KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Het toepassen van richtlijnen in de zorg voor patiënten met knieartrose: Kwalitatief onderzoek naar barrières en bevorderende factoren vanuit het patiëntenperspectief.

HAIO: Jurgen Desfossés

Promotor: Dr. Rosella Hermens en Dr. Patrik Vankrunkelsven

Co-promotoren: Drs. Lies Grypdonck

Praktijkopleider: Roger Artois

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Abstract :

Context:
Knieartrose is een veel voorkomend probleem. Naar schatting heeft 10% van de bevolking boven de 50 jaar in België en Nederland knieartrose. Net zoals voor andere pathologie tracht men de aanpak hiervan hedendaags te baseren op Evidence-Based Medicine. Er bestaan meerdere richtlijnen hiervoor, maar in de praktijk blijkt uit kwantitatief ondezoek dat een groot deel van de patiënten deze zorg niet krijgt. Via kwalitatief onderzoek willen we achterhalen hoe dit komt. Meer bepaald wilden we vanuit het standpunt van de patiënt te weten komen welke barrières en bevorderende factoren er bestaan. Andere gelijkaardige onderzoeken worden uitgevoerd bij huisartsen, kinesisten en orthopedisten

Onderzoeksvraag
1. Welke barrières en bevorderende factoren bestaan er wat betreft het volgen van de richtlijnen omtrent knieartrose in het algemeen?
2. Welke barrières en bevorderende factoren vanuit het perspectief van de patiënt zijn reeds gekend in de literatuur?
3. Welke barrières en bevorderende factoren bestaan er wat betreft het volgen van de richtlijnen bij knieartrose, vanuit het oogpunt van de patiënt?
4. Hoe kunnen we op grond van deze barrières en bevorderende factoren een strategie ontwikkelen, die de kwaliteit van de zorg ten goede komt? Met andere woorden: zorg meer conform de richtlijnen maken.

Methode
In een literatuuronderzoek zochten we hoe de factoren te vinden en te categoriseren, en welke barrières en bevorderende factoren reeds onderzocht werden bij knieartrose. Vervolgens zochten we zelf de antwoorden via diepte-interviews bij individuele patiënten. We includeerden interviews met 11 patiënten uit 7 verschillende huisartsenpraktijken. De interviews werden uitgeschreven en gecodeerd met het programma QRS NVIVO. Voor het coderen baseerden we ons op de zes domeinen waaronder men barrières en bevorderende factoren kan indelen, weergegeven in het framework van Grol et al., en op 29 richtlijnaanbevelingen die door een expertenpanel werden samengesteld voor een doctoraatsthesis. Dit werd door twee onafhankelijke onderzoekers gedaan. Na het coderen en benoemen van alle barrières en bevorderende factoren werd getracht een implementatiestrategie voor de praktijkrichtlijnen op te stellen.

Resultaten
We vonden 32 barrières en 18 bevorderende factoren. Er hebben 2 barrières betrekking op de richtlijn, 7 op de hulpverlener, 10 op de patiënt, 4 op de sociale setting, 5 op het organisatorisch kader en 4 op het financieel, maatschappelijk of politiek niveau. Op dezelfde manier konden we de bevorderende factoren indelen: 1 met betrekking tot de richtlijn zelf, 3 met betrekking tot de hulpverlener, 8 tot de patiënt zelf, 3 tot de sociale omgeving en 3 tot het organisatorisch niveau. We vonden geen bevorderende factoren op het financieel, maatschappelijk of politiek niveau. Het valt op als we naar de hoeveelheid kijken, dat het grootste aantal factoren zich situeert op het vlak van de patiënt zelf, en vervolgens vooral op de domeinen van de hulpverlener en de sociale omgeving. Dit is te verklaren omdat de patiënt een zeer persoonlijke kijk op de problematiek heeft en meestal niet medisch geschoold is. De richtlijnen of de organisatie van de gezondheidszorg zijn onvoldoende gekend om hier op barrières te wijzen.
Het belang van informatie en goede communicatie kwam opvallend vaak terug, op meerdere domeinen. Ook motivatie, tijd en vertrouwen speelden volgens de patiënten een belangrijke rol, zowel bij de patiënt als bij de hulpverlener en de omgeving. Soms handelt de hulpverlener helemaal niet volgens de praktijkrichtlijnen, maar anderzijds volgt de patiënt soms liever zijn

opvatting die niet conform de richtlijnen is. Een gebrek aan kennis, negatieve ervaringen, onrealistische verwachtingen en angst voor een slechte outcome zijn voorbeelden hiervan. Bepaalde patiënten kunnen de behandeling volgens de richtlijnen zeer moeiijk uitvoeren omwille van bestaande co-morbiditeiten. Hieruit is af te leiden dat het aanbieden van correcte informatie, zowel vanwege de hulpverlener als vanwege de omgeving, en duidelijk patiëntgericht communiceren bevorderende factoren zijn. Hoe meer kennis de patiënt heeft, hoe meer dit kan leiden tot de correcte behandeling. Ook voldoende overleg tussen hulpverleners onderling kan een bevorderende factor zijn bij de organisatie van de chronische zorg, vermits de patiënten meermaals vertelden dat dat misliep.
We konden enkele concrete stappen verwoorden ter bevordering van implementatie van de richtlijnen, zowel voor medische professionals individueel, als voor het bredere perspectief van organisatie van zorg, zoals de rol van de overheid en mutualiteiten.
Het integreren van langdurigere oefentherapie in de kinesitherapie zou een optie kunnen zijn, aangezien men voorlopig slechts op een beperkt aantal individuele sessies met terugbetaling recht heeft. Aansluitend zou men via allerlei kanalen, zoals het internet, meer kunnen sensibiliseren over knieartrose. Communicatie onder hulpverleners onderling optimaliseren zou ook de zorg ten goede komen.

Conclusie

We konden via het onderzoek de factoren achterhalen, ondanks enkele zwakke punten zoals een kleine steekproef die alleen in de Belgische gezondheidszorg werd geselecteerd, kans op BIAS, en geen overzicht op de belangrijkheid van factoren afzonderlijk. De gevonden barrières en bevorderende factoren komen overeen met wat eerder gevonden werd in de bestaande literatuur. De impact van elke factor afzonderlijk is echter niet in te schatten.
Kwantitatief onderzoek, met een grotere, representatieve steekproef is nodig om hardere conclusies te kunnen trekken en de strategie verder te ontwikkelen met betrekking op de factoren die het belangrijkste worden gevonden. We kunnen na dit onderzoek pleiten voor aandacht voor implementatie bij elk individueel arts-patiënt contact. Men kan zo niet alleen de richtlijnen zelf volgen, maar ook vertalen naar de context en persoon van elke individuele patiënt.

Inhoudstafel:

Abstract 2
Inhoudstafel 4
1.Inleiding 5
2. Literatuurstudie 7
2.1 Onderzoeksvragen 7
2.2 Methodiek 7
2.3 Resultaten 7
2.4 Bespreking Onderzoeksvraag 1 8
2.4.1 Barrières en bevorderende factoren voor implementatie van een richtlijn 8
2.4.2 Hoe barrières en bevorderende factoren achterhalen? 9
2.4.3 De verschillende invalshoeken 11
2.5 Bespreking Onderzoeksvraag 2 13
2.5.1 Het perspectief van de Patiënt 13
2.5.2 Barrières en bevorderende factoren bij implementatie van richtlijnen voor knieartrose, vanuit het perspectief van de patiënt 13
2.6 Conclusie 15
3. Onderzoek 17
3.1 Doelstellingen 17
3.2 Onderzoeksvragen 17
3.3 Methodiek 17
3.4 Bespreken Onderzoeksvraag 3 : Barrières en bevorderende factoren 18
3.4.1 Barrières en bevorderende factoren bij de richtlijn 19
3.4.2 Barrières en bevorderende factoren bij de hulpverlener 20
3.4.3 Barrières en bevorderende factoren bij de patiënt 22
3.4.4 Barrières en bevorderende factoren bij de sociale omgeving 25
3.4.5 Barrières en bevorderende factoren op organisatorisch vlak 26
3.4.6 Barrières en bevorderende factoren op financieel, politiek of maatschappelijk vlak 28
3.5 Resultaten Onderzoeksvraag 4: Implementatiestrategie 29
3.5.1 Het belang van communicatie met de hulpverlener 29
3.5.2 Informeren van de patiënt en zijn omgeving 30
3.5.3 Organisatie en gebruik van de zorg optimaliseren 30
4. Discussie en Besluit 32
5. Dankwoord 35
6. Referenties 36
7. Addenda 39
7.1 Tabel 1: De Richtlijnen 39
7.2 Tabel 2: 50 knelpunten volgens Fleuren et al. 41
7.3 Tabel 3: Vragenlijst volgens Peters et al. 43
7.4 Tabel 4: Stake et al. Vs Yin et al. 45
7.5 Afbeelding 1: Praktisch overzicht op het proces van implementatie 45
7.6 Script Diepte-interviews 46
7.7 Informed Consent 47
7.8 Tabel 5 en 6 : Barrières en bevorderende factoren bevonden uit de diepte-interviews bij patiënten ingedeeld volgens de 6 domeinen van Grol et al. 48
7.9 Tabel 7 en 8: Procentuele verdeling van de barrières en bevorderende factoren gevonden in de diepte-interviews, ingedeeld volgens de 6 domeinen van Grol et al. 49
7.10 Tabel 10: Implementatiestrategieën 49

1. Inleiding

Knieartrose is een probleem dat veel mensen treft. Hiervoor kunnen we ons baseren op de cijfers van de INTEGO-databank en '*Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)'.*
De incidentie van knieartrose in Vlaanderen tussen 2008 en 2010 bedroeg 2.25 bij mannen en 4.52 bij vrouwen per 1000 personen, per jaar. (1) De laatste jaren is er een stijgende trend. De INTEGO-databank geeft geen gegevens over prevalentie.
De cijfers in Nederland (2011) zijn gelijkaardig. De NIVEL-databank geeft geen gegevens over incidentie van knieartrose specifiek. We vinden wel een incidentie van algemene artrose, nl. 8.4 per 1000 patiëntjaren. De prevalentie hiervan wordt geraamd op 58,9 per 1000 personen per jaar. (2) Bij de wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vinden we dezelfde cijfers terug. (3)
Naar schatting hebben in Nederland 1,1 miljoen mensen een vorm van artrose, en 312.000 mensen specifiek knieartrose. (2)

Artrose, algemeen bekeken, treedt vaker op bij vrouwen dan bij mannen en komt het meest voor bij patiënten boven de 65 jaar. Ongeveer 10% van de 50-plussers in België en Nederland hebben knieartrose. Ook dit is vergelijkbaar met cijfers wereldwijd: 6 tot 13% van de mannen ouder dan 45 jaar heeft knieartrose, en 7 tot 19% van de vrouwen boven deze leeftijd. De prevalentie stijgt verder leeftijdsgebonden, tot meer dan 40% in de leeftijdsgroep boven 75 jaar oud. (3,4)
Knieartrose is dus, zeker voor de toekomst, belangrijk, en niet te onderschatten.
Exacte cijfers zijn niet bekend voor België. Maar het is de meest voorkomende gewrichtspathologie, die veelal impact heeft op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven. (5) De WHO schat dat 80% van de mensen met artrose hinder ondervindt en 25% zelfs problemen ondervindt tijdens de dagelijkse activiteiten.(3, 6)

De belangrijkste risicofactoren zijn leeftijd, het vrouwelijk geslacht, overgewicht, standafwijking, doorgemaakte knieletsels en familiale belasting. Artrose van de knie kenmerkt zich klinisch door belastingsgebonden pijn en/of functiebeperkingen. (7)

Artrose is een proces waarin degeneratie van het gewrichtskraakbeen centraal staat. In het gewricht ontstaan compensatoire mechanismen zoals osteofietvorming en beenderige verbreding. Deze manifestaties kunnen worden nagegaan tijdens het klinisch of bij radiografisch onderzoek. Artrose van de knie kan zich voordoen in de mediale en laterale tibiofemorale compartimenten, in het patellofemorale compartiment of in een combinatie van meerdere compartimenten.

De pathologie heeft een langzaam, wisselend progressief verloop. Gezien de oudere leeftijd van de patiënt is er ook vaak sprake van co-morbiditeit. Ruim 20% van de patiënten met artrose heeft hart- en vaatziekten, en ook diabetes mellitus en kanker komen relatief vaak voor. (2)
Dit kan invloed hebben op het beleid bij de behandeling van de knieartrose.

Voor een goede behandeling van knieartrose bestaan er inmiddels evidence-based richtlijnen, zoals deze van de *Nederlandse Orthopedische vereniging* en de *Osteoarthritis Research Society International* (OARSI). (4,6,8) Dr. Randy Buelque heeft deze richtlijnen uitvoerig besproken in zijn thesis die we terugvinden via de ICHO-website. Dr. Lies Grypdonk heeft uit de bestaande richtlijnen kernaanbevelingen gehaald en omgezet naar de indicatoren, die we verder zullen gebruiken in dit onderzoek.(Bijlage 8.1, Tabel 1).

Voor optimale zorg en klinische praktijkvoering dient de huisarts deze evidence-based richtlijnen zo veel mogelijk te volgen. In veel gevallen blijkt de patiënt echter niet de zorg te krijgen conform deze richtlijnen. Zo blijkt uit een meta-analyse van Wallis et al. dat slechts 13% tot 41% de

aanbevolen dagelijkse hoeveelheid beweging daadwerkelijk haalt. (7) Deze marge is nogal ruim; daar zijn twee verklaringen voor. De uitgevoerde onderzoeken varieerden namelijk in kwaliteit, en ook in de (sub)groepen van patiënten die onderzocht werden zaten er enkele verschillen zoals leeftijd, achtergrond en co-morbiditeit. Maar zelfs met deze ruime variatie zeggen de resultaten dat bij meer dan de helft van de patiënten de arts geen, of niet de juiste adviezen en behandeling geeft, of dat de patiënt deze naast zich neer legt.

Vanuit verschillende invalshoeken kan men onderzoeken wat redenen zijn waardoor artsen zich niet aan richtlijnen houden. Wij willen met deze masterproef uitzoeken wat er vanuit het perspectief van de patiënt kan weerhouden worden, waardoor de richtlijnen niet of wel gevolgd worden. Hiervoor stellen we een kwalitatief onderzoek op, gebruik makend van diepte-interviews. Aan de hand van de analyse van deze interviews met NVIVO willen we barrières en bevorderende factoren identificeren. Barrières zijn die zaken die de optimale zorg zoals beschreven in evidence-based richtlijnen belemmeren, bevorderende factoren zijn factoren die kunnen helpen of aanzetten tot de zorg conform de richtlijnen. Hiermee kan dan een strategie uitgewerkt worden om de zorg volgens evidence based medicine (EBM) beter te implementeren.

2. Literatuurstudie

Zoals eerder besproken zijn er richtlijnen ontwikkeld omtrent de zorg voor de patiënt met knieartrose. Deze werden uitvoerig besproken door Dr. Randy Buelque in zijn thesis. Het werd duidelijk dat veel patiënten deze vooropgestelde zorg niet krijgen. Het is niet het doel om zijn inspanningen te herhalen. Ons doel is antwoorden te vinden, waarom deze richtlijnen niet altijd gevolgd worden, onderzocht vanuit het perspectief van de patiënt. Ter voorbereiding van dit kwalitatief onderzoek, zochten we in de literatuur naar antwoorden.

2.1. Onderzoeksvragen

1. Welke barrières en bevorderende factoren bestaan er wat betreft het volgen van de richtlijnen omtrent knieartrose in het algemeen?
2. Welke barrières en bevorderende factoren vanuit het perspectief van de patiënt zijn reeds gekend in de literatuur?

2.2. Methodiek

Om vraagstellingen 1 en 2 te beantwoorden werd een uitgebreide literatuurstudie verricht volgens de watervalmetafoor *(Degryse, 1997)*.
Ten eerste zochten we in de NHG-standaarden, en de richtlijnen van Domus Medica, Ebmpracticenet, The National Institute for Health and Care Excellence (NICE, UK), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), d*e Nederlandse Orthopedische vereniging* en The Osteoarthritis Research Society International (OARSI). Vervolgens doorzochten we Pubmed en de Cochrane databank. De volgende Mesh-termen werden gebruikt: "Practice Guidelines as Topic", "Qualitative Research", "Health Plan Implementation", "Patiënt s" en "Osteoarthritis, Knee". Om de resultaten te vergroten werden de volgende combinaties gebruikt:

- "Qualitative Research", "Health Plan Implementation", "Patiënt s" en "Practice Guidelines as Topic"
- "Health Plan Implementation", "Patiënt s", "Practice Guidelines as Topic" en "Osteoarthritis, Knee"
- "Practice Guidelines as Topic", "Qualitative Research" en "Osteoarthritis, Knee"

Er werd ook steeds vrije tekst bijgevoegd, met name de woorden "Barriers", "Facilitators", "Optimise", "Inhibit", "Inhibitor" en "Influence", vermits deze begrippen niet gecodeerd waren als Mesh-termen. Dit leverde echter geen bijkomende resultaten op.
We maakten verder dankbaar gebruik van de naslagwerken over kwalitatief onderzoek naar de barrières en bevorderende factoren die ons door Dr. Lies Grypdonck aangereikt werden, met name: "Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties." (TNO Preventie en gezondheid, 2002) en "Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg." (Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK), UMC St Radboud, 2003.) Ten slotte werden epidemiologische gegevens geëxtraheerd uit de websites van Intego en Nivel.

2.3. Resultaten

Er werden in totaal 259 artikels gevonden. Op basis van het abstract werden 23 artikels weerhouden, waarvan er 9 handelden over specifiek kwalitatief onderzoek bij knieartrose. Quaternaire en tertiaire bronnen leverden geen relevante informatie op, zij werden enkel gebruikt voor het controleren van de te volgen richtlijnen.

