het lag volledig in de lijn van mijn verwachtingen." - Patiënt 6*
*"Oorspronkelijk wel cava, omdat je het idee had: het is misschien stom om te zeggen, maar ik denk dat ik juist zit met wat ik tegen de huisarts gezegd heb. Hij volgt mij daarin, dus het zal wel kloppen wat ik denk." – Patiënt 7*

De emotionele impact is niet altijd even groot, doch is het voor de patiënt goed om te weten dat er effectief een diagnose is.

*"Opluchting is een groot woord, want het had geen enorme impact op mijn leven. Maar er was wel wat opluchting. Het is altijd geruststellend als je weet wat er aan de hand is en dat het geen ingebeeld probleem is." – Patiënt 2*

Bij één patiënt overheerst vooral de onverwachtheid van de diagnose.

*"Dat ik het raar vond. Ik had dat niet verwacht." – Patiënt 5*

### 5.2.5. Verbeterpunten die patiënten zelf benoemen

Het benoemen van verbeterpunten voor huisartsen is duidelijk een moeilijker thema. Meer dan de helft van de patiënten vertelt dat ze tevreden zijn met het consult, en dat ze geen verbeterpunten hebben.

Echter, enkele patiënten nuanceren dit beeld. De hoeveelheid informatie dient afgesteld te worden aan de interesse van de patiënt.

*"Ik kan mij voorstellen dat de informatie die ik gekregen heb voor een andere patiënt misschien onvoldoende zou zijn geweest. Maar als dokter kan je natuurlijk alleen inspelen op de vragen en onzekerheden die patiënten zelf uiten." – Patiënt 6*

Verder hecht de patiënt belang aan het oorzaak-gevolg principe. Door te weten wat nu juist de oorzaak van de tendinopathie is, begrijpt de patiënt beter hoe dit probleem op te lossen is.

*"Misschien wat meer uitleg over de oorzaak. Dat ze duidelijk benadrukken dat het niet vanzelf overgaat en dat het belangrijk is om gericht de oefeningen te doen. En dat kinesitherapie daarbij echt helpt. Dat mag sterker benadrukt worden." – Patiënt 2*
*"Misschien had ik graag wat meer informatie gehad over andere mogelijke oorzaken. Bijvoorbeeld dat het ook chronisch kan worden en dat er verschillende opties zijn om dat verder te laten onderzoeken." – Patiënt 7*
*"Ik denk vooral meer samenwerken met andere disciplines. Dat je bijvoorbeeld meer naar kinesitherapie kan verwijzen. Ik denk dat dat heel belangrijk gaat zijn." – Patiënt 7*

# 6. Discussie

## *6.1. Vergelijking resultaten*

Na het verzamelen en analyseren van de data konden enkele interessante bevindingen gemaakt worden. Deze werden vergeleken met de kwalitatieve studies die (in 3.5.2) reeds besproken werden.

Bij de studie van Turner et al. (20) en Mc Auliffe et al. (21) kwamen de voornaamste frustraties van de geïnterviewde patiënten ook terug in onze resultaten. Zo begrepen de deelnemers vaak niet waarom de klachten zo lang bleven aanslepen. Er heerste veel verwarring over tegenstrijdige adviezen en een gebrek aan duidelijke uitleg van zorgverleners. Ook was de rol van pijn niet duidelijk en werden fysieke activiteiten vermeden om verdere schade te voorkomen. Hierdoor werden dagelijkse routines en activiteiten beperkt.

Om een goede therapietrouw te bekomen betreffende de behandeling van een tendinopathie is een goede kennis nodig van de patiënten over het ontstaansmechanisme en over de rol van pijn en belasting. Dit werd aangetoond door de studie van Phillips et al. (22) en benadrukt nog maar eens hoe belangrijk het diagnostisch consult bij de huisarts dus wel niet is. Ook de kwalitatieve studie van Ruffino (23) heeft aangetoond dat educatie en gedetailleerd advies, inclusief uitleg over pijnmechanismen en de voordelen van actieve oefentherapie cruciaal zijn bij het aanpakken van een tendinopathie.

### 6.1.1. Begrip van diagnose

Wat de arts uitlegt, komt niet altijd overeen met wat de patiënt onthoudt. Enerzijds leggen artsen het probleem uit als een belastingprobleem, met een mismatch tussen belasting en belastbaarheid. Anderzijds geven patiënten aan dat een ontsteking van de pees de oorzaak is van hun klachten. Verder tonen de interviews ook aan dat heel wat patiënten moeite hebben om uit te leggen wat een tendinopathie nu precies is, terwijl artsen wel aangeven over voldoende kennis te beschikken om de diagnose over te brengen.

Opvallend is dat artsen zelf aangeven minimale aandacht te besteden aan de rol van pijn tijdens herstel. Dit ligt in lijn met de resultaten bij de patiëntenpopulatie. Zij vertellen hierover geen informatie over te krijgen en weten dus ook niet of ze effectief pijn mogen ervaren tijdens het herstel.