2.4. Bespreking Onderzoeksvraag 1

2.4.1. Barrières en bevorderende factoren voor impelementatie van een richtlijn

'Evidence based medicine' (EBM) staat voor kwaliteitsvolle zorg met goede resultaten, en aanvaardbare kosten voor de gezondheidszorg. Het begrip werd nog relatief recent geïntroduceerd – het is sinds 1997 terug te vinden als Mesh in medline. De uitdaging om deze EBM vanuit de theorie naar de dagelijkse praktijk te krijgen is echter zeer moeilijk gebleken. (9)
Het gebruik van evidence-based richtlijnen zou de 'gap' tussen EBM en de dagelijkse klinische praktijk kunnen dichten.Toch loopt de introductie van deze richtlijnen vaak mis, en gaat met veel frustratie gepaard, omwille van het mislukken. (10)

Waarom dit zo moeilijk blijkt, is ten eerste te wijten aan het feit dat er veelal geen eenduidige strategie is wat betreft het implementeren van de richtlijnen, en dat er te weinig bekend is over de barrières en bevorderende factoren die hier een rol spelen. Eveneens is er geen degelijk en uniform meetinstrument om deze barrières en bevorderende factoren te meten. (11) Wat betreft knieartrose maakt de variatie binnen de eerste lijnszorg dit evenzeer complex.
Niet alleen de artsen zijn hiervoor verantwoordelijk. Zoals verder in het literatuuronderzoek zal blijken, spelen ook andere actoren in de gezondheidszorg een rol, zoals de richtlijnen zelf, de patiënten, de sociale omgeving, en de middelen die voorhanden zijn. Bij het opstellen van richtlijnen zou men dus niet alleen aandacht moeten schenken aan de inhoud, maar ook aan het praktische luik: hoe kan men deze implementeren? (12) Meestal is er nauwelijks een probleemanalyse uitgevoerd die aan de implementatie voorafgaat, of is er een invoerstrategie gebruikt, die helemaal niet onderbouwd is door een probleemanalyse. Een goede implementatiestrategie kan het gebruik van richtlijnen aanzienlijk verbeteren. (11)

Indien een nieuwe praktijkrichtlijn niet geloofwaardig is, of praktisch gewoonweg niet haalbaar, of de bijbehorende veranderingen een te sterke wijziging in de manier van werken vragen, dan loopt het vaak mis. De gezondheidszorg is een complex gegeven waar de synergie van arts, patiënt en de overkoepelende organisatie een rol speelt, zeker als we uitgaan van werken met EBM. (13) (Bijlage 8.5, Afbeelding 1)

Er is geen 'magische' oplossing voor perfecte implementatie van richtlijnen. Men beschrijft hoe men dit wel kan faciliteren door de modellen: '*Push'* en *'Pull'*.
"Push" focust op de richtlijnen zelf. De richtlijn dient gebaseerd te zijn op sterke literatuur en expertise, transparant te zijn en bruikbaar voor een breed publiek met verschillende organisaties en culturen. Ze moet gemaakt worden aan de hand van meetbare doelen. Men stelt ze idealiter zo op, dat ze zo goed mogelijk integreerbaar is met de huidige manier van werken.
Men biedt de richtlijnen aan artsen via bv. e-mails, informatiebrochures, of het elektronisch medisch dossiers aan, en men meet dan de kwaliteit van zorg aan de hand van klinische eindpunten. Deze klinische eindpunten tonen dan idealiter het nut van de richtlijn, bv. door het goed toepassen van medicatie, is er een duidelijk verband met verbeteringen zoals een verminderde mortaliteit, gestegen levenskwaliteit of gedaald aantal ziekenhuisopnames. Met deze resultaten kan men overtuigen, zodat de richtlijn geïmplementeerd blijft.
'*Pull'* is dan weer een strategie waar men focust op de vraag naar de richtlijn. Men zal de richtlijn dus niet zomaar aanbieden via verschillende kanalen zoals bij de '*Push*'-strategie. Men tracht echter in te spelen op bestaande onzekerheden, of men kan de artsen belonen indien hun zorg meer conform de richtlijn verloopt. Samen met de gecreëerde vraag moet men ervoor zorgen dat de richtlijn beschikbaar is, bijvoorbeeld via een gekende database op internet, vakliteratuur, etc. Kwaliteit van de zorg wordt dan best rechtstreeks gemeten aan de hand van het toepassen van de

guideline. Dit gebeurt aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Men kan bv. meten hoeveel patiënten met een bepaalde pathologie, de aangewezen medicatie of kinesitherapie krijgen. Per patiënt, of percentage van patiënten kan de arts dan een premie krijgen. Als de arts, of andere gezondheidswerker, dit weet, kan dit hem motiveren om meer te zoeken naar richtlijnen, en deze ook te blijven implementeren.
Men kan natuurlijk steeds deze strategieën combineren. (12,13)

Aan de hand van vergelijkende studies blijkt dat de kans op implementatie groter is indien men een echte interventie plant, aangepast aan de op voorhand gevonden barrières. Baker et al. voerden een analyse uit op 26 studies, onderverdeeld in sub-groepen naar de mate waarin de interventie was toegespitst op de gekende barrières. Zij vonden een odds ratio van 1.63 (95% CI, 0.64 -4.18) bij sterk aangepaste interventies en een odds ratio van 1.44 (95%,CI, 1.26 - 1.66) bij gemiddeld aangepaste interventies. (14) Grimshaw et al. analyseerden 235 studies en toonden aan dat praktische voorbeelden zoals frequente reminders (14,1%), richtlijnen voorzien van educatief materiaal (8,1%), audit en feedback (7%), en multi-faceted educatie (6%) een verbetering teweeg brachten aan het toepassen van de richtlijnen. (15)

Een specifieke strategie om een richtlijn te implementeren is dus meer effectief. Voor knieartrose is er in de literatuur echter nog geen dergelijke strategie te vinden, en is er onvoldoende informatie beschikbaar over gekende barrières en bevorderende factoren waarop ingespeeld kan worden. Dit zullen we in het eigen onderzoek trachten te vinden. We stellen nu vast dat meer onderzoek nodig is naar de ideale manier om deze barrières te vinden, de nodige aanpassingen bij implementatie te kennen, en om de effectiviteit van zo'n interventie te meten. In weinig onderzoek kan men de implementatiestrategie rechtstreeks vergelijken met een controlegroep, waarbij men dan veronderstelt dat de richtlijnen gewoon werden aangeboden zonder meer. Bovendien is er nog geen follow-up op lange termijn, en achterhaalt men niet welke aanpassing of barrière net verantwoordelijk was voor de verbeterde implementatie.(14)

2.4.2. Hoe barrières en bevorderende factoren achterhalen?

De barrières en bevorderende factoren voor implementatie van EBM kan men op verschillende manieren proberen te achterhalen. Men werkt met vragenlijsten, of semi-gestructureerde interviews, zowel individueel (diepte-interview) als in groep (focus-groep).

Fleuren et al. hebben onderzoek verricht naar generieke belemmerende en bevorderende factoren, en hoe men deze zou kunnen meten. Men stelde vast dat een dergelijke manier van werken al veel werd toegepast in andere sectoren (zoals het bedrijfsleven, het onderwijs, ...), maar binnen de gezondheidszorg nog niet vertrouwd was. De meeste ervaring is opgedaan bij implementatie van richtlijnen onder individuele zorgverleners.
Uit 52 empirische studies omtrent het introduceren van richtlijnen haalden Fleuren et al. 52 beïnvloedende factoren. Zij verdeelden die in vier categorieën: de verandering zelf (EBM-introductie), de gebruiker, de organisatie en de sociale omgeving. Opvallend is dat de patiënt hierbij geen rol krijgt toebedeeld. (Bijlage 8.2, Tabel 2)
Fleuren et al. hadden eveneens 15 meetinstrumenten gevonden om belemmerende en bevorderende factoren te meten. Geen enkel meetinstrument bestrijkt én alle categorieën van factoren, én is onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit, én heeft betrekking op de hedendaagse gezondheidszorg. (NB: De Nederlandse gezondheidszorg, mits dit een Nederlandse studie was.) Dit neemt niet weg dat er een aantal veelbelovende meetinstrumenten tussen zitten, zoals de vragenlijsten: 'Barriers' van Funk et al. , ''DDQ' van Bedell et al. en 'IRS' van Snyder-Halpern et al. (11) Dit zijn vragenlijsten die kunnen gebruikt worden bij verplegend personeel als zij geconfronteerd worden met een innovatie zoals een nieuwe richtlijn, of een verandering in

organisatie. Met andere woorden: men kan de vragenlijst zowel voor als na de vernieuwing gebruiken. De vragenlijsten hebben betrekking op de verandering zelf, de gebruikers, het perspectief van de gebruiker, de organisatie, de omgeving, de validiteit en betrouwbaarheid. Maar er kunnen nog steeds zaken mee gemist worden.

Om barrières en bevorderende factoren te bespreken in wetenschappelijke literatuur wordt het PARIHS-model veel gebruikt. (9) Hierin beschrijft men implementatie in functie van drie factoren: de EBM zelf, de omgeving waarin de EBM gebruikt wordt, en de manier van faciliteren. Hieronder kan men allerlei elementen categoriseren: de literatuur of de expertise waarop de EBM gebaseerd is kan onvoldoende sterk zijn, of de informatie er omtrent onvoldoende duidelijk. Dit zou dan een barrière zijn bij de EBM zelf. Voorbeelden van barrières in de context zijn bijvoorbeeld een organisatie of structuur die de nieuwe richtlijn niet goed toelaat, onvoldoende positieve feedback of gebrek aan teamwork , en leiderschap dat de richtlijn aanmoedigt. ... Het PARIHS model benadrukt dus ook al het nut van faciliteren: bevorderende factoren die implementatie aanmoedigen. Dit kan gaan over mensen die nieuwe vaardigheden of kennis aanbieden, goede communicatie over wat men waar moet veranderen, feedback, etc.

Richard Grol et al. (16) verruimden dit tot 6 categorieën. Met name, knelpunten met betrekking tot:

- De richtlijn zelf
  (Slechte wetenschappelijke onderbouwing, inhoud is niet begrijpelijk genoeg, richtlijn geeft te weinig ruimte voor wens patiënten...)
- De hulpverlener
  (Te weinig kennis of vaardigheden, onvoldoende opgeleid, twijfels omtrent aanbevelingen, moeite met aanpassen van oude routines...)
- De patiënten
  (Patiënten nemen weinig verantwoordelijkheid, andere culturele achtergrond, economische status...)
- De sociale omgeving
  (Onvoldoende ondersteunend personeel, onvoldoende samenwerking tussen professionals, collega's of leidinggevenden werken niet mee, familie ondersteunt niet...)
- Het organisatorisch niveau
  (Tekortkomingen in administratie, informatiesysteem of de zorgorganisatie, ontbreken van bepaalde materialen, ...)
- Het financieel, politiek en maatschappelijk niveau
  (Onvoldoende financiële vergoeding of tegemoetkoming, te weinig politieke aandacht...)

Deze praktische en veel gebruikte indeling lijkt het meeste ruimte te geven om alle barrières en bevorderende factoren onder te brengen. Ze besteedt bijvoorbeeld meer aandacht aan de rol van de patiënten zelf, in tegenstelling tot de eerder aangehaalde indelingen. Wij zullen deze indeling dan ook zo veel mogelijk gebruiken bij het eigen onderzoek, vermits dit ook de klemtoon legt op de visie van de patiënt.

Alvorens de barrières en bevorderende factoren te categoriseren en aan te pakken kan men ze dus opsporen op verschillende manieren. Zoals hierboven vermeld kan men werken met vragenlijsten, of semi-gestructureerde interviews, zowel individueel (diepte-interview) als in een groep (focus-groep). Er is op dit moment in de literatuur geen gouden standaard te vinden, of een methode met meer effectiviteit of kwaliteit dan andere methoden.
Peters et al. creëerden bijvoorbeeld een vragenlijst om knelpunten op te sporen bij zorgverleners en patiënten. (17) (Bijlage 8.3, Tabel 3).

Een dergelijke vragenlijst zou enerzijds helpen om een implementatieplan te verbeteren bij elke nieuwe praktijkrichtlijn. Het gebruik van een gestandaardiseerde vragenlijst heeft anderzijds als voordeel dat er een vergelijking met andere projecten kan worden gemaakt. Men kan verklaringen zoeken waarom een interventie de ene keer al dan niet succesvol was bij specifieke zorgverleners, patiënten en instellingen, en de andere keer niet.
Een vragenlijst heeft dan weer als nadeel dat men factoren en nuances kan missen. Men is niet zeker dat elke mening of ervaring van de hulpverlener of patiënt aan bod komt. De proefpersoon kan aanduiden wat hij als knelpunten ervaart, maar de onderliggende reden kan niet achterhaald worden, terwijl deze reden zeer uiteenlopend kan zijn bij verschillende hulpverleners. De implementatiestrategie die men tracht te maken aan de hand van de verkregen resultaten kan dan toch mislopen...

Niet elke vraag bleek bovendien even bruikbaar voor alle betrokkenen die een rol spelen bij de implementatie. Aanvankelijk wilde men één generieke vragenlijst voor zowel zorgverleners als patiënten. Maar voor patiënten zijn bepaalde factoren niet dezelfde als voor de arts. Zij hebben immers niet de klinische kennis die nodig is voor het interpreteren voor een richtlijn. Hun beleving en doel bij verzorging kan volledig verschillend zijn dan die van de zorgverlener. De meningen over de invloed van sociale en culturele factoren kunnen ook ver uiteenlopen. Peters et al. maakten een aangepaste vragenlijst die men kan toepassen op patiënten. Deze week sterk af van deze voor zorgverleners, en was bovendien tamelijk kort. Het werd ook duidelijk dat de antwoorden bij patiënten afhankelijk waren van wanneer men de vragenlijst voorlegde. Indien men na het invoeren van een richtlijn of een interventie te lang wachtte om de patiënten te ondervragen, konden velen zich factoren omtrent de richtlijn niet meer herinneren. (17)

Het is niet alleen moeilijk om de factoren te achterhalen. In de literatuur is vooralsnog geen eenduidige manier te vinden hoe ze te beïnvloeden. In theorie gaan deskundigen er van uit dat alle factoren beïnvloedbaar zijn. Men kan algemeen verwachten dat factoren met betrekking tot de gebruiker en de richtlijn zelf goed beïnvloedbaar zijn. Factoren met betrekking tot de organisatie en de omgeving zullen moeilijker of niet beïnvloedbaar zijn.
Ook de relevantie van factoren, of hoe ze te ordenen, is in de literatuur onvoldoende onderzocht. De invloed van een factor is mede afhankelijk van het soort vernieuwing en de context. Maar dit blijven vooral theorieën waarnaar meer onderzoek nodig is om conclusies te trekken.

2.4.3. De verschillende invalshoeken

De resultaten van onderzoek naar barrières en bevorderende factoren zijn sterk afhankelijk van het standpunt van waaruit men het kwalitatief onderzoek voert. Alle betrokkenen bij de zorg (zorgverleners, patiënten, managers, zorgverzekeraars, overheid etc.) bieden verschillende perspectieven, al kunnen bepaalde zaken veel terug komen.

Huisartsen, zo blijkt uit onderzoek met focusgroepen, voelen zich vooral gehinderd door: een gebrek aan tijd (zeker bij het invoeren van preventieve richtlijnen blijkt tijd schaars door de hoge workload), geld, middelen (managen van alle informatie) en opleiding (onzekerheid over klinische competentie). (10,14,18,19)
Ook al vinden veel huisartsen dat de EBM een goede bescherming kan zijn tegen de druk van de specialistische geneeskunde, en de pharmaceutische industrie, toch heerst er sterke twijfel omtrent de betrouwbaarheid ervan. Dit komt door een gebrek aan duidelijkheid over hoe de richtlijnen tot stand zijn gekomen. Er is een zekere angst voor sterke controle op de therapeutische vrijheid, en het idee van besparen in de gezondheidszorg dat met EBM geconoteerd wordt. Dit geeft het gevoel dat het toepassen van EBM geen absolute prioriteit is. Bovendien vinden veel huisartsen dat eigen ervaring en kennis mogen primeren op de richtlijnen. (10,14) Ook is er twijfel

omtrent de rol die de arts kan innemen bij het overtuigen en motiveren van de patiënt, die zelf medeverantwoordelijkheid heeft. (18)
Opvallend is het feit dat deze barrières ook bij startende artsen, en artsen in opleiding, terugkomen, zoals tijd, kennis en attitude. Dit zien we zowel bij huisartsen als specialisten in opleiding. Zij geven aan dat er sterke opportuniteiten zijn bij de educatie en de houding van hun oudere collega's, of leidinggevende: Indien men door hen wordt aangemoedigd om EBM toe te passen, zal men hier tijdens de opleiding en later ook belang aan hechten. Andere bevorderende factoren waren in groep leren, en veilig en open communiceren. Als men dit kan doen gedurende verschillende fases van de carrière, dan bemoedigt dat ook wederzijds respect en transparantie over medische beslissingen. Gebrek aan deze attitude naar EBM toe, kan net onzekerheid of overdreven vertrouwen in eigen kunnen veroorzaken. (20,21)

Bij andere werknemers in de gezondheidszorg levert kwalitatief onderzoek zeer gelijklopende zaken op.
Bij verpleegkundigen en kinesitherapeuten merkt men op dat zaken zoals hoe de patiënt voor zichzelf zorgt, organisatie in de dagelijkse praktijk, tijd en budget, belangrijke determinanten zijn om de EBM vol te houden. Bijkomend bemerken ook de paramedici de nood aan goede samenwerking, organisatie, leiderschap en communicatie met patiënten die een brede waaier aan karakters ten toon spreiden. (12,22,23)

Hannes et al. voerden via vijf focusgroepen een kwalitatief onderzoek uit naar de barrières en bevorderende factoren van EBM bij kinesistherapeuten in België. Vanuit hun standpunt zijn er enkele interessante aanvullingen die zeker bij een pathologie als artrose van belang kunnen zijn. De voornaamste barrière bij het beroep van kinesitherapeut is het gebrek aan autonomie. Het valt op dat in België de kinesitherapeuten bijna volledig afhankelijk zijn van artsen. Er is zeer weinig ruimte voor de eigen interpretatie, die evenzeer EBM kan bewerkstelligen. Ten tweede zijn officiële richtlijnen niet steeds gemakkelijk bereikbaar of zelfs afwezig. Dan zijn er nog barrières gerelateerd aan de medespelers in de gezondheidszorg. Wat betreft overleg met de overheid heeft de kinesitherapie weinig autoriteit. Er is een sterke invloed van overheid (economische motieven) en artsen. Ten slotte zijn er de verwachtingen van de patiënt zelf en zijn motivatie, om de patiënt te overtuigen de EBM behandeling vol te houden,wat niet altijd lukt. (22)

Tevens speelt de organisatie van de gezondheidszorg op kleine en op grote schaal een voorname rol. Ook wat dit standpunt betreft is er nog zeer weinig onderzoek uitgevoerd. Een Amerikaanse review pleitte ervoor dat men een prioriteit kan maken van het invoeren van EBM. Men gaat dan sterk uit van de 'Push', zoals hierboven besproken. Door duidelijk meetbare doelen te verbinden met de financiële vergoeding die een (para)medicus normaal krijgt zou men invoeren van EBM kunnen verzekeren. Dit is echter niet verder besproken. Het is duidelijk dat de organisatie van ziekenhuizen, praktijken en zelfs de gehele overheid zeker een rol kan spelen. (13)

We kunnen stellen dat EBM-integratie een multifactorieel proces is. Naar meerdere invalshoeken over EBM en de integratie ervan is reeds onderzoek verricht . Het schema van Ploeg et al. geeft een handig overzicht. (23)(Bijlage 8.5, Afbeelding 1) Er is echter nog onvoldoende onderzoek verricht naar de mogelijkheid tot een gegeneraliseerde strategie om barrières en bevorderende factoren op te sporen, en om strategieën te ontwikkelen.
We kunnen hier met andere woorden zeer veel over uitweiden. Een uitgebreide algemene beschrijving van alle factoren zou ons veel te ver leiden. Het doel in dit onderzoek is om te focussen op één veel voorkomende pathologie, de knieartose. Deze pathologie wordt immers een belangrijke uitdaging voor de gezondheidszorg in de toekomst, als we aan de epidemiologische cijfers zoals hierboven besproken denken.
Ook wat de perspectieven betreft gaan we ons toeleggen op specifiek deze van de patiënt. In andere deelstudies is het perspectief van de huisarts en de kinesist reeds onderzocht, en

onderzoek naar het perspectief van de orthopedisten is op dit moment nog lopende. Wij leggen ons toe op het onderzoek bij de patiënt, om ook hier specifieke antwoorden te vinden.

2.5. Bespreking Onderzoeksvraag 2

2.5.1. Het perspectief van de patiënt

Kwalitatief onderzoek naar barrières voor de implementatie van EBM bij patiënten is nog maar zeer beperkt uitgevoerd. De barrières en bevorderende factoren vanuit het standpunt van de patiënt kan men eveneens onderverdelen in de categorieën: oorzaken bij de richtlijn zelf, bij de hulpverlener, bij de patiënt zelf, bij de sociale omgeving, bij de organisatie van de zorg, of oorzaken van financiële, maatschappelijke of politieke aard.
Opvallend is dat het begrip 'communicatie met de arts' hier prominent in voorkomt. Patiënten vermelden frequent dat ze de kennis en informatie omtrent de richtlijnen niet meegekregen hebben van de hulpverlener. (19,24) Artsen daarentegen geven aan dat de eisen van de patiënt het volgen van EBM soms dwarsbomen, zo blijkt uit onderzoek van Van den Boogaard et al. en Van Peperstraten et al. ten aanzien van EBM bij IVF en miskraam. (24,25)

Het blijkt uit onderzoek dat de patiënt niet alle factoren die de arts aangeeft even relevant vindt, of dat de patiënt deze niet goed kan beoordelen. (17) De vragen en visie van de patiënt vormen een uitdaging voor de onderzoeker en de hulpverlener. Implementatie van EBM is meestal benaderd vanuit een postpositivistisch standpunt (Yin et al.). Dit houdt in dat de onderzoeker alles steevast neutraal bekijkt. Een richtlijn is specifiek per pathologie opgesteld, met enkel oog voor de biomedische context. Een gesprek met een patiënt leidt wel eens tot een bevooroordeeld standpunt. Men kan echter ook kiezen voor een constructivistische benadering. (Stake et al.) Hier aanvaardt de onderzoeker de subjectiviteit en probeert op flexibele manier de oorzaken van wat er wel of niet gebeurt te achterhalen. (26) (Bijlage 8.4,Tabel 4) Er is met andere woorden meer aandacht voor de psychosociale context. In ons onderzoek zullen we deze subjectieve kijk van de patiënten tegenkomen en trachten deze te gebruiken.

Het is belangrijk om bij het implementeren van richtlijnen en het verbeteren van de gezondheidszorg ook aandacht te besteden aan de rol van patiënten of cliënten. Als men dit negeert mist men misschien veel kansen die tot betere implementatie leiden. Zoals hierboven vermeld vindt de patiënt niet altijd hetzelfde relevant, of weet hij weinig raad met het biomedische verhaal van zijn aandoeningen. (17) Hij of zij ervaart enkel zijn of haar (subjectieve) beleving. Meer onderzoek met aanvullende methoden dient te gebeuren om het patiëntenperspectief aan het licht te brengen, als we ervoor willen zorgen dat meer dan de helft van de patiënten met knieartrose de correcte zorg krijgen. Enkel en alleen de artsen op de wetenschap en de EBM wijzen kan onvoldoende effect hebben.
Met het oog op ons onderzoek bij de patiënten focussen we ons op de literatuur over de perceptie van de patiënt op de knieartrose.

2.5.2. Barrières en bevorderende factoren bij implementatie van richtlijnen voor knieartrose, vanuit het perspectief van de patiënt

Knieartrose is zoals eerder vermeld een veel voorkomende pathologie bij de oudere bevolking. Toch blijkt dat de artrose vaak geen prioriteit krijgt in de beleving van hun gezondheid. (27) De oudere patiënt heeft regelmatig meerdere co-morbiditeiten. Een richtlijn is echter ziekte-specifiek opgesteld. Dat betekent dat bij één patiënt wel eens meerdere richtlijnen moeten gevolgd worden.

Soms bevatten deze dan tegenstrijdige informatie, kan men dit niet praktisch combineren, of stelt de patiënt verschillende prioriteiten. Bij een systematische review van Cheraghi-Sohi et al. vond slechts een minderheid van de patiënten zijn artrose de belangrijkste pathologie. Dit vooral omwille van de weerslag op hun beweeglijkheid. Veel andere patiënten hadden een afwachtende houding en zouden er pas uitgebreid werk van maken als het verslechterde. (27)

Dit is een gemiste kans. Want ook al denkt men bij 'preventie' vooral aan het cardiovasculaire risico (28), toch kan men ook voor gonartrose preventieve maatregelen nemen. Artrose wordt door veel patiënten beschouwd als een normaal verouderingsproces. Men verbijt de eerste klachten. Zo wordt de kans vaak gemist om het tijdig te diagnosticeren, wat veel later leed kan voorkomen. (29)
Kao et al. voerden diepte-interviews uit, specifiek over deze vroege fase.
Patiënten beleefden de volgende fasen: eerst bewust worden van de klacht, vervolgens raden naar oorzaken (bijvoorbeeld: genetisch belast, ongezonde levensstijl, een vroegere blessure of overbelasting...), dan zoeken naar een strategie om er mee om te gaan (de mening van vrienden, de huisarts, vorige ervaringen, alternatieve medische hulp...) en ten slotte bevestiging willen van de diagnose (via een orthopedist bijvoorbeeld). (30) Pijn is hierin het belangrijkste motief. Indien men dit snel onder controle krijgt, zullen deze fases trager doorloper worden. De evolutie van de pijn en de functiebeperking wordt niet alleen bepaald door de ernst van de artrose, maar ook door leeftijd, BMI, quadricepskracht en vooral psychosociale factoren. (31)

Patiënten beschrijven de pijn in twee types pijn. (30) Doffe chronische pijn, en opstoten van acute, intermittente pijn. Deze laatste, onvoorspelbare pijn heeft meer impact op levenskwaliteit, wegens het verhinderen van dagelijkse bezigheden zoals traplopen, bukken of inslapen. Naast noceptieve pijn beschrijft men vaak ook pijn gelijkaardig aan neuropathische pijn. Of dit betekent dat er meer medicamenteuze opties zijn zal verder onderzoek moeten uitwijzen (32). Pijn kent vele oorzaken en uit onderzoek blijkt dat slechts 57% pijn van alle patiënten met heup- of knieartrose pijn ervaart die gerelateerd is aan de artrose. (33)
Om om te gaan met deze pijnen blijken patiënten eerder de raad op te volgen van hun dagdagelijkse omgeving dan van hun arts. (34) Medicamenteuse behandelingen worden vaak niet opgevolgd door de patiënten, omdat ze dit 'onnatuurlijk' vinden. Men denkt dat men bij chronische pijn volledig afhankelijk van pijnstillers zal worden. Als de arts en patiënt een beslissing omtrent pijnmedicatie gezamenlijk nemen, komt dit de therapietrouw ten goede. (29)

Zowel ter preventie als ter behandeling van knieartrose is bewegen een goede zaak. (4, 6, 29, 31)
Het blijkt echter dat veel huisartsen dit niet voorschrijven of aanraden. Dokters opteren eerder voor passieve behandelingen dan voor actieve. (34) De huisartsen wijten dit aan tijdgebrek, andere prioriteiten wat betreft preventie (zoals rookstop, gezond dieet,...), weinig geloof in de oefentherapie of in hun kracht om te overtuigen, en gebrek aan inzet (en volhouden) van de patiënt. (35)
Bij patiënten zijn de meningen zeer verdeeld. Uit eerdere kwalitatieve studies met patiënten blijkt dat een deel van de patiënten meent dat artrose door de normale veroudering is veroorzaakt, en dat veel bewegen destructief kan zijn. Dit is enkel bij hevig sporten het geval. (36) Anderen zijn wel positief en erkennen sterk hun eigen verantwoordelijkheid. (29)
Hoe dan ook, er wordt vaak niet gestart met een goed bewegingsprogramma, of een opgestart programma wordt niet volgehouden. De oorzaken hiervoor blijken bij verder onderzoek in drie categorieën onder gebracht te kunnen worden:

1) De overtuiging van de patiënt omtrent zijn/haar eigen fysieke capaciteit, zowel wat betreft de algemene conditie als die specifieke van de knie. Indien men te veel pijn in de knie heeft, of zich te zwak voelt, zal men niet willen sporten.
2) De mening van de patiënt over de oefentherapie. Als men eerder advies heeft gekregen van anderen, of een eigen mening had dat sport nadelig was voor de knieën, of negatieve

ervaringen heeft met sport, zal dit de kans op langdurig uitvoeren van oefentherapie enorm verkleinen.

3) Veel patiënten krijgen het advies om te bewegen ook gewoonweg niet van hun arts te horen. Het blijkt uit onderzoek dat de meeste patiënten op voorhand geen verwachtingen of kennis hebben over de inhoud van kinesitherapie of oefentherapie.
4) Ten slotte zijn er veel motiverende factoren: Het gevoel dat men controle heeft over beperkingen, plezier beleeft terwijl men sport, steun vanuit de omgeving krijgt... Gelijkaardige zaken kunnen ook demotiveren: een gebrek aan steun, de juiste middelen niet hebben, een hoge kostprijs, onvoldoende tijd hebben (zeker in combinatie met het werk), de cultuur... (Bijvoorbeeld: Sport werd in interviews vaak vermeld als iets voor jonge mensen, de oudere patiënt voelde zich niet thuis in de sportverenigingen).... (29,35,36,37,38)

De meest geschikte strategie om de 'moeilijke' groep aan het sporten te krijgen is niet meteen gekend. Maar als men individueel per patiënt de knelpunten en bevorderende factoren achterhaalt zou men een aangepast programmma kunnen voorstellen zoals zelfschema's meegeven, kinesitherapie voorschrijven, deelnemen aan groepsessies. Op de motivatie van deze patiënten inspelen is alleszins zeer belangrijk voor de arts. Het helpt zeker en vast als er een positieve ingesteldheid is, en er leuke evaringen zijn jegens sportbeoefenen. (36)

Het komt dus zeer vaak terug dat de omgeving van de patiënt (collega's, vrienden, familie...) een belangrijke rol speelt in het ziekteproces. Dit werkt in beide richtingen. De pijn en beperkingen die knieartrose met zich meebrengen, kunnen het sociale leven en de eigenwaarde van de patiënt fameus doen kelderen. Indien men echter veel steun krijgt vanuit die sociale omgeving en plezier kan beleven tijdens het sporten, dan komt dit het volhouden van de sportbeoefening ten goede, en zo de gehele levenskwaliteit. (34)
Hetzelfde samenspel van persoonlijke klachten, band met de arts en invloed van de omgeving speelt een rol bij de keuze tot chirurgisch ingrijpen. Dit maakt het een beslissing die genomen wordt op een 'breekpunt' vol emoties zoals teleurstelling, frustratie, schaamte. (34, 39) Het valt op dat men sneller geneigd is een totale heupprothese (THP) te laten plaatsen dan een totale knieprothese (TKP). (39,40) Een studie van McHugh et al. toonde dat 25% van de patiënten die in principe geschikt waren voor een TKP, de ingreep niet ondergingen. (41) Meestal is in dit geval de patiënt gekant tegen de chirurgie. Anderzijds zijn er ook gevallen waar een gebrek aan eensgezindheid bij de chirurgen een rol speelt. Zo willen veel orthopedisten de operatie niet uitvoeren indien de patiënt jonger is dan 50 jaar. (41)
Er wordt patiënten zeer vaak geen info gegeven over een chirurgische ingreep die ze later kunnen ondergaan. (42) Ook al is de informatie die op voorhand gegeven wordt zeer bepalend voor wat de patiënt verwacht en hoe hij de revalidatie zal beleven. Dit gaat over informatie die hij of zij krijgt van zowel artsen als anderen in zijn omgeving. Waarschijnlijk zijn er weinig specifieke verwachtingen omtrent de kinesitherapie die op de ingreep volgt, louter 'Ik wil dat het helpt.' Het is aangewezen de patiënt hier, vroeger dan nu het geval is, over te informeren en een programma op te stellen. Zowel voor preoperatieve mobiliteit als postoperatieve revalidatie. (34)

Men mag dus niet vergeten, bij elk contact, om de volledige bio-psychosociale context na te vragen. Om EBM correct toe te passen en dit vol te houden dient de patiënt centraal te staan, niet de ziekte. Onderzoek (ook kwantitatief onderzoek) heeft reeds aangetoond dat een slechte arts-patiënt relatie leidt tot patiënten die hun artsen niet vertrouwen; minder frequent op controle gaan, minder tevreden zijn en het advies minder opvolgen. (43)

2.6. Conclusie

Vandaag de dag tracht men de kwaliteit van zorg te optimaliseren door deze te baseren op EBM. Voor het werken in de praktijk stelt men richtlijnen op, gebaseerd op de medisch wetenschappelijke literatuur. Zo zijn er ook voor knieartrose praktijkrichtlijnen opgesteld. In de praktijk worden deze echter niet altijd toegepast. Nog niet de helft van de patiënten verkrijgt de dagelijks aangewezen hoeveelheid beweging, en ca. een kwart van de patiënten die geschikt zijn voor een TKP worden niet geopereerd.
Indien men de barrières achterhaalt waarom de implementatie van de EBM niet gebeurt, kan men met een gerichte strategie dit trachten te verbeteren. Men kan deze barrières via generieke vragenlijsten of interviews te weten komen.
Men heeft uit eerder onderzoek rondom verschillende aandoeningen al factoren achterhaald die het al dan niet uitvoeren van EBM beïnvloeden. Deze barrières en bevorderende factoren worden vaak opgedeeld in verschillende categorieën. Vaak wordt er gewerkt met de volgende zes categorieën: De richtlijn zelf, de hulpverlener, de patiënten, de sociale omgeving, het organisatorisch niveau en het financieel, politiek en maatschappelijk niveau. Dit is het model van Grol et al.
Men heeft in voorgaand onderzoek vooral de rol van de hulpverleners zelf onderzocht, en hun standpunt op EBM ondervraagd. Voor succesvolle EBM-integratie speelt de patiënt zelf echter ook een belangrijke rol. Zijn of haar verwachtingen (of eisen) kunnen zorgen voor een ander beleid dan dat gebaseerd op EBM. Zijn of haar motivatie om te starten met een behandeling of die behandeling vol te houden, en de redenen waarom hij de behandeling niet volhoudt kunnen dit fel beïnvloeden. Wanneer de arts dit weet kan hij of zij er in de communicatie en voorlichting omtrent het beleid rekening mee houden.

Complicerend bij de patiënt met knieartrose is nog dat hij/zij vaak andere pathologie heeft die hem parten speelt. En die kunnen prioriteit krijgen in de behandeling.
Verder beïnvloeden initiële opvattingen, de fysieke toestand, de communicatie met de huisarts, pijn (en pijnbeleving), steun en advies vanuit de omgeving, de cultuur, motivatie, middelen, kostprijs en tijd alleen de mate waarin een patiënt een behandeling kan en zal volgen. En dit eindigt vaak in een behandeling die niet conform de praktijkrichtlijnen is.

Er is onvoldoende onderzoek uitgevoerd om op basis hiervan een gerichte interventie te plannen om de zorg voor patiënten met knieartrose te verbeteren. De (huis)arts dient de richtlijnen te kennen, en moet nastreven om ze toe te passen, bij elke patiënt individueel. De arts moet dit echter wel vertalen naar de individuele patiënt. Als men de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt achterhaalt, en zijn bio-psychosociale context kent, kan dit ervoor zorgen dat men de patiënt wel kan overtuigen voor een behandeling conform de richtlijnen. Arts en patiënt kunnen met wederzijdse overeenstemming de behandeling bepalen, conform de laatste richtlijnen.

3. Onderzoek

3.1. Doelstelling

Achterhalen met diepte-interviews wat barrières en bevorderende factoren zijn bij de behandeling van knieartrose conform de richtlijnen, vanuit het perspectief van de patiënt. Door bij deze interviews de onderliggende redenen en hun beleving te achterhalen proberen we een strategie te ontwikkelen om de richtlijnen met meer succes te implementeren.

3.2. Onderzoeksvragen

3. Welke barrières en bevorderende factoren bestaan er wat betreft het volgen van de richtlijnen bij knieartrose, vanuit het oogpunt van de patiënt?
4. Hoe kunnen we op grond van deze barrières en bevorderende factoren een strategie ontwikkelen, die de kwaliteit van de zorg ten goede komt? Met andere woorden: zorg meer conform de richtlijnen maken.

3.3. Methode

Studiedesign:
We zochten patiënten met knieartrose uit een zo groot mogelijk aantal huisartsenpraktijken om bevooroordeling van patiënten te voorkomen. We streefden naar meer dan tien verschillende praktijken. Bij deze patiënten werd vervolgens een diepte-interview uitgevoerd.

Studiepopulatie:
De patiënten dienden knieartrose te hebben. Andere co-morbiditeiten of de leeftijd waren geen reden tot uitsluiting. Patiënten met een totale knieprothese wilden we allereerst niet includeren. Alle informatie omtrent de zorg die toegepast werd omwille van deze ingreep werd niet meegerekend. Enkele patiënten werden tussen de eerste contactname en het uiteindelijke interview geopereerd. Omwille van hun nog zeer recente blik op de pre-operatieve zorg, werden deze interviews alsnog geïncludeerd. We trachtten 10 tot 15 interviews te verzamelen. Wanneer op elke vraag een verzadiging werd opgemerkt - dezelfde antwoorden die meermaals terugkwamen - kon er besloten worden dat er voldoende interviews waren afgenomen.

- In de eigen praktijk werden patiënten gezocht via het Elektronisch Medisch dossier. Er werd een lijst opgesteld van alle patiënten bij wie ooit een RX of NMR van de knie is genomen. Dit protocol werd dan gelezen, indien er gonartrose was gediagnosticeerd kwam de patiënt op een lijst met kandidaten. Zo bekwamen we een lijst met 33 patiënten, 5 patiënten hiervan werden daadwerkelijk geïnterviewd. De anderen wensten niet deel te nemen, of konden niet meer geïnterviewd worden omwille van dementie of overlijden.
- Aan 19 andere huisartsen uit de lokale kring(en) van Zaventem werd gevraagd om hetzelfde te doen. Zo werden er nog 5 patiënten gevonden, die aan het onderzoek wilden deelnemen.
- Via reumaliga (meer bepaald een advertentie in hun maandelijks tijdschrift) en het plaatselijk ziekenhuis (meer bepaald advertentie in de wachtzaal bij de consultatie orthopedie) werden de patiënten rechtstreeks aangesproken. Hier reageerden 2 patiënten op waarvan één patiënt werd geïnterviewd. Het interview met de andere patiënte werd niet geincludeerd, zij bleek geen knieartrose maar veralgemeende reumatoïde artritis te hebben.