Naast oorzaak-gevolg en de rol van pijn is uitleg over het beloop een derde belangrijke pijler in de uitleg over tendinopathie. Wat hier vooral opvalt is dat zowel bij artsen als bij patiënten een grote spreiding in tijdsinschatting naar voor komt. Patiënten krijgen van artsen een vage uitleg, zoals dat het een vervelende aandoening is die lang kan duren of dat het wel ‘een tijdje’ kan duren. Artsen durven geen concrete tijdsindicatie meegeven of denken er niet aan om deze informatie mee te geven. Een andere mogelijke verklaring is de beperkte beschikbaarheid aan richtlijnen voor de huisarts. Een gevolg hiervan is dat er geen uniformiteit is in de uitleg van arts naar patiënt.

### 6.1.2. Communicatie

Bij de communicatie vinden we een opvallende discrepantie, namelijk dat de artsen duidelijk hun hiaten en onzekerheden benoemen terwijl patiënten telkens de indruk hadden dat de arts voldoende kennis had en heel zelfzeker overkwam. Dit komt doordat artsen hun communicatie beoordelen

vanuit een geneeskunde en educatief perspectief (volledigheid, correctheid, evidence-based uitleg), terwijl patiënten vooral belang hechten aan vertrouwen, empathie en gehoord te worden door hun arts. Patiënten zijn vaak ook niet bewust van mogelijke hiaten waardoor zij de uitleg sneller als 'voldoende' ervaren.

### 6.1.3. Management

De literatuur is eenduidig in kader van behandeling van een tendinopathie. In deze studie is aangetoond dat artsen dit beleid ook kennen, maar niet altijd toepassen. Ze sturen hun beleid bij afhankelijk van de context en patiëntprofiel. Een grote discrepantie wordt gezien tussen artsen, die verwachten dat patiënten een snelle oplossing willen (vb: medicatie, infiltratie..), terwijl patiënten echter terugkoppelen dat zij wel degelijk gemotiveerd zijn om deze actieve aanpak te volgen. Het is een terugkerend verhaal dat artsen weinig geloof koesteren in het zelfmanagement van de patiënt. De patiënt wilt een eenvoudige oplossing, de drempel voor actieve en intensieve oefentherapie zou te groot zijn. De patiënten daarentegen ervaren een lage drempel om naar de kinesist te gaan en vertellen vertrouwen te hebben in zowel de huisarts als de kinesitherapeut.

### 6.1.4. Emotionele impact diagnose

Het valt op dat bij patiënten de overheersende emotie geruststelling en opluchting is. Ze zijn blij dat ze een duidelijke diagnose hebben en dat ze weten wat te doen.

Artsen anticiperen op een meer gemengde emotionele reactie van de patiënt, waarin ze aangeven dat opluchting samengaat met frustratie en bezorgdheid over het herstelproces. Zo zijn ze van mening dat de patiënt frustraties ondervindt door het vermoedelijk lange hersteltraject en de nood aan onderbrekingen van de huidige sportieve activiteiten.

Dit suggereert dat negatieve emoties zoals frustratie mogelijk pas later in het traject sterker naar voren komen, of dat artsen deze op voorhand sterker inschatten dan patiënten ze initieel ervaren.

### 6.1.5. Verbeterpunten

Volgens de artsen ligt hun focus vooral op het optimaliseren van de inhoud en structuur van de consultatie. Een belangrijk terugkerend verbeterpunt is het consequenter gebruik van visuele en educatieve hulpmiddelen. Artsen zien hierin een kans om het begrip van patiënten te vergroten en hen beter te motiveren tot een actieve aanpak, bijvoorbeeld via afbeeldingen of oefenfilmpjes. Daarnaast erkennen sommige artsen dat ze in het eerste consult onvoldoende expliciet zijn over het vaak langdurige herstelproces en de rol van pijn, inclusief mogelijke schommelingen.

Patiënten daarentegen vertrekken minder vanuit een kritische evaluatie en meer vanuit hun persoonlijke ervaring. Omdat de meeste patiënten tevreden zijn, formuleren zij minder spontaan verbeterpunten. Sociale wenselijkheid of een inherent vertrouwen in de huisarts kan ook een rol spelen in de positieve evaluaties van patiënten.

## 6.2. Implicaties voor de praktijk

Bovenstaande resultaten wijzen op een toch wel belangrijk communicatieprobleem tussen arts en patiënt. Wij zijn ervan overtuigd dat een efficiënt eerste consult nuttig kan zijn voor het begrip en de compliance van de patiënt.

Er zijn vier kenmerken die bij elke individuele patiënt met een tendinopathie dienen terug te komen.

- Balans tussen belasting-belastbaarheid
- Management met actieve oefentherapie
- Pijn bij herstel
- Tijdsindicatie

Wanneer de arts deze kenmerken tijdens het eerste consult bespreekt, dan krijgt de patiënt kennis over het probleem en geeft dit de patiënt handvatten om er tijdens de behandeling mee om te gaan.

Deze theorie zou eventueel getest kunnen worden door middel van een folder of een steekkaart met bovenstaande kenmerken. Dit zou mee gegeven kunnen worden aan elke patiënt die de diagnose van een tendinopathie krijgt. Een praktijk verbeterproject in de huisartspraktijk zou kunnen bekijken of dit effectief een meerwaarde kan zijn voor enerzijds de arts en anderzijds de patiënt. Een arts kan dit als ondersteuning gebruiken om de juiste en volledige informatie te geven. Ook voor de patiënt kan deze praktische folder ondersteunend werken tijdens de herstelperiode.

## 6.3. Sterkte- en zwakteanalyse

Een sterkte van deze studie is dat voor het eerst patiënten én artsen geïnterviewd worden omtrent deze pathologie. In vergelijkbare studies werd enkel het perspectief van de patiënt belicht. Een bijkomende sterkte is dat alle patiënten gerekruteerd werden uit de eerste lijn. Patiënten kregen de diagnose en verdere uitleg primair van de huisarts.

De belangrijkste zwakte van deze studie is dat hier een beperkt aantal artsen en patiënten opgenomen werden. Op vele vlakken was er zeker saturatie bereikt, maar meer deelnemers kan steeds voor extra invalshoeken of meningen zorgen. Een tweede zwakte is de aanwezigheid van selectiebias. Patiënten werden uit de eigen huisartsenpraktijk gerekruteerd, wat ervoor kan zorgen dat patiënten niet volledig open zijn. Patiënten waren dan ook over het algemeen heel tevreden over hun huisarts en vonden het moeilijk om verbeterpunten te formuleren. Tot slot is dit de eerste keer dat de onderzoekers semigestructureerde interviews afnamen. Ondanks een goede voorbereiding en adequate lessen in verband met kwalitatief onderzoek, blijft dit een nieuw gegeven met progressiemarge naargelang de ervaring toenam.

De meeste interviews gingen in persoon door. Hierbij kon de non-verbale communicatie gebruikt worden in de verdere analyse. Echter, enkele interviews gingen telefonisch door. Non-verbale communicatie was hierbij geen hulpmiddel.

# 7. Conclusie

Huisartsen kennen de pathofysiologie en de behandeling van een tendinopathie. Jammer genoeg wordt er te weinig aandacht besteed aan de oorzaak-gevolg redenering, pijnmanagement en de prognose. Het probleem is dus niet wat de arts weet, maar eerder welke informatie gegeven wordt aan de patiënt. Daarboven hebben huisartsen op voorhand reeds de verwachting dat patiënten weinig gemotiveerd zijn om een actief beleid te volgen.

Dit staat in contrast met de patiënt, die wel degelijk gemotiveerd is om een actieve behandeling te volgen, maar die onvoldoende geïnformeerd is over waarom actieve oefentherapie de aangewezen behandeling is en hoe en hoelang hij deze dient te volgen.

Als we als huisarts betere en gerichtere informatie kunnen aanbieden aan de patiënt, dan kan de drempel om de correcte aanpak te volgen mogelijks nog verder verlaagd worden en kan dit tot een beter zelfmanagement leiden.

# 8. Dankwoord

Een thesis schrijft zichzelf niet. Dit was een project waar we bijna drie jaar geleden ingestapt zijn. Bij deze willen wij een aantal mensen bedanken die hebben bijgedragen tot het finale resultaat van deze masterproef. Eerst en vooral willen wij Prof. Dr. Peter Decat en Dr. Tom Poelman bedanken voor de begeleiding en adviezen die we de afgelopen drie jaar ontvangen hebben. De bereikbaarheid en constructieve feedback is zeer waardevol geweest. Vervolgens was dit kwalitatief onderzoek niet mogelijk zonder alle patiënten en artsen die zich open gesteld hebben naar ons. Een derde groep van mensen die we extra willen bedanken, zijn onze partners, ouders, praktijkopleiders voor het geduld dat jullie uitgeoefend hebben en voor het advies die we ontvangen hebben.
Tot slot willen ook elkaar bedanken. Met drie huisartsen in opleiding een masterproef schrijven vergt heel wat communicatie, deadlines en ondersteuning. Op die vlakken kunnen we elkaar terecht dankbaar zijn.