Data-Verzameling
Patiënten werden gecontacteerd en in geval van interesse werd een een diepte-interview afgenomen bij de patiënten thuis. Dit gebeurde volgens een semi-gestructureerd script. (Bijlage 8.6) De aanbevelingen zoals opgesteld door Drs. Grypdonck, geëxtraheerd uit internationale richtlijnen werden gebruikt om dit script te schrijven. Er werd een vraag gesteld specifiek over elke aanbeveling. Allerlei vragen kwamen zo aan bod omtrent hun zorg, het bekomen van de diagnose, het uitvoeren van behandeling... (Bijlage 8.6: Vragen 1 tot en met 18.) Hierbij werd gepeild naar hun ervaring en mening: waar en waarom liep de zorg niet goed? Waarom deden ze wel of niet wat de arts of kinesist zei? Wat vonden ze van alle informatie? Om niets te missen werden er enkele bijkomende vragen gesteld over hun beleving en ervaringen. (Bijlage 8.6: Vragen 19 tot en met 23.) Ook werd hun mening bevraagd: Hoe zouden we deze hiaten kunnen oplossen? Welke mogelijkheden zouden er zijn?
Vooraf tekenden ze een informed consent, nadat de inhoud van het onderzoek kort besproken werd. (Bijlage 8.7) Indien ze wilden stoppen met deelname tijdens het interview kon dat altijd, en alles werd volledig anoniem afgenomen. De interviews werden integraal opgenomen op audiotape. Van de 12 afgenomen interviews werden er uiteindelijk 11 geïncludeerd voor analyse. Een interview bleek te fel beïnvloed door de co-morbiditeit reumatoïde artritis om de kwaliteit van zorg voor gonartrose te bespreken. De gebruikte interviews werden afgenomen bij 4 mannen en zeven vrouwen, van 40 tot 90 jaar oud. De gemiddelde leeftijd was 66,2 jaar. Acht deelnemers waren gepensioneerd, de overigen werkten nog.

Analyse
Alle interviews werden vervolgens anoniem uitgeschreven, gecodeerd en geclassificeerd met het programma **QSR NVIVO**.
Om te coderen werden 'Nodes' gebruikt, de categorieën waarin de stukken van de interviews werden geplaatst. In de praktijkrichtlijnen opgesteld door Dr. Grypdonck werden er 22 indicatoren voor goede kwaliteit van zorg weerhouden. (Zie bijlage 8.1) Verder werden ook 7 aanvullende criteria geselecteerd: zaken die niet behoorden tot kernaanbevelingen van het expertenpanel, maar wel nog een plaats kunnen hebben in de kwaliteit van zorg. Het gaat over zorg die moeilijk meetbaar is, of waarvan de medische wetenschap nog geen harde eindpunten heeft getoond. Een bekend voorbeeld in dit geval is het gebruik van glucosamines.
Aldus werd er naar elke van deze 29 indicatoren van goede zorg een ‘Node’ vernoemd.
Vervolgens werden er ook Nodes genoemd naar de 6 categorieën van barrières en bevorderende factoren van Grol et al. (16)
Er werd getracht om elke uitspraak dubbel te coderen naargelang waarop het betrekking had: Dit kon zowel de indicator, één of meer van de 29 , als de barrières of bevorderende factoren zijn, één of meer van de 6. Binnen de barrières of facilitatoren werd vervolgens verder gespecifieerd met 'subnodes', om later gemakkelijker barrières en bevorderende factoren te specifiëren en onderlinge overlap te vinden. Voor uitspraken die onder geen enkele indicator, barrière of facilitator konden gecodeerd worden, werd op dat moment een nieuwe Node gemaakt. Achteraf werd dan beslist of deze Node significant was, en of ze toch niet als subcategorie van een van de bovenvermelde Nodes kon dienen.

Deze werkwijze werd toegepast op alle interviews. Zes interviews werden afzonderlijk gecodeerd door twee onafhankelijke personen. Aldus konden steeds terugkerende onderliggende problemen achterhaald worden. Coderingen die niet overeenkwamen werden besproken tot er een consensus werd bereikt, met behulp van een derde begeleider. De vijf volgende interviews werden door één persoon gecodeerd, analoog met de werkwijze die bereikt werd na het overleg omtrent de eerste zes interviews.

3.4. Resultaten en bespreken Onderzoeksvraag 3: Barrières en bevorderende factoren

Na het bereiken van een consensus over de coderingen werden er uiteindelijk 32 barrières en 18 bevorderende factoren gevonden. Zoals tevoren beschreven gebruikten we de 6 domeinen van Grol et al. om ze verder onder te verdelen en te specifiëren: 2 barrières hadden betrekking op de richtlijn, 7 op de hulpverlener, 10 op de patiënt, 4 op de sociale setting, 5 op het organisatorisch kader en 4 op financieel, maatschappelijk of politiek niveau.
Op dezelfde manier konden we de bevorderende factoren indelen: 1 met betrekking tot de richtlijn zelf, 3 met betrekking tot de hulpverlener, 8 tot de patiënt zelf, 3 tot de sociale omgeving en 3 tot het organisatorisch niveau. We vonden geen bevorderende factoren op het financieel, maatschappelijk of politiek niveau.
In tabel 5 en tabel 6 groeperen we al deze barrières en bevorderende factoren in de hierboven genoemde domeinen. (Bijlage 8.8) Hier besteden we verder aandacht specifiek per domein van Grol et al. Binnen een domein kan een barrière of bevorderende factor meerdere keren terugkomen, en betrekking hebben op verschillende indicatoren, zoals we verderop zullen bespreken. Bij het tellen van het totale aantal gevonden barrières en bevorderende factoren werden de factoren, die meerdere malen terug kwamen, als één geteld. We zullen de barrières bij het oplijsten nummeren van B1 tot B32, en de bevorderende factoren van BF1 tot BF 18.

Het valt op als we naar de hoeveelheid kijken dat het grootste aantal factoren zich situeert op het vlak van de patiënt zelf, en vervolgens vooral op de domeinen van de hulpverlener en de sociale omgeving. (Bijlage 8.9, Tabel 7 en 8)
Dit is niet onlogisch aangezien de patiënt een zeer persoonlijke kijk op de problematiek heeft. De overgrote meerderheid van de patiënten is ook niet medisch geschoold, en kent de richtlijnen onvoldoende om op barrières te wijzen bij de richtlijn zelf. Hetzelfde kan men zeggen over de kennis van organisatie van de gezondheidszorg, met andere woorden de barrières die men zou kunnen vinden op organisatorisch, financieel, politiek of maatschappelijk niveau.
Hieronder bespreken we de gevonden barrières en bevorderende factoren per domein.

3.4.1 Barrières en bevorderende factoren bij de richtlijn

B1: Aanbevelingen zijn praktisch niet haalbaar. Enkele patiënten merkten op dat de behandeling vaak moeilijk te starten of vol te houden is omdat ze gewoonweg praktisch niet of zeer moeilijk haalbaar is. Vooral de nodige beweging om verdere deterioratie van de knie getroffen door gonartrose tegen te gaan, is voor het oude doelpubliek vaak geen sinecure. Ook bepaalde medicatie innemen is bij dit publiek, dat soms al meerdere producten moet innemen, niet altijd zo vanzelfsprekend.

B2: De richtlijn uitvoeren is niet mogelijk omwille van co-morbiditeit: Aansluitend bij het praktisch niet haalbaar zijn, kunnen we nog verder specifiëren dat de richtlijnen weinig rekening houden met de co-morbiditeit die vaak aanwezig is bij de steeds groter wordende groep patiënten met knieartrose. Cardiale of pneumologische problemen maken sportbeoefening moeilijk tot volledig onmogelijk. Een allergie of andere nevenwerking beperkt de medicamenteuze opties en maakt dat men wel eens naar alternatieven zoekt, die buiten de evidence-based behandeling liggen.

> *"Dat zegt iedere kinesist of dokter; dat ik in beweging moet blijven. Fietsen, wandelen, want als ik blijf zitten word ik stijf. Dus ik moet zoveel mogelijk in beweging blijven, maar ook niet teveel belasten. Maar met mijn last op de adem er dan bij, en mijn hart... En voor die knieën: ik moet een steun hebben, dat is een ferme inspanning hoor: 'Wat bewegen', vergeet dat niet. Als men spreekt over in beweging blijven... Eigenlijk heb ik meer steun aan mijn wandelstok dan aan alle advies van de dokters!"*

BF1: Gebruiksvriendelijke aanbevelingen: Anderzijds is een gebruiksvriendelijke richtlijn dan ook een pluspunt. Het feit dat sport beoefenen ook leuk kan zijn en op meerdere zaken een positief effect heeft maakt het motiverender om het te starten en vol te houden. Voor medicatie met een gemakkelijk gebruiksschema of aangename galeniek zal de drempel tot gebruik lager zijn.

> *"Paracetamol vind ik 'een leuke'. Als je bijvoorbeeld met vrienden op restaurant gaat is dat gemakkelijk te gebruiken. Je kan ook wat opbouwen. Je kan je eerst zeggen: ik probeer met 500mg. Dan heb je het gevoel: 'Ik ben niet echt medicatie aan het nemen. Helpt dat niet dan bouw ik een beetje op tot 1g."*

3.4.2 Barrières en bevorderende factoren bij de hulpverlener

B3 Onvoldoende of onduidelijk communiceren: De meest terugkerende en prominente barrière die in de interviews aan bod kwam, bleek toch een slechte of soms zelfs compleet afwezige communicatie. Patiënten zien nog veel vragen onbeantwoord, en krijgen bij de start weinig tekst en uitleg omtrent knieartrose. Ook al is deze pathologie steeds vaker voorkomend en voor een medisch professional snel uitgelegd... Zowel advies om zichzelf te behelpen met de beperkte knie, als uitleg over de latere stappen in de behandeling, zoals chirurgisch ingrijpen, wordt te weinig gegeven.

> *"Wat weet ik van knieatrose?... Eerlijk gezegd heb ik dat puur van het internet moeten halen...*
> *... Een klein beetje meer uitleg over wat er exact gaande is, en wat te doen. Waar een looprek of een wandelstok te gebruiken en hoe... Wij zijn maar gewoon mensen, terwijl de dokter: die heeft ervoor gestudeerd, hé.."*

B4 Tijdsgebrek: Patiënten merken eveneens op dat de meeste artsen blijkbaar geen tijd meer hebben voor goede zorg en communicatie. De totale hoeveelheid werk is dermate groot dat voldoende tijd per patiënt individueel niet meer mogelijk is.

> *"Feitelijk zou ik dat nog wel willen, dat de huisarts me wat meer zou motiveren. Het wat meer zou zeggen, elke keer als hij hier komt... Maar hij komt, neemt mijn bloeddruk, luistert naar mijn hart, kijkt eens naar mijn voeten en zegt: 'ça va'. En hij vertrekt weer. Ik begrijp dat ook wel, hij heeft ook zijn andere patiënten, hé. Ze hebben geen tijd genoeg..."*

B5 Winstbejag: Naast een gebrek aan tijd voor goede zorg hebben patiënten ook de indruk dat de hulpverlener vooral naar inkomsten kijkt, en niet naar de kwaliteit van de zorg. Snel en zonder veel advies beslissen om chirurgisch in te grijpen, of een snelle consultatie met meer vragen dan antwoorden wijten ze aan het winstbejag van de arts of andere medische professional.

> *"Wat de specialisten betreft: Da's meteen opereren. Hun winkel moet draaien, he."*

B6 Onkunde: Opvatting en werkwijze zijn niet conform de richtlijnen: Sommige patiënten vertelden tijdens het interview dat ze zelf geen weet hebben van de richtlijnen, en de arts nooit verteld heeft over de correcte therapeutische opties. Of dat de kinesist nooit een correcte oefentherapie heeft opgesteld. Als de hulpverlener kiest voor een behandeling die niet strookt met de richtlijnen, kan de patiënt deze natuurlijk ook niet naleven.

> *"Ze hebben gewoon gezegd: "Jij moet een brace dragen, jij moet komen: ze liggen klaar."*

B7 Onvoldoende aandacht of erkenning geven: Patiënten voelen zich soms onderschat in hun klachten. Knieartrose wordt door de arts wel eens bekeken als alledaags en dus vergeten in de behandeling van een patiënt met meerdere co-morbiditeiten. De patiënt ziet deze prioriteiten dan liever volledig anders: de pijn die hem of haar belet om het huis behoorlijk te verlaten is wat hem het meeste stoort. Hij of zij vindt dat bvb. belangrijker dan een slecht gecontroleerde diabetes die hem

op dat moment weinig last bezorgt. Zo wordt de correcte behandeling niet gestart, of te weinig toegelicht.

> *"Hij zegt dan dat het wel over zal gaan, 'gewoon een beetje gewrichtspijn'... ...Ik vind dat hij er te licht over denkt."*

B8 Opvatting niet overeenstemmend met de patiënt: Dit sluit nauw aan bij de vorige zaken, zoals onkunde en slechte communicatie van de hulpverlener. De arts kan voor een behandeling kiezen die an sich niet incorrect is, maar niet overeenstemt met wat de patiënt verwacht had. Indien de patiënt bijvoorbeeld vooral op medicatie had gehoopt, of verder onderzoek, dan kan het wel eens dat hij het advies om bepaalde sport te beoefenen snel naast zich neerlegt. De arts kan ook bepaalde aspecten van de behandeling een stuk minder aandacht geven, omwille van zijn opvatting of eerdere ervaring: bijvoorbeeld omdat hij of zij meent dat men een patiënt toch niet aan het sporten krijgt, legt hij snel de klemtoon op de medicatie. Als dit dan onvoldoende verlichting biedt kan de patiënt wel eens een verkeerde behandeling opzoeken, of de correcte medicatie overdoseren.

> "*Maar de specialist heeft eerst voorgesteld om de medicatie te nemen. Ik heb hem toen nog gevraagd of ik naar de kinesist moest. Maar hij zei dat dat niet nodig was."*

B9 Niet patiëntgericht werken: Indien de behandeling wel conform de richtlijnen is maar zeer moeilijk aansluit bij de dagelijkse leefwereld van de patiënt, is de kans klein dat hij of zij deze volhoudt. Onvoldoende aandacht voor de mogelijkheden en beleving van de patiënt kan ervoor zorgen dat het evidence-based werken van de arts in realiteit weinig verschil maakt.

> *"Ik ben bij een kinesist weggegaan omdat je er altijd heel veel trappen moest doen. Maar je staat daar met je opgezwollen knie: je hebt kraakbeen dat kapot gaat en dan moet je van die trap af sukkelen... "*

BF2 Duidelijke en correcte communicatie: Zoals uit de barrière is af te leiden, is het dan ook een enorme meerwaarde als de hulpverlener wel voldoende aandacht geeft aan correct en uitgebreid advies, en uitleg geeft over wat de patiënt kan verwachten. Al de geïnterviewde patiënten gaven dat aan. Niet alleen de kennis, maar ook de empathie en praktische hulp die hierbij vaak aan het licht kwam betekende voor hen een grote hulp en meerwaarde, zoals we in verdere bevorderende factoren zullen bespreken (BF3 en BF4).

> *"Het is dan ook dankzij mijn huisarts en de kinesist die die oefeningen aanleren. Je moet het weten! De kinesist zegt wat ik moet doen, en ik doe dat!... ...Ik vind dat ze je mogen pushen. Mij kennende: jazeker. 't Is niet omdat je 76 wordt dat je afgeschreven bent."*

BF3 Patiëntgericht werken: Zoals eveneens valt af te leiden uit de vorige barrières, geven de patiënten aan dat advies dat voor hen haalbaar is en zeer concreet aansluit bij hun dagdagelijkse bezigheden, gemakkelijker op te volgen is. Des te toegankelijker diëetadvies, kinesitherapie en sportbeoefening kan gevolgd worden op lange termijn, des te groter is de kans dat de patiënt dit volhoudt. Concreet advies heeft veel meer weerslag dan de algemene opmerkingen: bewegen en gewicht verliezen...

> *"Die is bezig met jou. En als hij na een half uur weggaat, dan voel ik me goed... En als ze ons zeggen waar ze terecht kunnen. In een turnclub, of dergelijke..."*

BF4 Ondersteunen, een goede arts-patiënt relatie: Een empathische hulpverlener zal niet alleen concreet advies kunnen geven, maar motiveert de patiënt ook meer en bevordert de therapietrouw. Ook geven meerdere patiënten aan dat de arts zeker wat directer - en desnoods onaangenaam - advies mag geven, als ze met de arts een goede band hebben. Al sluit dat ook aan bij de goede communicatie.

"Ik merk dat ik met mijn orthopedist een persoonlijke band aan het krijgen ben. Hij doet ook graag wandelingen en we zijn wandelingen aan het uitwisselen. En dat geeft extra motivatie."

3.4.3 Barrières en bevorderende factoren bij de patiënt

B 10 Opvatting van de patiënt is niet conform de richtlijn: Over meerdere zaken in de aanpak van gonartrose botsen de meningen van patiënten wel eens met de praktijkrichtlijnen. Zo vond elke patiënt dat radiologische beeldvorming absoluut noodzakelijk is om de diagnose te kunnen staven en vertrouwen. Meestal heerst er de overtuiging: "Hoe meer technisch onderzoek, hoe beter." Bij de behandeling kwamen vooral de ideeën dat er aan artrose toch niet veel te doen is omdat het 'normale slijtage' is, en dat men best niet te vaak pijnstillers neemt omdat ze allemaal verslavend zijn. Indien de arts dan zaken voorstelt die hier niet mee overeenstemmen wordt dit vaak niet gevolgd, of zoekt men uiteindelijk een compromis, dat de richtlijnen niet respecteert.

" Met de scanner zie je meer dacht ik? ... Het is absoluut nodig ... Men kan er niet doorkijken."
"Ik ga ervan uit dat je met veel dingen moet leren leven... ... Wat kan de kinesist doen aan iets dat versleten is?"
"Het zit gewoon in je lijf, hé. Ofwel heb je er aanleg voor ofwel niet, hé. Dat is gewoon de helaasheid der dingen... Weten ze dat feitelijk wel? Wat voor jou gezond is, is misschien voor mij niet gezond? Wat voor die misschien teveel is, is voor mij misschien te weinig?...Voedingsdeskundigen? Die vind ik echt bullshit."

B 11 Geen motivatie, negatieve attitude: De patiënt kan onvoldoende of zelfs geen motivatie hebben om de nodige behandeling te volgen. Dit start wel eens vanuit foute opvattingen, maar ook na correcte informatie mist men vaak de drive om het nodige te doen. We stelden ook vast dat veel van de patiënten vonden dat voldoende motivatie hebben de individuele verantwoordelijkheid van elke patiënt zelf is.

"Tja, dat ligt aan de patiënt zelf, hé! Of de patiënt zegt: "Ik wil blijven zitten" of "Ik ga wandelen"; dat ligt aan hem. Dat moet ieder zelf weten."

B12 Slechte gewoonten die moeilijk te veranderen zijn: Als men behandelt volgens de richtlijnen, komt daar introductie van bewegen, gewichtsverlies door aanpassen van eetgewoonten en eventueel medicatie bij kijken. Bij veel patiënten zijn er echter vaste gewoonten die moeilijk te veranderen zijn, noch in hun dieet, noch in de levensstijl met onvoldoende beweging. Omdat het zeer moeilijk is dit te doorbreken, wordt advies dus vaak niet opgevolgd. De arts kan deze gewoonten best achterhalen en zeer geduldig hierop inspelen.

"We zijn ons eten gewoon. We zijn een generatie die dat altijd had. En dan naar die groenten alleen gaan, da's niet gemakkelijk... We gaan 's avonds niet graag meer naar buiten...Op mijn werk is er een lift, dus ik neem die altijd. Een beetje uit gemakzucht ook."

B13 Tijdsgebrek, andere prioriteiten: Een behandeling vraagt tijd, zeker als het een vorm van oefentherapie inhoudt. Een pil innemen gaat vlotter dan een revalidatieprogramma volgen. Veel patiënten gaven aan de tijd niet te hebben voor sportbeoefening, of te verkiezen hier geen tijd voor vrij te maken in hun drukke dagdagelijkse bezigheden.