# 9. Literatuurlijst


1. Albers IS, Zwerver J, Diercks RL, Dekker JH, Van den Akker-Scheek I. Incidence and prevalence of lower extremity tendinopathy in a Dutch general practice population: a cross sectional study. BMC Musculoskelet Disord. 2016 Jan 13;17:16.
2. Fearon AM, Cook JL, Scarvell JM, Neeman T, Cormick W, Smith PN. Greater trochanteric pain syndrome negatively affects work, physical activity and quality of life: a case control study. J Arthroplast. 2014;29(2):383–6.
3. De Vries AJ, Koolhaas W, Zwerver J, Diercks RL, Nieuwenhuis K, Van Der Worp H, et al. The impact of patellar tendinopathy on sports and work performance in active athletes. Res Sport Med. 2017;25(3):253–65.
4. Riel H, Lindstrøm CF, Rathleff MS, Jensen MB, Olesen JL. Prevalence and incidence rate of lower-extremity tendinopathies in a Danish general practice: a registry-based study. BMC Musculoskelet Disord. 2019 May 22;20(1):239.
5. Millar NL, Silbernagel KG, Thorborg K, Kirwan PD, Malliaras P. Tendinopathy. Nat Rev Dis Primers. 2021;7(1):1.
6. Goom TS, Malliaras P, Reiman MP, Purdam CR, Cook JL. Proximal Hamstring Tendinopathy: Clinical Aspects of Assessment and Management. J Orthop Sports Phys Ther. 2016;46(6):483-93.
7. Scott A, Backman LJ, Speed C. Tendinopathy: update on pathophysiology. J Orthop Sports Phys Ther. 2015;45(11):833-41.
8. Cook JL, Purdam CR. Is tendon pathology a continuum? Br J Sports Med. 2009;43(6):409-16.
9. Kaux JF, Forthomme B, Le Goff C, Crielaard JM, Croisier JL. Current opinions on tendinopathy. J Sports Sci Med. 2011;10(2):238-53.
10. Khan KM, Cook JL, Kannus P, Maffulli N, Bonar SF. Time to abandon the 'tendinitis' myth. BMJ. 2002;324(7338):626-7.
11. Malliaras P, Barton CJ, Reeves ND, Langberg H. Achilles and patellar tendinopathy loading programmes. Sports Med. 2015;45(4):517-31.
12. Rio E, Kidgell D, Purdam C, Gaida J, Cook J, Docking S. Isometric exercise induces analgesia and reduces inhibition in patellar tendinopathy. Br J Sports Med. 2015;49(19):1277-83.
13. REF 141-144 B&K
14. Malliaras P, Cook JL, Kent P. Physical activity and exercise as a treatment for tendinopathy. Br J Sports Med. 2013;47(6):345-52.
15. Farthing JP, Zehr EP. Restoring symmetry: clinical applications of cross-education. Exerc Sport Sci Rev. 2014;42(2):70-5.
16. REF 149-151 B&K
17. Silbernagel KG, Thomeé R, Thomeé P, Karlsson J. Eccentric overload training for patients with chronic Achilles tendon pain. Br J Sports Med. 2007;41(5):276-81.
18. Goom TS, Malliaras P, Reiman MP, Purdam CR. Proximal Hamstring Tendinopathy: Clinical Aspects of Assessment and Management. J Orthop Sports Phys Ther. 2016;46(6):483-93.
19. Côté MP, Matzkin E, Fabi D. Return-to-sport criteria after sports medicine injuries. Br J Sports Med. 2020;54(18):1123-5.
20. Turner J, Malliaras P, Goulis J, Mc Auliffe S. “It’s disappointing and it’s pretty frustrating, because it feels like it’s something that will never go away.” A qualitative study exploring individuals’ beliefs and experiences of Achilles tendinopathy. PloS one. 2020;15:e0233459.
21. McAuliffe S, Synott A, Casey H, McCreesh K, Purtill H, O’Sullivan K. Beyond the tendon: experiences and perceptions of people with persistent Achilles tendinopathy. Musculoskelet Sci Pract. 2017;29:108–114.

22. Phillips, R., Morrissey, D., Malliaras, P., & Farlie, M. K. Mechanisms influencing adult adherence to physiotherapist-delivered rehabilitation for Achilles tendinopathy: a longitudinal qualitative study. *Disability and Rehabilitation*. 2025.
23. Ruffino D, Sancho I, Alfonso M, Malliaras P. Beliefs and experiences of individuals with patellar tendinopathy following a rehabilitation program: A nested qualitative study. Musculoskelet Sci Pract. 2025;77:103311

# 10. Bijlagen

## *10.1. Informed consent forms*

### 10.1.1. Informatiebrief voor de artsen

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

**Beschrijving en doel van de studie**

Wij zijn 3 huisartsen in opleiding, die een onderzoek uitvoeren naar het gebruik van oefentherapie bij peesproblemen.

U zal binnenkort een uitnodiging ontvangen voor een kort interview dat zal doorgaan in 1 van de huisartspraktijken waar wij op dat moment werken. Aan de hand van enkele open vragen proberen wij een beeld te krijgen van hoe artsen en patiënten peesontstekingen ervaren en welke struikelblokken er nog aanwezig zijn. Tijdens de interviews worden spraakopnames gemaakt, dewelke wij achteraf transcriberen. Jullie antwoorden worden gebruikt als leidraad om een beter beeld te krijgen van de hiaten en via de spiegel tussen artsen en patiënten de beleving en communicatie te verbeteren.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om met ons dit gesprek te voeren. Dit zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen, afhankelijk van enkele extra vragen die we zouden stellen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

**Toestemming en weigering**

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om het interview in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

**Voordelen**

Deelname aan deze studie brengt voor u geen persoonlijk voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten in beleving en communicatie bij tendinopathieën in de huisartsenpraktijk.