" Maar ja, ik heb geen tijd... Als ik op pensioen ben. Mijn fiets staat hier, er staat 40 kilometer op: dat doe ik dus ook niet... Ik hoop echt dat ik me na mijn job beter zou kunnen verzorgen, op dat vlak."

B14 Gebrek aan kennis: Meerdere patiënten gaven aan gewoonweg niet te weten welke plaats bijvoorbeeld gewichtsverlies, oefentherapie, of gebruik van een brace hebben in hun behandeling.

Als ze deze kennis nergens kunnen opdoen, noch via de arts, noch via andere kanalen, heeft dit al gauw tot gevolg dat meerdere stappen van de goede zorg niet kunnen worden nageleefd, en veel vragen niet kunnen worden beantwoord, zoals bleek uit de interviews.

> *"Een brace aan mijn voet heb ik wel eens gehad. Maar niet aan de knie. Helpt dat ook?... Geen idee, daar is nooit over gesproken. Moet dat?...'Ik wist dat ook niet, dat het bestaat om aan mijn knie een beetje door een kinesist te laten werken"*

B15 Slechte ervaringen: Indien een behandeling slechte ervaringen met zich meebrengt, zoals pijn na een sessie bij de kinesitherapeut, een conflict met een hulpverlener of een nevenwerking van medicatie, dan is de patiënt meestal geneigd om ze niet meer verder te volgen. Ook al geeft de arts nog talloze argumenten uit de wetenschappelijke literatuur.

> *"Met de huisarts doe ik totaal niets meer omtrent knieatrose, die kent er echt niets van. Daar had ik eigenlijk meer kennis van verwacht. Of toch, bij artrose, dat er ten minste een basiskennis zit... Die kraakbeensupplementen? Neen, dat heeft geen sikkepit geholpen."*

B16 Onrealistische verwachtingen: Bij behandelingen zoals oefentherapie en bepaalde medicatie of chirurgische ingrepen dient men de patiënt op voorhand in te lichten over de effecten op lange en korte termijn. De patiënten stoppen vaak een behandeling omwille van geen, of teleurstellend weinig, effect op korte termijn. De hoop op een snelle pasklare oplossing kan de patiënt ook richting overbodige medicatie of ingrepen stuwen.

> *"Ik verwacht vooral dat die mijn pijn een beetje kan verlichten! En me een beetje meer beweeglijkheid kan geven. Als ik daarvan terugkom wil ik niet in mijn zetel liggen en liggen creperen van de pijn.... Een kijkoperatie: dat moest veel vroeger gebeurd zijn! Dan had er misschien nog effectief iets kunnen gedaan worden!"*

B17: Geen vertrouwen in hulpverlener, slechte arts-patiëntrelatie: Dit werd deels al vermeld bij de barrières bij de hulpverlener. Als de patiënt zijn hulpverlener niet vertrouwt, of niet het gevoel verkrijgt dat hij persoonlijk geholpen wordt, zal hij de adviezen sneller naast zich neer leggen. En misschien zelfs alternatieven opzoeken. Ook al waren de eerste adviezen correct.

> *"Hij is met drie, vier mensen tegelijkertijd bezig... Je kan tot tien tellen. Maar als je dat dan gedaan hebt, en hij is ginder bezig, en hij komt dan eens terug... Allez ja, goed: Ik heb daar op den duur meer gefietst. Omdat hij met mij niet bezig kon blijven."*

B18 Intensiteit van de klachten is te groot voor correcte zorg: In bepaalde gevallen zijn de klachten dermate uitgesproken dat de zorg onvoldoende op maat kan worden uitgevoerd, bleek uit sommige interviews. Bewegen (en gewicht verliezen) wordt lastig als men de kniepijn of - zwelling met klassieke pijnstillers niet meer onder controle kan krijgen, wat tot een vicieuze circel kan leiden.

> *"Ze hebben me gezegd te bewegen. Maar als ik wandel, moet ik soms gewoon stoppen! Het doet zoveel pijn, dat ik niet meer verder kan. Zeker als ik trappen moet op en af gaan... Laat die fiets maar..."*

B19: Angst voor slechte outcome: Opvallend veel patiënten vertelden dat ze de ingreep om een totale knieprothese te plaatsen bleven uitstellen, uit angst om erna nog meer pijn en immobiliteit te ervaren. Er werd echter ook vaak angst vermeld dat sporten en bewegen de klachten zou verergeren, en dat langdurig gebruik van pijnstillers zou leiden tot gewenning en verslaving. Zelfs bij paracetamol vreesde men dat dit na meermaals gebruik zijn effect zou verliezen.

"Als je dat te lang neemt. Dat hoorde ik toch, dan komt er een moment dat het niet meer werkt... Daar heb ik dan schrik voor, dat de operatie niet goed verloopt... Dat ik er slechter uitkom dan dat ik tevoren was.""

BF 5 Goede therapietrouw en zelfzorg: Het hoeft geen betoog dat als men de patiënt kan overtuigen om strikt zijn behandeling te volgen, dit een enorme meerwaarde biedt in zijn of haar outcome. Dat merkten de geïnterviewde patiënten ook zelf. Om dit te bereiken spelen de bevorderende factoren die hier nog volgen vaak een rol.

"De kinesist zegt wat ik moet doen, en ik doe dat!"

BF 6 Gemotiveerde, positieve attitude: Zoals eerder geschreven vonden velen in de interviews dat dit aan de patiënt zelf ligt, en zaken zoals het karakter en de opvoeding hier een grote rol spelen. Al konden we ook afleiden dat de rol van de hulpverlener (zie 3.4.2: communicatie, arts-patiënt relatie), zoals hierboven beschreven belangrijk is, alsook de sociale omgeving (zie 3.4.4). Als een patiënt de attitude en motivatie heeft om zijn behandeling vol te houden, leidt dit tot een betere therapietrouw.

"...het is zoals bij mijn vrouw: Als je mooi wilt zijn, moet je afzien. "Als je het doet, kan je je niets verwijten achteraf. Als je beter wilt worden moet je dat doen, hé."

BF 7 Opvatting die overeenstemt met correcte zorg en zorgverlener: Net zoals de opvatting van de patiënt een barrière kan zijn, kan het ook een stap in de goede richting zijn, indien dit overeenstemt met de richtlijnen en de behandeling die de arts voorstelt. Het maakt dat de patiënt al tevoren goed voorbereid is op de oefentherapie, medicatie of chirurgische behandeling.

" Tja... Als je zo ver bent... Dan besef je nog wel dat het moet, hé. De dokter mag dat recht door zee zeggen. Absoluut."

BF 8 Realistische verwachtingen: Indien de patiënt realistische verwachtingen koestert over het doel van zijn behandeling en ook de snelheid van het bereiken ervan, zal dit niet meteen leiden tot teleurstellingen en valse hoop, dat zoals hierboven vermeld een barrière is om de behandeling op lange termijn vol te houden.

"Hij zal mij dan oefeningen tonen, om achteraf zelf thuis te doen. Of tijdens de sessies. Dat zou ik dan wel doen, als je dan toch een beetje verlichting voelt."

BF 9 Hoop die motiveert maar niet verblindt: Dit is relatief analoog aan de realistische verwachtingen, al kan hoop de patiënt dat extra duwtje geven. Indien de hulpverlener hier op kan inspelen, kan men toch overtuigen de nodige behandeling te starten of verder te zetten.

"Kinesitherapie, ik zou het wel proberen, zijn raad opvolgen. Als het helpt, zoveel te beter..."

BF 10 Vertrouwen in de hulpverlener: Zoals een gebrek aan vertrouwen kan belemmeren, zo kan vertrouwen de patiënt motiveren en de stap naar de correcte behandeling vergemakkelijken.

"Ik veronderstel dat men het beste voor heeft, en dat het dan de beste oplossing is... Ik hou vast aan de dokter, da's voor mij 50% van de genezing. "

BF 11 Positieve ervaringen: Positieve ervaringen bekrachtigen de patiënt en motiveren om de behandeling verder te zetten of er niet van af te wijken. Zowel positieve ervaringen bij zichzelf, als die in de naaste omgeving. (zie 3.4.3) Indien men deze ervaring kort na de start van een behandeling

ervaart, zoals voldoende pijnstilling na medicatie, of verbeteren van de mobiliteit kort na de oefentherapie, is het bekrachtigend effect des te groter.

> *"De kinesist, Ja, die heeft me goed gedaan! Tot in het begin van dit jaar heb ik gefietst. En dan herleef je een beetje. "*

BF 12 Voldoende kennis hebben: Weten wat de zorg volgens de richtlijnen inhoudt, maakt dat de patiënt beter voorbereid is, en niet overschakelt naar zaken waarvan hij weet dat ze in principe niet nodig zijn. De aandoening en de gevolgen van knieartrose, het nut van behandelingen en de werking en nevenwerkingen van medicatie: dit alles begrijpen leidt ertoe dat de patiënt meer kans heeft om de correcte keuzes te maken. Uit vele interviews bleek dat patiënten dit vaak niet weten. Hier is het dus nuttig om nog veel informatie te verstekken, via de hulpverlener (zie 4.3.2) of via andere kanalen (zie 4.3.4 en 4.3.5).

> *"Ik heb zelfs een boekje meegekregen met foto's wat ze gingen vervangen, en dergelijke. En wat ik moest doen, wat ik mocht doen... Dat heb ik allemaal meegekregen."*

3.4.4 Barrières en bevorderende factoren bij de sociale omgeving

B 20 Foutieve informatie uit sociale omgeving: Zoals in 3.4.3 vermeld, is het hebben van de correcte kennis een belangrijke bevorderende factor. Patiënten hechten echter veel belang aan informatie die ze verkrijgen via de sociale omgeving: weetjes van op televisie en het internet, van vrienden en familie, van collega's. Weetjes zijn helaas niet altijd gelijk aan wetenschappelijk onderbouwde kennis.

> *"Toen ik zei dat ik zo'n last heb van mijn knieën vertelden ze me: "Neem dit eens." Dus ik ben ze zonder voorschrift gaan halen: Voilà. Twee heb ik ervan binnen gehouden, de derde lag er al weer uit"*

B21 Negatieve beïnvloeding, demotivatie: Naast de wijsheid van vrienden of familie hebben ook hun anekdotes en de zorg waarmee ze al ervaring hebben een sterke invloed. In meerdere interviews kwam aan bod dat men uitgesproken angst en terughoudendheid had jegens chirurgisch ingrijpen, als men iemand kende, die na het plaatsen van een totale knieprothese er nog slecht aan toe was.

> *"Als iemand over een knieprothese begint, ga ik altijd daarover doorvragen. En tot nu toe, nee: altijd een gesukkel."*

B22 Stigmatiseren: Met het oog op oefentherapie, sportbeoefening en self-management is het gebruik van hulpmiddelen, of het terugschroeven van de intensiteit van beweging, vaak een must. Meerdere patiënten klagen echter dat men in de sociale omgeving dan sterk gestigmatiseerd wordt: men voelt zich oud en afgeschreven. Men voelt zich dan enorm geremd, of verkiest zelfs om liever helemaal niets te doen.

> *"Als je vijf mensen ziet, en er loopt er een met een kruk... Dan denk je meteen: Wat doet die daarbij? Want die vier anderen, die gaan hun ding doen. En jij kan, met je stokken, iets anders gaan doen. Da's de mentaliteit van de mensen... Je wordt bekeken. Zo van: 'we zitten toch niet in de bergen, wat doet ze hier met stokken..."*

B23 Gebrek aan begrip en steun van de omgeving: Zoals de artsen artrose kunnen onderschatten (zie 3.4.2), zo kan men ook vanwege de sociale omgeving gebrek aan steun ervaren. Geen begrip op het werk of bij familie voor de beperkingen of de keuzes die een goede behandeling met zich meebrengen. Ook dat demotiveert.

"Ik mis vooral begrip bij mensen. en ook bij de staat. Artrose is precies.. Niemand begrijpt het, want: Dat is alleen voor oude mensen..."

BF 13 Correcte informatie uit sociale omgeving: De bevorderende factoren uit de sociale omgeving kan men grotendeels analoog uit de barrières afleiden. Het is positief als de patiënt de correcte kennis heeft omtrent knieartrose. (zie 3.4.3, BF 13) Deze kennis kan eveneens vanuit de sociale omgeving worden aangeboden, via het beroep of vrienden of familie met knieartrose. De rol van lotgenoten kwam in meerdere interviews ter sprake: hun kennis en ervaring kan een sterke meerwaarde zijn. Zo werd ook tweemaal verwezen naar de zelfhulpgroep voor patiënten: Vlaamse reumaliga vzw.

"Erover spreken met lotgenoten, en goede, correcte, voldoende informatie krijgen is belangrijk. De eerlijke info: niet de verbloemde."

BF 14 Positieve beïnvloeding: Niet alleen kennis maar ook motivatie kan uit de sociale omgeving komen, en niet alleen van lotgenoten. De familie en vrienden kunnen mee starten met het aanpassen van de levensstijl en zo aanzetten tot gewichtsverlies en beweging. Indien nodig kunnen ze ook helpen bij correct gebruik van medicatie, of een morele steun zijn bij chirurgisch ingrijpen. Positieve verhalen over heelkundige ingrepen konden zeker ook een boost geven.

"Mijn zus is naar een diëtiste geweest: Ze is op een jaar 8 kg vermagerd. Tja, dat zou meer moeten... Kinderen, of de vrouw, zij kunnen misschien stimuleren? In een huishouden is dat wel mogelijk. Rust roest. Bezig blijven. En mijn vrouw, die motiveert me! "

BF 15 Praktische steun: Buiten de morele steun die al belangrijk is, kunnen vrienden en familie ook een praktische steun geven, die de stap naar oefentherapie, self-management of uiteindelijk de chirurgische ingreep vergemakkelijken. Hulp in het huishouden, vervoer, installeren van hulpmiddelen, financiële steun, overnemen van enkele taken ,...

"Maar hier zijn er de kinderen, die zeggen: Pa, nu gaan we een keer met u verder...Een afspraak maken bij de specialist, hier thuis zaken veranderen..."

3.4.5 Barrières en bevorderende factoren op organisatorisch vlak

B 24 Onvoldoende organisatie of slechte communicatie tussen hulpverleners onderling: Enkele interviews wezen op onvoldoende overleg tussen huisarts, specialist en kinesist. Hierdoor bleef de patiënt vaak in verwarring achter, en liep de continuïteit van zorg mis. Vlotte communicatie tussen de hulpverleners onderling zet niet alleen de zorg beter op één lijn, maar geeft ook de patiënt vertrouwen.

"Ik denk wel dat er meer moet gecommuniceerd worden tussen de arts, per brief , en de kinesist. En omgekeerd.Mijn kinesist geeft altijd informatie mee: Hoever kan ze plooien, wat kan ze niet, wat wel, op welke termijn... Mijn arts bekijkt dat gewoon niet... Maar dan schrijft hij dus ook niets terug: Dat wat hij moet doen. Maar hij zegt wel: "Hij laat u veel te belastende oefeningen doen, die je knie nog niet mag doen. Mag hij niet doen, hé!" Maar schrijf dat dan op een papier, en geef dat dan mee!"

B25 Niet goed bereikbaar zijn van zorg: Des te vlotter de hulpverlener zoals de huisarts, de kinesitherapeut, de orthopedist of voedingskundige bereikbaar is, des te sneller worden stappen gezet tot gewichtsverlies, oefentherapie, correct medicatiegebruik of gepast heelkundig ingrijpen. De bereikbaarheid van specialisten werd vaak positief ervaren, zeker als men het vergeleek met andere landen. Voor kinesitherapeuten en voedingskundigen was dit moeilijker. Niet alleen het concreet

aanwezig zijn in het netwerk rond de patiënt, maar ook het beperkt aantal sessies met terugbetaling van de mutualiteit bleek een drempel.

> *"Ik weet zelfs niet of er hier in de buurt diëtisten zijn... Ik ken alleszins niemand..."*

B 26 Uitrusting van patiënt of hulpverlener is onvoldoende: Veel patiënten gaven aan dat vooral de stap van individuele oefentherapie bij een kinesitherapeut naar zelfstandige oefentherapie een stuk moeilijker is door gebrek aan middelen. Sommigen behelpen zich met een hometrainer. Maar meestal valt er belangrijke omkadering weg als de sessies waar men recht op heeft bij de kinesist 'opgebruikt' zijn, en verwatert de oefentherapie wederom. Sommige interviews wezen er ook op dat de huisarts of de kinesist eveneens weinig middelen ter beschikking hadden (als men vergeleek met meer specialistische hulp in het ziekenhuis), wat weinig vertrouwen inboezemde.

> *"Dan zeggen ze: doe dat thuis verder, bijvoorbeeld met een zak suiker of zo... Maar hoe ga je dat nu in praktijk doen: dat valt van je voet af, enz... Je hebt de toestellen niet."*

B27 Nodige aanpassingen in dagelijkse omgeving zijn niet mogelijk : Self-management is niet alleen essentieel voor het gemotiveerd blijven tot volhouden van de therapie, maar is ook zeer belangrijk voor het behoud van levenskwaliteit van de patiënt. De geïnterviewde patiënten die nog werkten of net gepensioneerd waren, gaven echter aan dat de nodige aanpassingen vaak niet mogelijk waren in hun beroep. Wat maakte dat men ofwel verder probeerde te werken zonder verandering en zonder behandeling. Of men diende uiteindelijk te stoppen met als gevolg verlies van motivatie, sociale omkadering, levenskwaliteit en financiële middelen.

> *"Als ze geen ander werk willen geven, of ze hebben geen ander werk, lichter werk, dan sta je daar. We kregen daar controle hoor. Dan vraagt hij: "Al lichter werk gekregen? Nee?" Da's al. En als je dan lichter werk vraagt... Ik heb dat toen eens gekregen, en dan krijg je andere uren. En dan zijn er mensen die daardoor worden tegengehouden. Als je kleine kinderen hebt bijvoorbeeld. Soms pesten ze die mensen dan gewoon buiten, heb ik al gemerkt. "*

B28 Correcte informatie is nergens openbaar te vinden: Wederom herhalen we dat correcte informatie een belangrijke bevorderende factor was. In de zoektocht naar deze informatie botsten sommige patiënten wel op beperkingen, of op volledig foute informatie. Het klassieke voorbeeld van wie zijn symptomen op Google opzoekt en vervolgens vals gerustgesteld is, of zich net overbodig zorgen maakt. En een verkeerde behandeling gaat opzoeken, of een geschikte therapie afbreekt. Knieartrose is hier dus geen uitzondering op.

> *"Er staat ook van alles op het internet: Je krijgt er nog meer schrik van. Soms weet je teveel, denk ik dan."*

BF 16 Therapeutische mogelijkheden organiseren, zoals bij sportclubs : Met het oog op de eerder vermelde moeilijkheden omtrent het verder zetten van de oefentherapie na de kinesitherapie, en de meerwaarde van een motiverende sociale omgeving, liggen er mogelijkheden bij sportclubs. Of andere organisaties waar men dit in groep kan verder zetten, op maat van de patiënt met knieartrose. Zo hadden twee patiënten het concrete voorbeeld van een kinesist die ook in groepssessies quadricepstraining en gymnastiek aanbood. Indien de hulpverleners dergelijke zaken in hun sociale kaart kunnen opnemen, kan dit een meerwaarde bieden voor de patiënt met knieartrose.