## Kosten

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

## Verwerking van persoonsgegevens

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent.

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terugkoppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Als u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Uw persoonsgegevens zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

## Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

## Contact

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Prof. Dr. Peter Decat

Adres: Campus UZ-Gent, Ingang 42, 6de verdieping,
Corneel Heymanslaan 10
9000 Gent
België

Telefoonnummer: 0032 9 332 36 28

**TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS**

| |
|---|
| Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht. |
| Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven. |
| Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie. |
| Men heeft mij ingelicht dat mijn persoonlijke gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan. |
| Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek. |
| Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5). |

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

| | |
|---|---|
| Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **verplichte aspect** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief: | |

- Semi-gestructureerd interview met geluidsopname

| | | |
|---|---|---|
| Naam en voornaam van de deelnemer | Handtekening | Datum |
| Naam en voornaam van de arts-onderzoeker* | Handtekening | Datum |

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

| | |
|---|---|
| Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt. | |
| Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden. | |

### 10.1.2. Informatiebrief voor de patiënten

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft

om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

### Beschrijving en doel van de studie

Wij zijn 3 huisartsen in opleiding, die een onderzoek uitvoeren naar het gebruik van oefentherapie bij peesproblemen.

U zal binnenkort een uitnodiging ontvangen voor een kort interview dat zal doorgaan in 1 van de huisartspraktijken waar wij op dat moment werken. Aan de hand van enkele open vragen proberen wij een beeld te krijgen van hoe patiënten peesontstekingen ervaren en welke struikelblokken er nog aanwezig zijn. Tijdens de interviews worden spraakopnames gemaakt, dewelke wij achteraf transcriberen. Jullie antwoorden worden gebruikt als leidraad om een beter beeld te krijgen van de hiaten en zo de beleving en communicatie te verbeteren.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om met ons dit gesprek te voeren. Dit zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen, afhankelijk van enkele extra vragen die we zouden stellen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is de universiteit van Gent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Peter Decat. Drie Huisartsen in opleiding zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

### Toestemming en weigering

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan deelnemen aan het interview zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

### Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de beleving, communicatie en behandeling van tendinopathieën in de huisartsenpraktijk.

### Kosten

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

### Verwerking van persoonsgegevens

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent.

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Als u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel de spraakopnames als de persoonsgegevens en de gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

## Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

## Contact

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Prof. Dr. Peter Decat

Adres: Campus UZ-Gent, Ingang 42, 6de verdieping,
Corneel Heymanslaan 10
9000 Gent
België

Telefoonnummer: 0032 9 332 36 28

### TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.

| |
|---|
| Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling. |
| Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie. |
| Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan. |
| Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek. |
| Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5). |

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

| | |
|---|---|
| Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **<u>verplichte aspect</u>** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief:<br>- Een interview met geluidsopname | |

| | | |
|---|---|---|
| Naam en voornaam van de deelnemer | Handtekening | Datum |
| Naam en voornaam van de arts-onderzoeker* | Handtekening | Datum |

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

| | |
|---|---|
| Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt. | |
| Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden. | |

## *10.2. Goedkeuring Ethisch comité*

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Peter Decat

Universiteit Gent

| | | |
|---|---|---|
| **contact**<br>Commissie voor medische ethiek | **telefoon**<br>+32 (0)9 332 33 36 | **e-mail**<br>ethisch.comite@uzgent.be |
| **aanvrager**<br>Kobe Parmentier | **datum**<br>27/11/2025 | **pagina**<br>1/4 |
| **referentie hoofdstudie**<br>THE-2024-0291 | **EudraCT-nr:** | **Belgisch Uniek Nummer**<br>B6702024000502 |

**Betreft:**

**Hoe ervaren patiënten en artsen de (betekenis van) de diagnose tendinopathie in de eerstelijns huisartsengeneeskunde in Oost-Vlaanderen?**

**How do patients and physicians experience the diagnosis of tendinopathy in primary care in East Flanders?**

**Wijziging / toevoeging studiedocumenten**
**Amendement nr.: THE-2024-0291 AM dd 09-Oct-2025**

Beste collega

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft op 08/01/2025 in eerste instantie een positief advies gegeven voor bovenvermelde studie.

Na raadpleging van de aangeleverde informatie en ingediende documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (27/11/2025):

Positief advies. De CME is van oordeel dat voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie bijlage 2

Met vriendelijke groeten

Prof. dr. M. Petrovic
Voorzitter
Commissie voor medische ethiek U(Z) Gent

**ALGEMENE DIRECTIE**
Commissie voor Medische Ethiek

**VOORZITTER:**
Prof. dr. M. Petrovic

**SECRETARIS:**
Dr. L Goossens

**INGANG** 75
**ROUTE** 7522

UZ GENT

UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

## *10.3. Interview / Topic guide voor participanten*

### 10.3.1. Interview / Topic guide voor artsen

De interviewguide zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de focus van de vragen die in het interview aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd worden, hangen af van het verloop van het gesprek. Op basis van tussentijdse analyses kan de interviewguide in de loop van het onderzoek aangevuld worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

Het interview zal plaatsvinden in de praktijk van de arts die wordt geïnterviewd of in de praktijk waar de patiënt opgevolgd wordt. Voor het interview zullen participanten volgende instructies krijgen:

"Het interview vandaag zal gaan over het eerste contact tussen de huisarts en de patiënt met als onderwerp tendinopathie. Graag willen we een dieper inzicht verkrijgen in hoe zo een eerste contact verloopt. We willen weten hoe huisartsen zo een consultatie aanpakken en hoe de patiënten dit ervaren. Wij merken dat dit vaak heel kort en bondig verloopt waardoor de patiënten vaak nog met vragen zitten na de consultatie. Dat is de reden waarom we dit onderwerp wat nauwer willen bestuderen om zo de struikelblokken bloot te kunnen leggen.

**Jij bent de expert en er wordt van jou verwacht dat je vrijuit over je ervaringen en kennis praat. Op deze manier kunnen wij leren hoe jij zo een eerste contact aanpakt en ervaart. Alle informatie is strikt vertrouwelijk en zal enkel gebruikt worden in de context van ons onderzoek. Het interview zal opgenomen worden met een audiorecorder. Op deze manier kunnen wij nadien alles wat jij vertelt uittypen en analyseren. Is alles duidelijk voor jou? De audio-opname wordt vertrouwelijk behandeld en enkel gebruikt voor dit onderzoek. De persoonlijke gegevens worden volledig gepseudonimiseerd. Ga je hiermee akkoord?"**

Na de instructies starten de participant en de interviewer aan het interview.

| Thema | Vraag | Uitwerking |
|---|---|---|
| Oriëntatie | | |
| Eerste contact | | |
| Begrip van diagnose | Kan je mij in je eigen woorden eens vertellen wat er volgens u juist het probleem is bij een tendinopathie? | - Wat is voor jou doorgaans de meest waarschijnlijke oorzaak van het probleem?<br>(belasting – weefselcapaciteit – tijd) |
| | Hoe legt u de diagnose doorgaans uit aan de patiënten? | -Welke informatie geef je standaard mee?<br>-Zijn er hulpmiddelen die je gebruikt? Zoja, welke?<br>-Welke informatie vindt u moeilijker om over te brengen? |
| | Vertel je iets over de rol van pijn bij belasting tijdens het herstel? | **Zoja, wat?** |
| | Welke vooruitzichten van herstel breng je na de diagnose doorgaans? | -Eerder snel herstel, of eerder traag?<br>Eerder eenvoudig te behandelen? Eerder moeilijk? |
| | Heb je het gevoel dat je bij dit thema een richtlijn kan volgen? | Waarom wel/niet? |
| Gevoel rond communicatie | Hoe ervaar je zelf de manier waarop je dit kan uitleggen aan de patiënt? | Voel je je zelfzeker bij dit onderwerp, of is dit eerder iets wat je weer even zou moeten opfrissen? Verklaar?<br>*Welke moeilijkheid ervaar je zelf bij het uitleggen van de diagnose aan de patiënt?* |

| | | |
|---|---|---|
| | | Vind je dat je voldoende tijd neemt om de diagnose te bespreken? Waarom wel/niet, hoe komt dit?<br><br>En vind je dat je voldoende tijd neemt om de algemene aanpak van een tendinopathie te bespreken? Waarom wel/niet, hoe komt dit?<br><br>Vind je dat je voldoende kan ingaan op de individuele klachten en vragen van de patiënt? Waarom lukt dit wel/niet? |
| | Hoe ervaar je zelf de mate waarin de patiënt begrijpt wat je probeert uit te leggen? | -Heb je het gevoel dat de patiënt ook effectief begrijpt wat je vertelt?<br>**-Zijn er misvattingen bij de patiënt die je vaak tegenkomt? Welke?**<br>-In welke mate ervaar je soms frustratie over hoe je boodschap ontvangen wordt door de patiënt? |
| (Gevoel rond) management | Bij het bespreken van de mogelijke behandelingen van een overbelasting probleem van een pees, welke lijkt voor jouzelf de beste keuze? | -Van welke factoren (hoe snel resultaat, zijn ze geduldig, zijn ze gemotiveerd) hangt deze keuze af?<br>-Zijn er factoren die je eerder voor de ene of andere behandeling doen kiezen?<br>-In welke mate pas je het beleid aan het profiel aan van de patiënt?<br>-In welke mate ben je eerder zeker of eerder onzeker over de juiste aanpak? |
| | Ligt deze keuze doorgaans in lijn met wat de patiënt zou wensen, of wat de patiënt verwacht? | - In welke mate merk je hierin een tegenstelling (tussen wat jij wilt en wat de patiënt wilt)? Leg uit<br>**- Merk je hierin een tendens dat patiënten liever een passieve behandeling willen in plaats van een actieve?**<br>**Indien ja: waarom denk je zelf dat ze een passieve zouden verkiezen?** |
| | Op welke manier probeer jij de patiënt te overtuigen van de volgens jou beste aanpak?<br>+<br>Heb je het gevoel dat patiënten na het gesprek gemotiveerd zijn om met het probleem aan de slag te gaan?<br>+<br>Heb je het gevoel dat je erin slaagt om de patiënt jouw behandeling op lange termijn te laten volhouden? | -Hoe probeert u voor te zorgen dat ze dit ook zullen volhouden op lange termijn<br><br>-Wat geeft jou dat gevoel?<br><br>-Wat geeft jou dat gevoel?<br>-Wat maakt het volgens u voor de patiënt moeilijk om het vol te houden?<br>Waarom haken ze volgens jou soms af? Wat zijn voor jou de struikelblokken hierbij?<br>Heb je soms het gevoel dat de patiënt zijn/haar eigen zin doet?<br>Heb je soms het gevoel dat de patiënt onvoldoende gemotiveerd is om er iets aan te veranderen? |
| Emotionele impact van diagnose | Met welk gevoel denk je zelf dat de patiënt na de bespreking het kabinet uitloopt?<br><br>Denk je dat ze na het gesprek voldoende vertrouwen hebben dat het weer in orde gaat komen? | Welke merk je ook op tijdens het gesprek? |
| Verbeterpunten | Wat denk je zelf dat je beter zou kunnen doen bij het gesprek rond diagnose van tendinopathie? | Welke ondersteuning zou voor u nuttig zijn om de communicatie rond de diagnose te verbeteren? (richtlijnen, tools, etc) |