> *"Het liefste in zo'n sportclub. Want thuis alleen doe je het toch niet. Alleen ergens naar toe gaan, is niets voor mij. In clubverband... Als de voorzitter zegt: We gaan eens wandelen, in twee groepen. De goeden, en de minder goeden: iedereen content."*

BF 17 Bereikbaarheid van specifieke zorg optimaliseren: Niet goed bereikbare zorg is een barrière, dus is het een bevorderende factor als zorg op maat wel vlot beschikbaar is. Concrete stappen bevorderen dit namelijk een stuk meer dan vaag advies: een ergotherapeut voor optimaal self-management, lange-termijn opvolging van oefentherapie, rechtstreeks advies voor het aanpassen van voeding... Een goede multidisciplinaire omkadering van de patiënt biedt meer dan de arts alleen.

> *"Ze heeft een dokteres, en die had wel alles op een voorschrift geschreven. Waar ze dat kon kopen: in de zorgwinkel. En ze heeft haar WC laten verhogen, ook via de zorgwinkel... Ik heb het geluk hier dat ik kan gaan tijdens de werkuren: een beetje flexibiliteit. Ik probeer mijn afspraken op het einde van de namiddag te zetten. "*

BF 18 Informatie verstrekken via openbare kanalen: Wil men patiënten beschermen tegen de fouten en fabels die her en der te vinden zijn in zijn of haar sociale omgeving, niet in het minst op het internet, dan kan men zich het beste wapenen door de informatie zeer eenvoudig en laagdrempelig aan te bieden. Voorbeelden zijn folders via de praktijk, op de websites zoals *http://www.thuisarts.nl* en *http://www.gezondheidenwetenschap.be*. Dit geldt overigens niet alleen voor de patiënten. Aangezien uit de interviews bleek dat er ook nog meerdere hulpverleners niet volgens de richtlijnen handelden, kan men deze op gelijkaardige manieren eveneens vlot beschikbaar maken voor artsen of kinesisten specifiek.

> *"Het internet, dat kan, dat kan... Of via de vakbonden of dergelijke, in mijn geval... Of iets anders, als het dan niet bij de bouw is... Via de arbeidsgeneesheer of dergelijke? Wat meer preventie, op die manier... Er mogen nog andere informatiebronnen zijn, zoals het internet, of de mutualiteiten, of... Meer, dat mag altijd."*

3.4.6 Barrières en bevorderende factoren op politiek, maatschappelijk of financieel vlak

B 29: Hoge kostprijs: Van meerdere zaken in de behandeling gaven patiënten aan dat de kostprijs voor hen te hoog lag. Zeker de niet-terugbetaalde medicatie zoals de duurste merken van medicatie (paracetamol, glucosamines), langdurige kinesitherapie of sportbeoefening (hometrainers, lidgelden sportvereniging), en de aanpassingen nodig voor het self-management (traplift, inloopdouche). Dit was al helemaal het geval indien er budget besteed werd aan zorg die niet conform de richtlijnen was. De hulpverlener verliest de financiële mogelijkheden van de patiënt best dus niet uit het oog, en biedt zodanig de goedkoopste oplossingen aan, zoals generische medicatie en maximale terugbetaling via de mutualiteiten van zorg.

> *"De hulpmiddelen die ze aanbieden of kunnen aanbieden moet je nemen. Alleen het kostenplaatje soms... Ik heb 2 braces gekregen. Die kosten elk ongeveer 400 euro, die je zelf moet betalen. De mutualiteit komt daar niet tussen... Die fitness is wel niet goedkoop..."*

B 30: Onduidelijkheid over kostprijs en terugbetaling van zorg: Dit sluit meteen aan bij de hoge kostprijs van zaken die de mutualiteiten niet terugbetalen. De meeste patiënten hadden hier nog veel vragen over: het gebeurde vaak dat een patiënt na doorverwijzing naar een kinesitherapeut bij een (niet-terugbetaalde) ostheopaat terecht kwam. Omwille van de kostprijs, zoals hierboven vermeld, stopt men dan vaak met de behandeling, zeker op langere termijn. De patiënten die merkten dat zijzelf, of lotgenoten uit de sociale omgeving, geholpen waren met glucosamines, begrepen ook niet waarom deze medicatie niet terugbetaald werd. Indien mogelijk had men het geld grif over voor verbetering van de persoonlijke toestand, maar er is dus zeker nog werk aan de winkel wat betreft het hoe en waarom van terugbetalingen conform de richtlijnen, wil men niet op een muur van onbegrip stuiten.

"Hier om de hoek bij de osteopaat: 40€ voor een beurt, en je krijgt 10 € terug. Mijn man is er ook geweest: 10 € terug gekregen. Mijn zoon is er geweest: 12.5 €. Waarom dat verschil? Ik weet het niet."

B 31: Gebrek aan erkenning van de maatschappij: Enkele patiënten, vooral zij die in vergelijking een nog jongere leeftijd hadden en bijvoorbeeld nog niet met pensioen waren, klaagden dat er een gebrek aan erkenning is van de maatschappij. Artrose heeft ook op grote schaal eerder de conotatie om bij het natuurlijk verouderen te horen en dus niet iets voor relatief jongere mensen. Meerdere zaken voor het self-management waren onmogelijk of heel duur: aanpassen van het beroep, een gehandicaptenkaart voor de chauffeur, aanpassingen thuis. Dit zorgde zeker voor bijkomende demotivatie en stigmatisatie voor wie al op jonge leeftijd geconfronteerd wordt met deze beperkingen.

"Heel erg onderschat, heel machteloos. Je moet gewoon lijden en afzien. En als je dan een premie van het één of ander wilt aanvragen... dan sturen ze nog mensen naar jou, en die komen je beoordelen en punten geven of je nog wel capabel bent om bepaalde dingen te doen!"

B 32: Gebrek aan controle over aanbod verkeerde zorg en informatie: Als we wederom beklemtonen dat correcte informatie over knieartrose belangrijk is, dan is ook het vermijden van foutieve informatie een niet te missen punt. Meerdere interviews gaven aan dat het gebrek aan kennis zeker ook te wijten is aan het feit dat patiënten door de bomen het bos niet meer zien, omdat er geen controle is op de jungle van informatie die op hun afkomt via allerlei kanalen: de sociale omgeving, de hulpverleners die niet onderling communiceren, en - niet in het minst - de media.

"Die zalf koop je wel zo. Je ziet dat eens een reclame, en je denkt dan: Ik ga dat proberen, hé. En nu stuurt die firma me nog altijd reclame voor allerlei medicamenten, tot de viagrapil toe!"

3.5. Resultaten onderzoeksvraag 4: implementatiestrategie

De interviews brachten meerdere zaken aan het licht, die ook in eerder onderzoek, besproken in de literatuurstudie, al aan bod kwamen.
We bespreken hier enkele mogelijke strategieën voor implementatie, en lijsten deze stapsgewijs op in tabel 10, met verwijzing naar de indicatoren van kwaliteitsvolle zorg. (Zie bijlage 8.10)
Dit onderzoek maakt deel uit van een groter kwaliteitsverbeteringsproject, waarin via kwalitatief onderzoek ook de barrières en bevorderende factoren vanuit het perspectief van de huisartsen, orthopedisten en kinesisten werden gezocht. Voor een finale implementatiestrategie dient men dan ook dit volledige resultaat te bekijken.

3.5.1 Het belang van communicatie met de hulpverlener

Het meest opvallend is allereerst de nood aan correct informeren van de patiënt en voldoende aandacht besteden aan de communicatie. (19,24)
Momenteel richt men zich op een toegankelijke eerstelijnszorg waarin de patiënt centraal staat. De huisarts profileert zich als het eerste aanspreekpunt. In dat geval is het ook logisch en aangewezen dat de huisarts voldoende tijd uittrekt om de patiënt maximaal te informeren over zijn aandoening, de manier van diagnosticeren, de gevolgen, de behandelingen en de prognose. Het is frappant dat een veel voorkomende, en in patiëntentaal relatief eenvoudige aandoening als knieartrose zo weinig wordt toegelicht. We beschouwen het misschien al snel als vanzelfsprekend dat de patiënt alles snapt, of verwachten dat hij of zij steevast het advies van de arts zal volgen. Om de richtlijn te implementeren dient de arts de richtlijn te kennen, dient de richtlijn toegankelijk en gebruiksvriendelijk te zijn, en dient de arts alle stappen vervolgens te vertalen naar elke individuele

patiënt, rekening houdend met zijn opvattingen, verwachtingen en bekommernissen. Hij maakt van een richtlijn die specifiek voor de pathologie werd opgesteld, een beleid, specifiek voor de patiënt. Een goede arts-patiënt relatie is ook in de zorg voor knieartrose cruciaal. Men kan de artsen hiertoe aanzetten via beloningen, het verschaffen van tijd en middelen, en sensibiliseren voor deze mentaliteit en noodzaak vanaf de start van de opleiding.
Bij het informeren heeft de huisarts verder best ook aandacht voor het volledige plaatje. We merkten immers op dat er een belangrijke invloed is van andere co-morbiditeiten, van al reeds lang bestaande opvattingen bij de patiënt en van de sociale omgeving. Meerdere geïnterviewde patiënten vertelden over de arts die enkel aandacht besteedt aan de pathologie waarmee de patiënt initieel gekend was, zoals bijvoorbeeld diabetes of nodige secundaire cardiovasculaire preventie. Het locomotorisch welzijn en de invloed van een bestaande knieartrose werd gewoonweg vergeten: zoals eerder vermeld hechten patiënten hier soms meer belang aan dan aan het advies van de arts. (34)
Binnen deze holistische visie zijn adviezen best ook zo concreet mogelijk: Specifiek benoemen wat men moet of kan veranderen in de thuissituatie voor ideaal self-management, of aanreiken van mogelijkheden tot sportbeoefening of aanpassingen in het dieet. Om de correcte zorg te bekrachtigen zijn positieve ervaringen een pluspunt. De huisarts denkt er dus best aan regelmatig positief te connoteren in zijn communicatie met de patiënt, en tracht de behandeling zo te organiseren dat de patiënt op korte en op lange termijn de verbeteringen voelt. Zijn eigen verantwoordelijkheid moet de patiënt idealiter als een kans zien, en niet als een belemmering.
Bij chronische opvolging dient de huisarts dus regelmatig aandacht te hebben voor een volledige systeemanamnese en voor het volledige verhaal van de patiënt. Hij of zij houdt de klinische blik zo breed mogelijk, en zoekt naar mogelijkheden om te motiveren. De sociale omgeving goed kennen kan een grote steun zijn.

3.5.2 Informeren van de patiënten en zijn omgeving

Vervolgens kan niet alleen de arts een bron van informatie zijn, ook andere kanalen kunnen toegankelijke, correcte informatie aanbieden en de foutieve opvattingen counteren. Voorbeelden zijn campagnes van de overheid of via de mutualiteiten, bijvoorbeeld om het grote aantal overbodige medische beeldvorming terug te schroeven. Advertenties, brochures, reclamespotjes: er zijn meerdere mogelijkheden te gebruiken op de juiste tijd en plaats.
Een ander voorbeeld zijn websites op maat van de patiënt zoals zoals *http://www.thuisarts.nl* en *http://www.gezondheidenwetenschap.be*. Ook rationeel gebruik van medicatie kan hierbij aan bod komen. Tal van mythes bestaan, die leiden tot onnodige angst of misbruik. Uit de interviews bleek dat de bijsluiter van medicatie niet gebruiksvriendelijk genoeg is om dit probleem op te lossen. De overheid kan het aanbod van 'over the counter'-medicatie en bijbehorende reclames beter controleren, en zelf de correcte informatie verschaffen, wederom via de hulpverleners of via andere wegen.

3.5.3 Organisatie en gebruik van de zorg optimaliseren

Voldoende overleg tussen de hulpverleners is een meerwaarde bij de organisatie van de chronische zorg. Er zijn meerdere (digitale) hulpmiddelen hiertoe, zoals het elektronisch medisch dossier en eHealth. Als de arts, de apotheker en de kinesitherapeut snel en eenvoudig kunnen communiceren over de zorg die de patiënt nodig heeft, voorkomt dit fouten en verwarring zoals gevaarlijk gebruik van NSAID's of verkeerde oefentherapie. Binnen een sterke organisatie zou er meer verantwoordelijkheden kunnen worden toegewezen aan deze andere gezondheidswerkers. In eerder onderzoek vertelden immers kinesitherapeuten al dat meer persoonlijke autonomie zou kunnen leiden tot meer EBM. (22) Dit zou dan weer de workload van de huisartsen kunnen verminderen en op die manier hen de nodige tijd kunnen geven. In meerdere onderzoeken bleek

immers tijdsgebrek een steeds terugkerende barrière. (10,14,18,19) Dat was ook zo in onze interviews.

Bijkomend bleek een belangrijke barrière het gebrek aan gekende middelen om beweging en oefentherapie te integreren op lange termijn. Een programma op langere termijn dat men kan aanbieden via de kinesist, andere bewegingstherapeuten of via sportclubs zou hier een optie kunnen zijn. Dit is momenteel niet altijd even toegankelijk, onder andere door stigmatiseren, of een hoge kostprijs. Buiten enkele sessies bij de kinesitherapeut en een beperkte teruggave op het lidgeld bij enkele sportverenigingen dient de patiënt dit immers zelf te bekostigen. Weinig artsen opteren ook voor deze actieve aanpak, en integreren sportverenigingen of bewegingsterapeuten niet in hun sociale kaart. (34) Hierin investeren is nochtans een te overwegen implementatiestrategie.
De patiënten kennen tevens ook onvoldoende de verschillen tussen oefentherapie, massage en osteopathie. Hier dient men te streven naar meer transparantie, en het integreren van EBM binnen de kinesitherapie. Niet alleen met het oog op de resultaten van de zorg, maar ook om verwarring en demotivatie bij de patiënt te voorkomen.

Ten slotte gaven enkele patiënten ook aan dat ze het gebrek aan tijd en begrip bij de hulpverleners aan winstbejag wijten. Of dit daadwerkelijk meespeelt is zeer moeilijk objectief te beoordelen. We maken een korte vergelijking tussen België en Nederland, omdat incidentie en prevalentie van knieartrose hier zeer gelijklopend zijn. (1,2)
Voor Nederland vinden we deze cijfers terug in het Nederlands Centraal Bureau voor Statistiek. Er werden in de periode van 1997 tot 2002 gemiddeld 28800 kniearthroscopieën per jaar verricht. Dit komt neer op gemiddeld 181 per 100.000 inwoners per jaar. 52.7% van de patiënten had een leeftijd van 45 jaar of ouder. Er is een toenemende trend gedurende de latere jaren. We merken wel op dat het CBS specifiek spreekt over arthroscopieën met de indicatie meniscectomie. (44)
Voor België baseren we ons op het KCE Rapport. Daaruit blijkt dat tussen 1997 en 2002 op jaarbasis 58 473 knie arthroscopieën werden uitgevoerd. Dit komt neer op gemiddeld 570 per 100.000. 32% van de patiënten had een leeftijd van 50 jaar of ouder. (45)
Het aantal arthroscopieën van de knie is in Vlaanderen dus opmerkelijk hoger. Al moeten we hierbij wel herhalen dat het CBS specifiek spreekt over arthroscopieën met de indicatie meniscectomie. Misschien worden er in deze berekening dus arthroscopieën gemist. Uit het verschil zou men wel kunnen vermoeden dat er in België veel arthroscopiën worden uitgevoerd met een verkeerde indicatie, zoals knieartrose.
Ook als we met andere landen trachten te vergelijken wordt er in België relatief meer ingegrepen. (46) Er is echter geen enkele objectieve evidentie dat dit aan winstbejag van artsen zou liggen. Onze kwalitatieve studie richtte zich hier ook niet op. Wel kan men stellen dat als de patiënten deze perceptie hebben, dat dit ook gepaard gaat met onvoldoende vertrouwen in de arts en een slechte therapietrouw, barrières die eerder al werden besproken.
Met het oog op integratie van EBM, is het mogelijk dat aanpassen van het systeem van verloningen een goed idee is, met meer aandacht voor preventie en follow-up, tegenover het huidige systeem met vergoedingen op basis van (technische) prestaties. Dit hadden we tevoren al kort besproken in het literatuuronderzoek: dit is een vorm van de *'Pull'*-strategie ter implementatie van EBM. Maar er is meer en uitgebreider onderzoek nodig om te bepalen of dit een goed idee zou zijn.

De resultaten van ons kwalitatief onderzoek sluiten dus nauw aan bij al geleverd onderzoek, zoals besproken in de literatuurstudie. Op basis daarvan kunnen we enkele implementatiestrategieën voorstellen, maar om de impact van de genoemde barrières te voorspellen en te evolueren is meer onderzoek nodig.

4. Discussie en besluit

Men tracht de kwaliteit van zorg te optimaliseren door deze te baseren op EBM. Voor het werken in de praktijk stelt men richtlijnen op, gebaseerd op de medisch wetenschappelijke literatuur. Ook voor knieartrose zijn er op die manier praktijkrichtlijnen opgesteld. In de praktijk worden deze echter niet altijd toegepast. Nog niet de helft van de patiënten verkrijgt de dagelijks aangewezen hoeveelheid beweging, en ca. een kwart van de patiënten die geschikt zijn voor een TKP worden niet geopereerd. Aansluitend bij bestaand onderzoek zochten wij via een kwalitatieve studie welke barrières en bevorderende factoren er bestaan vanuit het standpunt van de patiënt, daar hier nog niet veel onderzoek naar was verricht.

Ons onderzoek vanuit het perspectief van de patiënt aan de hand van 11 diepte-interviews bracht 32 barrières aan het licht en 18 bevorderende factoren. Ze werden ingedeeld volgens de zes domeinen van Grol et al.: de richtlijn zelf, de hulpverlener, de patiënt, de sociale omgeving, het organisatorisch niveau, en het financieel, maatschappelijk of politiek niveau. Het viel op dat de meeste barrières en bevorderende factoren bij het niveau van de hulpverlener, de patiënt en de sociale omgeving hoorden. Dit is te verklaren omdat de patiënt een zeer persoonlijke kijk op de problematiek heeft. De overgrote meerderheid van de patiënten is ook niet of onvoldoende medisch geschoold, om op barrières te wijzen bij de richtlijn, de organisatie of het maatschappelijk, financieel of politiek niveau.
De meeste van deze barrières zijn we reeds in de literatuur tegengekomen. Enkele van hun teleurstellingen in de hulpverleners kwamen allereerst meermaals terug.
Ook het gebrek aan patiëntgerichte communicatie bleek een prominent belemmerende factor zijn. De patiënt krijgt zo immers niet alleen de nodige informatie, maar ook empathie en motivatie. Advies blijft dan ook eerder vaag en vervaagt snel. Gebrek aan communicatie tussen hulpverleners onderling wordt eveneens als een vaak terugkerende barrière gezien. Verder ervaren patiënten bij hulpverleners ook een gebrek aan tijd, onderschatten van de problematiek, en opvattingen of een werkwijze die gewoonweg niet overeenstemt met de praktijkrichtlijnen.

Vervolgens bleken er ook veel barrières bij de patiënten zelf te zijn, zoals opvattingen en verwachtingen die niet stroken met de realiteit en de richtlijnen, gebrek aan tijd, kennis, therapietrouw en motivatie. Zo beschouwt men artrose wel eens als het natuurlijke proces van 'afslijten' van het lichaam waar toch niets aan te doen is, geeft men andere co-morbiditeiten prioriteit en neemt men liever geen pijnstillers uit angst voor gewenning en verslaving. Het idee heerst dat zonder beeldvorming geen geloofwaardige diagnose kan gesteld worden. Ook angst voor een slechte outcome of negatieve ervaringen bleken een rem voor het uitvoeren van een behandeling met de nodige medicatie of heelkundige ingeep. Andere patiënten erkennen wel hun eigen verantwoordelijkheid en geloven dat ze zelf de stap naar beterschap in de hand hebben.

Daarnaast hechten patiënten veel belang aan de invloed van de sociale omgeving, soms meer dan aan het advies van de medische professionals. Dit kan zowel een positief als negatief effect hebben, en werkt in beide richtingen. De pijn en beperkingen die knieartrose met zich meebrengt kunnen het sociale leven en de eigenwaarde van de patiënt niet ten goede komen. Indien men echter veel steun krijgt en plezier kan beleven tijdens het sporten, dan komt dit het volhouden van de sportbeoefening ten goede, en zo de gehele levenskwaliteit. Samen met de motiverende meerwaarde van de omgeving kan ze ook een praktisch voordeel bieden waar steun nodig is.

Ten slotte gaan hier ook enkele mogelijkheden in de omgeving mee gepaard op organisatorisch niveau. Indien men de nodige zorg en bijvoorbeeld de gelegenheiden tot sportbeoefening kent en aanwijst kan men de patiënt concreet in de goede richting sturen. Een hoge kostprijs wordt wel

eens vermeld als een barrière, alsook gebrek aan begrip van de maatschappij en veel verwarring omtrent terugbetalingen van hulpmiddelen voor self-management en kinesitherapie.

Bij dit onderzoek zijn er sterke punten. Door gebruik te maken van diepte-interviews in plaats van vragenlijsten konden we het hoe en waarom van vele van deze gekende barrières verder exploreren. We interviewden de patiënten ook ieder in zijn persoonlijke omgeving. Hun antwoorden konden meteen gekoppeld worden aan zorg die ze op dat moment ontvingen, en aan de huidige organisatie van de gezondheidszorg.
We vonden ook een voldoende aantal barrières en bevorderende factoren en deze komen sterk overeen met wat voordien al in de literatuur terug te vinden was.

Ons onderzoek geeft zeker mogelijkheden voor enkele implementatiestrategieën op grote schaal. We konden enkele concrete stappen verwoorden ter bevordering van implementatie van de richtlijnen, zowel voor medische professionals individueel, als voor het bredere perspectief van organisatie van zorg, zoals de rol van de overheid en mutualiteiten. Het integreren van langdurigere oefentherapie in de kinesitherapie zou een optie kunnen zijn, aangezien men voorlopig slechts op een beperkt aantal individuele sessies met terugbetaling recht heeft. Aansluitend zou men via allerlei kanalen, zoals het internet, meer kunnen sensibiliseren over knieartrose: de nodige diagnostiek, het gebruik, nut en risico's van de medicatie en heelkundig ingrijpen, transparantie over kostprijs en terugbetalingen, aanmoedigen tot bewegen en gewichtsverlies in geval van obesitas.
Gebruiksvriendelijke methodes aanbieden voor communicatie onder hulpverleners onderling, bijvoorbeeld via het elektronisch medisch dossier of Mycarenet, is nog een andere optie die de bijdrage van alle hulpverleners, en zo ook de zorg voor de patiënt ten goede komt.

Onze interviews toonden dat gezondheidszorg een menselijk proces is. We kunnen na dit onderzoek vooral pleiten voor aandacht voor implementatie bij elk individueel arts-patiënt contact. Er spelen enorm veel factoren mee bij zorg, zo ook bij zorg gebaseerd op EBM. Het gebrek aan patiëntgerichte communicatie van de arts en een onvoldoende sterk gefundeerde arts-patiënt relatie kwam in haast elk interview aan bod als een van de belangrijkste factoren.
We kunnen dan als eindconclusie voornamelijk voor alle medische professionals onderstrepen dat men niet alleen de richtlijnen zelf moet volgen, maar ook moet vertalen naar de context en persoon van elke individuele patiënt, met zijn opvattingen, verwachtingen, attitude, angsten en zorgen. Zoals in eerder onderzoek werd aangegeven liggen er al van bij de start van de opleiding veel mogelijkheden om dit te integreren (20,21).

Anderzijds had dit onderzoek ook enkele belangrijke zwakke punten. Allereerst de onderzochte groep zelf. We hebben slechts 11 interviews kunnen includeren. Hoewel dat er met dit aantal al verzadiging werd bereikt op veel vragen, kunnen we niet met zekerheid zeggen dat er geen hiaten overblijven.
Ook al hebben de diepte-interviews enerzijds het voordeel onderliggende oorzaken te kunnen opzoeken, ze hebben dan weer het nadeel dat de patiënt vanuit zijn individuele beleving een sterk bevooroordeelde kijk op de feiten geeft. Onze steekproef werd ook geselecteerd op basis van persoonlijke interesse, waardoor de patiënt bevooroordeeld kan zijn. Vooral patiënten die graag hun verhaal kwijt wilden kwamen aan bod, of dit nu omwille van tevredenheid of ontevredenheid was. Zo wilden slechts 5 van de 33 kandidaten uit de eigen praktijk deelnemen. Bij het ventileren van frustraties werd soms ook wel ernstig van de vragen afgeweken, wat bij het coderen veel overtollige informatie opbracht die moeilijk te plaatsen was onder een van de indicatoren.
De patiënten werden gevonden in zeven verschillende huisartsenpraktijken, wat wellicht niet representatief is voor de Vlaamse huisartsenzorg. Ten slotte voelden patiënten uit eigen praktijk zich misschien geremd om al hun minpunten te vertellen, ondanks het van tevoren geruststellen en aanmoedigen.

Ten tweede is ook het coderen van de interviews mogelijk bevooroordeeld. We zochten specifiek naar barrières voor de gekende richtlijnen, en stelden een script op dat op deze richtlijnen gebaseerd was. Hierdoor bestaat de kans dat we toch bepaalde aspecten van de patiënten misten. Ook bij het coderen gaf de op voorhand gekozen indeling, gebaseerd op de zes domeinen volgens Gro let al. en de 29 praktijkrichtlijnen, een zekere partijdigheid, omdat we te gericht naar bepaalde antwoorden zochtten. Om dit te counteren werd er gecodeerd door twee onafhankelijk werkende onderzoekers, en nog met een derde onderzoeker werd bekeken hoe men bij verschillen tot een compromis kon komen. We hebben deze werkwijze echter niet bij alle interviews kunnen toepassen. Het is dus realistisch dat de patiënten nog barrières ervaarden die niet aan bod kwamen in onze vragen.

Ten derde hebben we wel meerdere factoren gevonden, maar de impact van deze factoren op grote schaal is zeer moeilijk in te schatten. Hun mate van beïnvloeding is echter wel van belang als men een implementatiestrategie zou willen ontwerpen. Alvorens men dat kan inschatten en dus de ideale strategie voor verbetering kan kiezen, dient men eerst via kwantitatief onderzoek de waarde van deze barrières en bevorderende factoren te weten te komen via een grote representatieve steekproef onder patiënten.

Ten vierde werd dit onderzoek volledig gevoerd in de Belgische gezondheidszorg. Negen van de 11 patiënten verbleven bovendien in de Vlaamse rand rond Brussel. Hier is de rol en toegankelijkheid van de specialist of de kinesitherapeut niet altijd gelijkaardig aan die in een setting in andere landen of streken. Dit maakt de strategie gebaseerd op de gevonden barrières en bevorderende factoren misschien minder bruikbaar op grotere schaal. Om dit te bepalen is eveneens uitgebreider onderzoek nodig, op grotere schaal.

Concluderend kunnen we zeggen dat we meerdere barrières en bevorderende factoren hebben gevonden, maar de belangrijkheid van deze factoren onderling of in synergie kennen we niet. Een kwantitatief onderzoek onder patiënten, met een grotere steekproef, is noodzakelijk om het belang van elke factor aan te tonen. Vervolgens zou men deze factoren kunnen integreren met barrières en bevorderende factoren die men vond in onderzoek bij de gezondheidszorgwerkers en zo een gerichte implementatiestrategie ontwikkelen.

5. Dankwoord

Deze masterthesis had ik niet kunnen voltooien zonder de steun van vele mensen. Ik bedank dan ook mijn promotoren Prof. Roselia Hermens en Prof. Patrik Vankrunkelsven, en co-promotor Lies Grypdonck voor hun deskundige begeleiding. Zij boden me niet alleen praktische hulp voor de interviews en de literatuur, niet in het minst de praktijkrichtlijnen zelf die een belangrijk fundament waren voor dit onderzoek. Prof. Hermens en Dr. Grypdonck waren ook de nodige gidsen in de materie van kwalitatief onderzoek, die me niet zo lang geleden volledig onbekend was.

Verder dank ik al de patiënten die zich bereidwillig lieten interviewen en me inzicht gaven in hun ideeën en beleving. Zonder hun bijdrage was dit onderzoek nooit gelukt.

Verder dank ik mijn praktijkopleider Dr. Roger Artois voor twee jaar vol ondersteuning, collegialiteit en vriendschap, alsook de andere collega's Dr. Ruth Decouttere, Dr. Sylia Van de Vyvere en Mevr. Christel Sterckx. Ik heb van hun allemaal ontzettend veel geleerd en zal deze tijd nooit vergeten.

In het bijzonder dank ik nog mijn ouders voor alle kansen die ze mij gegeven hebben, en alle steun, begrip en liefde die me gestuwd heeft tot wat ik nu heb kunnen bereiken. Ik bedank alle andere familie en vrienden om de arbeid telkens weer te verlichten met een luisterend oor of een moment van rust en plezier.

Ten slotte dank ik mijn vriendin Tine Dedecker, voor alle liefde, toewijding en kracht die ze me geeft, steeds opnieuw, wat me altijd de nodige moed geeft op de zwaarste momenten.

6. Referenties

1) Intego. Integrated computerized network. Department of general practice, KU Leuven. Intego-project. (internet) 2011. Beschikbaar via: www.intego.be. Geraadpleegd op 6/08/2014.
2) Ursum J, Hek K, Spronk I, Nielen MMJ, Davids R, Verheij RA. Hoe vaak komt artrose voor en bij wie? Zorgregistraties eerste lijn. Nivel: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. (internet) 2013. Beschikbaar via: www.nivel.nl. Geraadpleegd op 13/12/2014.
3) World Health Organization Scientific Group. The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium.Geneva: World Health Organization; 2003.
4) American Academy of Orthopaedic Surgeons. Treatment of osteoarthritis of the knee (non-arthroplasty). Internet. http://www.aaos.org/research/ guidelines/ OAK guideline.Geraadpleegd 6/08/2014.
5) Arden N, Nevitt MC. Osteoarthritis: epidemiology. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2006, 20, 3–25.
6) Nederlandse Orthopaedische Vereniging. Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van heup- en knie artrose.CBO. 2007.
7) Wallis A, Webster KE, LevingerP, Taylor NF.What proportion of people with hip and knee osteoarthritis meetphysical activity guidelines? A systematic review and meta-analysis.Osteoarthritis and Cartilage. 2013, 21, 1648–1659.
8) Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis Part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage*2010, 18, 476-99.
9) McKillop A, Crisp J, Walsh K.Barriers and Enablers to Implementation of a New Zealand-Wide Guideline for Assessment and Management of Cardiovascular Risk in Primary Health Care: A Template Analysis. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2012,3, 159 – 171.
10) Calderon C, Sola I, Rotaeche R,Marzo-Castillejo M, Louro-Gonzalez A, Carrillo R, Gonzalez AI, Alonso-Coello P. EBM in primary care: a qualitative multicenter study in Spain. BMC Family Practice.2011, 12, 84.
11) Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. TNO Preventie en gezondheid, 2002.
12) McKillop A, Crisp J, Walsh K. Practice guidelines need to address the 'how' and the 'what' of implementation.Primary Health Care Research & Development 2012, 13, 48–59.
13) Susan JC. Organizational Interventions To Encourage Guideline Implementation. CHEST. 2000, 118,40–46.
14) Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N.Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes.Cochrane Database of Systematic Reviews.2010, Issue 3.
15) Grimshaw JM, Thomas R, MacLennan G, FraserC ,Ramsay C, Vale L, Whitty P, Eccles M, Matowe L,Shirran L, Wensing M, Dijkstra R,Donaldson C.Effectiveness and efficiency of guideline disseminationand implementation strategies. Health Technology Assessment. 2004, 8, 6,72.
16) Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patiënt care: the implementation of change in clinical practice. Elsevier Butterworth Heinemann, 2005.
17) Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg. Uitgave: Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK), UMC St Radboud, Nijmegen. 2003.
18) Johnston KN, Young M, Grimmer-Somers KA, Antic R, Frith PA. Why are some evidence-based care recommendations in chronic obstructivepulmonary disease better implemented than others? Perspectives of medical practitioners. International Journal of COPD. 2011,6, 659–667.
19) Calderon C, Rotaeche R, Marzo-Castillejo M, Louro-Gonzalez A, Etxebarria A, Rico R, Barandiaran M. Gaining insight into the Clinical Practice Guideline development processes:

qualitative study in a workshop to implement the GRADE proposal in Spain. BMC Health Services Research. 2006, 6, 138.
20) Dijk N,Hooft L, Wieringa-de Waard M. What Are the Barriers to Residents' Practicing Evidence-Based Medicine? A Systematic Review.VanAcademic Medicine 2010, 85, 7.
21) Swennen MHJ, van der Heijden GJMG, Boeije HR, Van Rheenen N, Verheul FJM, Van der Graaf Y, Kalkman CJ. Doctors' Perceptions and Use of Evidence- Based Medicine: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Studies. Academic Medicine 2013, 88,9.
22) Hannes K, Staes F, Goedhuys J, Aertgeerts B. Obstacles to the implementation of evidence-based physiotherapy in practice: A focus group-based study in Belgium (Flanders). Physiotherapy Theory and Practice, 2009, 25, 7, 476–488.
23) Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller PE. Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2007, 4, 4, 210–219.
24) Van Peperstraten AM, Nelen W.L.D.M., Hermens R.P.M.G, Jansen L, Scheenjes E, Braat1 D.D.M., Grol R.P.T.M., Kremer JAM. Why don't we perform elective single embryo transfer? A qualitative study among IVF patiënt s and rofessionals. Human Reproduction. 2008, 1–7.
25) Van den Boogaard E, Hermens RPMG, Leschot NJ, Baron R, Vollebergh JHA, Bernardus RE, Van der Veen F, Kremer JAM, Goddijn M. Identification of barriers for good adherence to a guideline on recurrent miscarriage. Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology. 2011, 90, 186–191.
26) Boblin SL, Ireland S, Kirkpatrick H, Robertson K. Using Stake's Qualitative Case Study Approach to explore Implementation of Evidence-Based Practice. Qualitative Health Research. 2013, 23, 9, 1267– 1275.
27) Cheraghi-Sohi S, Bower P, Kennedy A, Morden A, Rogers A, Richardson J, Sanders T, Stevenson F, NioOng B. Patiënt Priorities in Osteoarthritis and ComorbidConditions: A Secondary Analysis ofQualitative Data. Arthritis Care & Research. 2013, 65, 6, 920–927.
28) Turner AP, Barlow JH, Buszewicz M, Atkinson A, Rait G. Beliefs about the causes of osteoarthritis among primary care patiënt s. Arthritis & Rheum. 2007, 57, 267–271.
29) Ali F, Jinks C, NioOng B ". . .Keep mobile, I think that's half the battle." A qualitative study of prevention of knee pain in symptomless older adults. BMC Public Health. 2012, 12, 753.
30) Kao MH, Tsai YF.Living experiences of middle-aged adults with early knee osteoarthritis in prediagnostic phase.,Family Practice 2006, 23, 558–567.
31) McAlindon TE, Cooper C, Kirwan JR, Dieppe PA. Determinants of disability in osteoarthritis of the knee. Annals of the Rheumatic Diseases. 1993, 52, 258–262.
32) Maly MR, Krupa T. Personal experience of living with knee osteoarthritis among older adults.Disability and Rehabilitation, September 2007; 29(18): 1423 – 1433.
33) Hawker GA, Stewart L. French MR, Cibere J, Jordan JM, March L, Suarez-Almazor M, Gooberman-Hill R. Understanding the pain experience in hip and knee osteoarthritis, an OARSI/OMERACT initiative. Osteoarthritis and Cartilage. 2008, 16, 415-422.
34) Hall M, Migay AM, Persad T,Smith J,Yoshida K, Kennedy D, Pagura S. Individuals' experience of living with osteoarthritis of the knee and perceptions of total knee arthroplasty. Physiotherapy Theory and Practice.2008, 24, 3, 167–181.
35) Campbell R, Evans M, Tucker M, Quilty B, Dieppe P,Donovan JL. Why don't patiënt s do their exercise? Understanding non-compliance with physiotherapy in patiënt s with osteoarthritis of the knee. J Epidemiol Community Health. 2001; 55: 132–138.
36) Hendry M, Williams NH, MarklandD,Wilkinson Cand Maddison P. Why should we exercise when our knees hurt? A qualitative study of primary care patiënt swithosteoarthritis of the knee. Family Practice. 2006, 23, 558–567.
37) Roddy E, Zhang W, Doherty M. Aerobic walking or strengthening exercise for osteoarthritis of the knee? A systematic review. Annals of the Rheumatic Diseases. 2005, 64, 544–548.

38) Jinks C, NioOng B, O'Neill T. "Well, it's nobody's responsibility but my own." A qualitative study to explore views about the determinants of health and prevention of knee pain in older adults. Jinks et al. BMC Public Health 2010, 10:148.
39) McHugh GA, Luker KA. Influences on individuals with osteoarthritis in deciding to undergo a hip or knee joint replacement: A qualitative study. Disability and Rehabilitation. 2009, 31, 15, 1257–1266.
40) Hannan M, Anderson J, Zhang Y, Levy D, Felson D. Bone mineral density and knee osteoarthrits in elderly men and women. The Framingham study. Arthritis & Rheumatism1993;12:1671 – 1680.
41) McHugh GA, Campbell M, Silman AJ, Kay PR, LukerKA.Patiënt s waiting for a hip or knee joint replacement: is there any prioritization for surgery. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2008, 14, 361–367.
42) Thoms GMM, McHugh GA, Lack JA. What information do anaesthetists provide for patiënt s? British Journal ofAnaesthesia. 2002, 89, 917–919.
43) Thom D, Kravitz R, Bell R, Krupat E, Azari R. Patiënt trust in the physician: Relationship to patiënt requests. FamilyPractice. 2002, 19, 476 – 483.
44) Operaties in het ziekenhuis; soort opname, leeftijd en geslacht, 1995-2010. Centraal Bureau voor de Statistiek. (Internet), 2015. Beschikbaar via http://www.cbs.nl. geraadpleegd op 19/02/2015.
45) Jacques J, Gillain D, Fecher F, Van De Sande S, Vrijens F, Ramaekers D, Swartenbroekx N, Gillet P. Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, KCE reports. 2006, 42A, 89 - 98.
46) Steiner C, Andrews R, Barrett M, Weiss A. HCUP Projections: Mobility/Orthodedic Procedures 2003 to 2012. HCUPProjections Report# 2012-03. U.S. Agency for Healthcare Research and Quality. (Internet), 2012. Beschikbaar via: http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/projections/2012-03.pdf. Geraadpleegd op 19/02/2015.