### 10.3.2. Interview / Topic guide voor patiënten

De interviewguide zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de focus van de vragen die in het interview aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd worden, hangen af van het verloop van het gesprek. Op basis van tussentijdse analyses kan de interviewguide in de loop van het onderzoek aangevuld worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

Het interview zal telefonisch worden gehouden. Voor het interview zullen participanten volgende instructies krijgen:

"Het interview vandaag zal gaan over het eerste contact tussen de huisarts en de patiënt met als onderwerp tendinopathie. Graag willen we een dieper inzicht verkrijgen in hoe zo een eerste contact verloopt. We willen weten hoe huisartsen zo een consultatie aanpakken en hoe de patiënten dit ervaren. Wij merken dat dit vaak heel kort en bondig verloopt waardoor de patiënten vaak nog met vragen zitten na de consultatie. Dat is de reden waarom we dit onderwerp wat nauwer willen bestuderen om zo de struikelblokken bloot te kunnen leggen.

**Jij bent de expert en er wordt van jou verwacht dat je vrijuit over je ervaringen en kennis praat. Op deze manier kunnen wij leren hoe jij zo een eerste contact aanpakt en ervaart. Alle informatie is strikt vertrouwelijk en zal enkel gebruikt worden in de context van ons onderzoek. Het interview zal opgenomen worden met een audiorecorder. Op deze manier kunnen wij nadien alles wat jij vertelt uittypen en analyseren. Is alles duidelijk voor jou? De audio-opname wordt vertrouwelijk behandeld en enkel gebruikt voor dit onderzoek. De persoonlijke gegevens worden volledig gepseudonimiseerd. Ga je hiermee akkoord?"**

Na de instructies starten de participant en de interviewer aan het interview.

| Thema | Vraag | Uitwerking |
|---|---|---|
| Oriëntatie | Vertel me eens over jouw peesprobleem, vooraleer je bij de huisarts terecht kwam | Verloop (wanneer ontstaan, wanneer vooral hinder, wanneer toename/afname)<br>In welke mate had dit invloed op je dagelijkse leven?<br><br><u>Overtuigingen rond oorzaak</u><br>Wat was er volgens jou aan de hand?<br>Wat was voor jezelf de meest waarschijnlijke oorzaak?<br><br><u>Perceptie rond niet-opklaren van klachten</u><br>Waarom denk je zelf dat het niet van zichzelf opgelost raakte?<br>Had je het gevoel dat je voldoende kennis had over het probleem?<br>Waar had je zelf al informatie opgezocht?<br>Voordat je naar de huisarts kwam, welke zaken had je toen zelf al geprobeerd om het probleem op te lossen? (passief/actief?) |
| Motivatie rond zoeken van hulp | Kan je mij eens vertellen hoe je uiteindelijk bij de huisarts terechtgekomen bent voor dit probleem? | Wat zorgde er nu vooral voor dat je langs ging bij de huisarts? |
| Begrip van diagnose | Kan je mij in je eigen woorden nog eens vertellen wat er **volgens de huisarts** nu net aan de hand was met de pees?<br><br>Wat vertelde **de huisarts** over de rol van pijn bij belasting tijdens het herstel?<br><br>Welke vooruitzichten bracht de huisarts? | Wat was volgens de huisarts de meest waarschijnlijke oorzaak?<br><br>Zijn er hulpmiddelen gebruikt? Vond je dit handig?<br><br>Eerder te vermijden? Eerder te monitoren?<br>Hoe op te volgen? **Concreet?** |

| | | |
|---|---|---|
| | | Eerder kort herstel? Eerder lang?<br>Eerder eenvoudig te behandelen? Eerder moeilijk? |
| | Wanneer je na de consultatie naar huis ging, in welke mate had je toen het gevoel dat je begreep wat er aan de hand was? | Was de uitleg voor jou duidelijk?<br><br>Had je het gevoel dat wat de huisarts vertelde een logische verklaring was voor jouw probleem?<br><br>Welke zaken waren er voor jou nog onduidelijk?<br><br>Kwam de informatie die je kreeg van de huisarts overeen met wat je zelf dacht?<br><br>Welke informatie miste je nog?<br><br>Wat had je, achteraf gezien, graag van in het begin geweten? |
| Gevoel rond communicatie | Wat vond je over de manier waarop de huisarts het probleem aan jou probeerde uit te leggen? | <u>Frustraties rond zorgverleners en hun aanpak</u><br><br>Vond je dat de huisarts **voldoende tijd** nam om de **diagnose** ervan te bespreken? Waarom wel/niet?<br><br>Vond je dat de huisarts **voldoende tijd** nam om de **aanpak** ervan te bespreken? Waarom wel/niet?<br><br>Vond je dat de huisarts **voldoende geluisterd** heeft naar jouw individuele klachten en vragen?<br><br>Had je de indruk dat de huisarts voldoende kennis had rond dit onderwerp?<br>Vond je dat de huisarts zelfzekerheid uitstraalde? Of eerder onzeker leek?<br>Had je vertrouwen in wat de huisarts aan jou vertelde?<br><br>Kwam de informatie overeen met wat je van andere zorgverleners had gekregen? Indien nee, wat vind je daar van |
| (Gevoel rond) Management | Wat was volgens jouw huisarts de meest aangewezen behandeling? | Hoe voelde je jezelf hierbij? (bij keuze behandeling)<br><br>Kan je mij in je eigen woorden nog eens vertellen waarom deze behandeling volgens je huisarts een oplossing zou bieden voor jouw probleem?<br><br>Had je hier vertrouwen in? Had je het gevoel dat deze behandeling effectief een oplossing zou bieden voor jouw probleem? |
| | Wat was volgens jou de meest aangewezen behandeling? | En waarom? |
| | Voor welke behandeling werd er uiteindelijk gekozen? | |
| | In welke mate lukte het voor jou om de behandeling vol te houden? | Is het gelukt om de behandeling vol te houden? Zoja, hoe (concreet)?<br>Was je gemotiveerd om de behandeling vol te houden?<br>Wat maakte het voor jou moeilijk om dit vol te houden?<br>Wanneer het niet lukte om het vol te houden, waardoor kwam dit volgens jou?<br>Wat had het voor jou makkelijker kunnen maken om de behandeling vol te houden? |

| | | |
|---|---|---|
| Emotionele impact van diagnose | Met welk gevoel liep je de consultatieruimte uit?<br><br>In welke mate voelde je je gesteund/gerustgesteld door de huisarts? | Opluchting? Onzekerheid? Angst? Frustratie?<br><br>Had je het gevoel dat het wel in orde zou komen?<br>Hoe beïnvloeden de gevoelens het vertrouwen in de behandeling? |
| Verbeterpunten | Als je nadenkt over hoe het gesprek verliep, wat zou je graag anders gezien hebben?<br><br>Welke zaken heb je gemist?<br><br>Welke tips zou je aan toekomstige huisartsen geven die in de toekomst zo'n gesprekken zullen voeren? | Uitleg, manier van communicatie, vertrouwen, etc |

## *10.4. Figuur 1: Demografische kenmerken participanten*

| Deelnemer | Geslacht | Leeftijd |
|---|---|---|
| Arts 1 | Man | 44 |
| Arts 2 | Vrouw | 43 |
| Arts 3 | Vrouw | 36 |
| Arts 4 | Man | 62 |
| Arts 5 | Vrouw | 60 |
| Arts 6 | Man | 61 |
| Patient 1 | Man | 26 |
| Patiënt 2 | Vrouw | 43 |
| Patiënt 3 | Vrouw | 52 |
| Patiënt 4 | Man | 60 |
| Patiënt 5 | Man | 41 |
| Patiënt 6 | Man | 50 |
| Patiënt 7 | Vrouw | 35 |

**Figuur 1**

# 11. Gebruik van AI

Tijdens het opstellen van deze masterproef werd Microsoft Copilot, een generatieve AI-tool, gebruikt. Het gebruik van AI was uitsluitend voor het herschrijven van zinnen en verbeteren van de structuur. De tool werd enkel ingezet als hulpmiddel ter optimalisatie van deze scriptie, niet voor inhoudelijke of wetenschappelijke analyse. De gegenereerde tekst werd tevens door de schrijvers kritisch beoordeeld. De auteurs zijn ten allen tijde eindverantwoordelijke voor de inhoud en kwaliteit van de masterproef.