7. Addenda

7.1. Tabel 1: De Richtlijnen

Recommendations on knee OA care, transformable into quality indicators
Diagnosis
• If a patiënt is clinically diagnosed with knee OA and suffering from pain resistant to conservative treatment with acetaminophenand / or NSAIDs, then a radiography (weight bearing, semi-flexed PA, plus lateral and skyline view) of the symptomatic knee should be taken for the morphological assessment and grading of knee OA (especially to detect uni-compartmental OA which treatment modalities may differ). CT and MRI scan should not be used.
• If a patiënt with knee OA has a recurrent clinically evident effusion, then he should be further assessed (with aspiration and analysis of synovial fluid) in order to differentiate from inflammation caused by other arthritis
Lifestyle / Education / Devices
• If a patiënt has knee OA, he should be given information access and education about the objectives of treatment and the importance of changes in lifestyle, exercise, pacing of activities, weight reduction and other measures to unload the damaged joints
• If a patiënt with knee OA is overweight, then he should be encouraged to lose weight and maintain his weight at a lower level
• If a patiënt with knee OA is following exercise therapy, then the exercise therapy should be combined with education / self-management interventions to improve patiënt s' mental and physical performance and to alleviate pain
• If a patiënt has knee OA, then a brace should not be prescribed (except in uni-compartmental knee OA with axial deviation)
Therapy
• If a patiënt has knee OA, then exercise therapy should be prescribed, including at least muscle strengthening, aerobic exercises and functional exercises and combined with range of motion exercises in case of range of motion restrictions
• If a patiënt has symptomatic knee OA, then he has to be referred to a physical therapist for instruction of the patiënt in appropriate exercises, for motivation of the patiënt to implement exercise and adhere to exercise and to evaluate the performance
• If a patiënt with knee OA is following exercise therapy, then the content and intensity of the exercise program should be tailored to the patiënt s' individual goals in terms of limitations of activity and restrictions of participation
• If a patiënt with knee OA is following exercise therapy, then the treatment sessions should be spread over longer periods with lower frequencies in the later stages of the exercise program to facilitate the transition from exercise therapy to independent exercising and maintaining sufficient level of physical activity
• If a patiënt with knee OA is following exercise therapy, then he should be referred to regular community exercise and sports activitiesafter a period of supervised exercise
• If a patiënt has knee OA, then acetaminophen up to 3g/day should be used as the initial oral analgesic
• If a patiënt has knee OA and there is no adequate response on acetaminophen, or there is severe pain and / or inflammation, then oral NSAIDs should be used
• If a patiënt has knee OA, then chondroitin and glucosamine-chondroitin combination products should not be used

- If NSAIDs are used in a patiënt with knee OA, then they should be used intermittent (max 3 weeks sustained use) and at the lowest effective dose
- If a patiënt with knee OA and a history of bleeding gastric ulcers has a need for NSAIDs, then either a cox-2 selective agent or a non-selective NSAID with co-prescription of a proton pump inhibitor (PPI) / misoprostol should be used instead of a non-selective NSAID
- If a patiënt with knee OA has heart failure grade 2-4, ischemic heart disease, or renal insufficiency with a GFR < 40 ml/min, then NSAIDs should not be used. In case of other cardiovascular risk factors (e.g. hypertension, …), NSAIDs should be used with caution
- If a patiënt has knee OA, then strong opioids (oxymorphone, oxycodone, fentanyl, morphine sulphate)should not be used
- If a patiënt has knee OA, then arthroscopic interventions are not recommended. Co-existing meniscal lesions should not be treated. Only in case of locking of the knee from a large meniscal fragment or a loose body or an extension loss from an anterior anvil osteophyte, arthroscopic treatment is indicated.
- If a patiënt with knee OA is not obtaining adequate pain relief and functional improvement, then he should be considered for joint replacement
- If a patiënt has uni-compartmental knee OA, then a uni-compartmental knee replacement should be considered

---

Follow-up

- If a patiënt with knee OA is following exercise therapy, then regular evaluations by the physiotherapist are necessary. To make the switch-over from a supervised to an autonomous program an evaluation session should be performed every three months in the first year, every six months in the second year and once a year afterwards

Recommendations on knee OA care, belonging to the core set of recommendations as defined by the expert panel, but rejected on measurability for translation into quality indicators

- If adults aged > 40 years have usage-related knee pain, only short-lived morning stiffness (< 30 min), functional limitation and one or more typical clinical findings (crepitus, restricted movement, bony enlargement), then the diagnosis of knee OA can be made without a radiographic examination, CT or MRI and without laboratory tests
- If a patiënt has knee OA, then topical NSAIDs can be used as mono-therapy or as an adjunctive to oral analgesics
- If a patiënt with knee OA has moderate to severe pain, not responding satisfactorily to oral analgesics / anti-inflammatory agents, then an intra-articular injection with corticosteroids can be used for pain relief
- If a patiënt with knee OA has moderate to severe pain, not responding satisfactorily to oral analgesics / anti-inflammatory agents and non-pharmacological therapy, then an intra-articular injection with hyaluronate can be used
- If a patiënt has knee OA and other pharmacological agents are ineffective or contra-indicated and joint replacement is contra-indicated, then weak opioids (tramadol, codeine)can be used in treatment of refractory pain
- If a young and physically active patiënt with significant symptoms has uni-compartmental knee OA, then realignment osteotomy could be applied
- There is insufficient evidence to recommend in favor or against the use of glucosamine products in knee OA treatment. If a physician decides to use a glucosamine product, then preferentially drug registered products have to be used

Opgesteld door het expert panel:
Prof. Frank Luyten, MD, PhD, VeerleTaelman, MD, Kurt De Vlam, MD, PhD, Prof. Johan Bellemans, MD, PhD, Prof. Jan Victor, MD, PhD, Karl Brabants, MD, Prof. Koen Peers, MD, PhD, Guido Claes, Patrick Linden, MD, Prof. Bert Aertgeerts, MD, PhD, Paul Franssens, MD, Prof. Sabine Verschueren, PT, PhD, Dieter van Assche, PT, PhD, Erik Witvrouw, PT, PhD.

7.2. Tabel 2: 50 knelpunten volgens Fleuren et al.

1. Plaats waar besluitvorming in organisatie plaatsvindt: centraal / decentraal
2. Participatie in netwerk: samenwerkingsverbanden met andere organisaties: grootnetwerk / klein netwerk
3. Grootte organisatie: aantal mensen dat in organisatie werkt: veel medewerkers /weinig medewerkers
4. Hiërarchische structuur in organisatie: aantal hiërarchische lagen in organisatie:hiërarchisch / plat
5. Traditionele divisiestructuur versus flexibele (multidisciplinaire) teams:divisiestructuur / flexibele teams
6. Personeelsverloop: mate van personeelswisselingen: hoog verloop personeel / laag verloop personeel
7. Hoeveelheid personeel voor uitvoering van vernieuwing: is er voldoende personeel: veel personeel / weinig personeel
8. Hoeveelheid geld voor uitvoering van vernieuwing: is er voldoende geld: veel geld/ weinig geld
9. Aanwezigheid materiele voorzieningen b.v. apparatuur, materialen of ruimte voor uitvoeren vernieuwing: veel materiele voorzieningen / weinig materielevoorzieningen
10. Aanwezige administratieve ondersteuning: veel ondersteuning / weinig ondersteuning
11. Expertise: mate waarin deskundigheid die nodig is voor implementatie in de organisatie aanwezig is: veel expertise / weinig expertise
12. Regels en wetten: mate waarin vernieuwing past binnen bestaande regels en wetten: passend binnen regels of wetten / niet passend binnen regels of wetten
13. Logistieke zaken, b.v. medische dossiers die niet helder zijn: goede logistiek /slechte logistiek
14. Reïmbursement, b.v. vergoeding van zorgverzekeraar voor uitvoering van vernieuwing: wel reïmbursement / geen reïmbursement
15. Formele bekrachtiging, b.v. directie committeert zich door vernieuwing in beleid op te nemen: formele bekrachtiging / geen formele bekrachtiging
16. Coördinator / projectgroep met als rol de invoering optimaal te laten verlopen, tevens aanspreekpunt: coördinator aanwezig / coördinator afwezig
17. (Toekomstige) gebruikers betrokken bij ontwikkeling van de vernieuwing: gebruikers betrokken / gebruikers niet betrokken
18. Opinieleider: een collega die zoveel gezag heeft bij anderen, dat hij / zij als voorbeeld fungeert: opinieleider aanwezig / opinieleider afwezig
19. Samenwerking tussen verschillende geledingen / afdelingen binnen een organisatie: goede samenwerking / slechte samenwerking
20. Mate van vóórkomen van handeling: hoe vaak een vernieuwing daadwerkelijk in de praktijk kan worden toegepast: veel voorkomende handeling / weinig voorkomende handeling
21. Wensen / eisen van patiënt op zorgverlener: patiënt kan zorgverlener vragen / eisen om vernieuwing wel of niet uit te voeren
22. Kennis van patiënt over de baten van de screening of behandeling: voldoende kennis baten / onvoldoende kennis baten
23. Twijfel van patiënt aan deskundigheid van arts met betrekking tot het uitvoeren van de vernieuwing: geen twijfel / wel twijfel
24. Kosten van de vernieuwing die voor rekening van de patiënt komen: geen kosten / wel kosten
25. Belasting die de patiënt ondervindt bij het uitvoeren van de vernieuwing: geen belasting / wel belasting
26. Bereidheid van de patiënt om ongezond gedrag te veranderen, b.v. stoppen met roken: bereid gedrag te veranderen / niet bereid gedrag te veranderen
27. Ervaren steun van collega's (zelfde beroepsgroep) met betrekking tot uitvoering van de vernieuwing: veel steun van collega´s / weinig steun van collega's
28. Ervaren steun van andere zorgverleners (andere beroepsgroep) met betrekking tot uitvoering van de vernieuwing: veel steun van andere zorgverleners / weinig steun van andere zorgverleners
29. Ervaren steun van direct leidinggevende met betrekking tot uitvoering van de vernieuwing: veel steun direct leidinggevende / weinig steun direct leidinggevende
30. Ervaren steun van hoger management (geen direct leidinggevenden) met betrekking tot uitvoering van de vernieuwing: veel steun hoger management /weinig steun hoger management
31. Benodigde vaardigheden waarover de gebruiker beschikt om de vernieuwing uit te voeren: veel vaardigheden / weinig vaardigheden
32. Benodigde kennis waarover de gebruiker beschikt om de vernieuwing uit te kunnen voeren: veel kennis / weinig kennis

33. Ownership: mate waarin de vernieuwing figuurlijk tot eigendom is gemaakt van de gebruiker: ownership / geen ownership
34. Verwachte medewerking van patiënt: verwachting van de gebruiker of de patiënt wil meewerken aan de vernieuwing: hoge verwachte medewerking / lage verwachte medewerking
35. Verwachte tevredenheid patiënt: verwachting van de gebruiker met betrekking tot de tevredenheid van de patiënt over de zorgvernieuwing: hoge tevredenheid / lage tevredenheid
36. Waargenomen gedrag van collega's (zelfde beroepsgroep): hoe collega's met de vernieuwing omgaan: positief gedrag van collega's / negatief gedrag van collega's
37. Beschikbare tijd voor uitvoering van vernieuwing: veel tijd / weinig tijd
38. Aansluiten van vernieuwing bij taakopvatting: past de vernieuwing bij de taakopvatting van de gebruiker: sluit aan bij taakopvatting / sluit niet aan bij taakopvatting
39. Werkgerelateerde stress / burnout bij de gebruiker: veel stress / weinig stress
40. Overeenkomst van doelen tussen gebruikers, b.v. bij transmurale zorg kunnen de gebruikers in het ziekenhuis andere doelen hebben dan de gebruikers in de thuiszorg: dezelfde doelen gebruikers / verschillende doelen gebruikers
41. Ethische problemen die de gebruiker ervaart met betrekking tot de vernieuwing: geen ethische problemen / ethische problemen
42.Eigen-effectiviteitsverwachting (self-efficacy): mate waarin de gebruiker zichzelf in staat acht volgens de vernieuwing te gaan werken.
43. Helderheid procedures / richtlijnen zoals omschreven in de vernieuwing: heldere procedures / geen heldere procedures
44. Congruentie van vernieuwing met bestaande werkwijze: congruentie bestaande werkwijze / geen congruentie bestaande werkwijze
45. Ruimte om vernieuwing aan eigen situatie aan te passen: veel ruimte om aan te passen aan eigen situatie / weinig ruimte om aan te passen aan eigen situatie
46. Relatief voordeel voor gebruiker t.o.v. huidige / oude werkwijze: veel voordeel / weinig voordeel
47. Zichtbaarheid van de uitkomsten voor de gebruiker b.v. of effect van behandeling zichtbaar is: zichtbaarheid uitkomsten / geen zichtbaarheid uitkomsten
48. Aantrekkelijkheid van de vernieuwing voor de gebruiker: hoge aantrekkelijkheid / lage aantrekkelijkheid
49. Klinische relevantie van de vernieuwing: hoge klinische relevantie / lage klinische relevantie
50. Wetenschappelijk gehalte van vernieuwing: in hoeverre is vernieuwing wetenschappelijk bewezen: bewezen / niet bewezen
51. Kans op nadelige gevolgen van vernieuwing voor de patiënt: hoge kans nadelige gevolgen / lage kans nadelige gevolgen
52. Mate waarin het gebruik van de vernieuwing voor de zorgverlener belonend is, b.v. financieel of sociaal: belonend / niet belonend

7.3. Tabel 3: Vragenlijst volgens Peters et al.

Knelpunten voor implementatie – algemeen

Korte inleiding over het onderwerp (richtlijn of innovatie)

Hieronder volgt een aantal uitspraken over het werken volgens *de richtlijn of innovatie*. Het is de bedoeling dat u aangeeft in hoeverre u het met de uitspraak 'eens' of 'oneens' bent. Als u geen duidelijke mening heeft, probeer dan toch te bepalen of uw mening meer richting 'eens' of 'oneens' gaat. Als dit niet lukt, vul dan 'eens noch oneens' in.

	zeer mee oneens	mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
1. Deze *richtlijn of innovatie* laat genoeg ruimte voor mij om zelf afwegingen te maken.	❒	❒	❒	❒	❒
2. Deze *richtlijn of innovatie* geeft mij genoeg ruimte om de wensen van de patiënt mee te laten wegen.	❒	❒	❒	❒	❒
3. Deze *richtlijn of innovatie* is een goed aanknopingspunt voor mijn zelfstudie.	❒	❒	❒	❒	❒
4. Deze *richtlijn of innovatie* kan volgens mij gemakkelijk misbruikt worden in het medisch tuchtrecht.	❒	❒	❒	❒	❒

Knelpunten voor implementatie – preventiegericht

Nu volgt een aantal vragen over de knelpunten die met het implementeren van preventieve zorg te maken hebben. Welke knelpunten ervaart u momenteel?

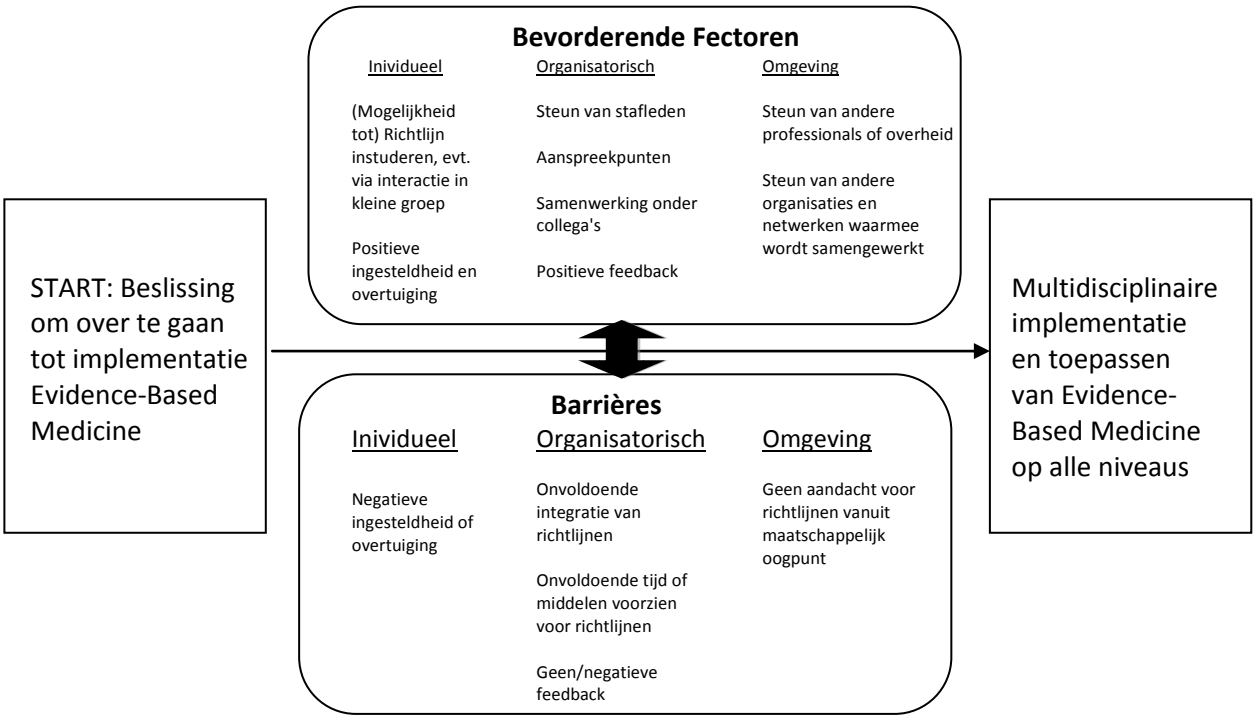
Ik vind het geven van preventieve zorg een probleem, omdat …	**zeer mee oneens**	**oneens**	**eens noch oneens**	**eens**	**zeer mee eens**
18.… er onvoldoende ondersteunend personeel is.	❒	❒	❒	❒	❒
19.… er bepaalde instrumenten ontbreken.	❒	❒	❒	❒	❒
20. … het tijdstip waarop de preventieve zorg wordt verleend onhandig is.	❒	❒	❒	❒	❒
21.… er fysieke ruimte ontbreekt (bijvoorbeeld een spreekkamer).	❒	❒	❒	❒	❒
22. … ik niet ben opgeleid voor het geven van preventieve zorg.	❒	❒	❒	❒	❒
23. … ik niet betrokken ben geweest bij het opzetten van de preventie.	❒	❒	❒	❒	❒
24. … patiënten met een andere culturele achtergrond.	❒	❒	❒	❒	❒
25. … patiënten die overwegend gezond zijn.	❒	❒	❒	❒	❒
26. … patiënten met een lage sociaal-economische status.	❒	❒	❒	❒	❒
27. … oudere patiënten (60+).	❒	❒	❒	❒	❒
28. … patiënten die de praktijk weinig bezoeken.	❒	❒	❒	❒	❒

5. Ik heb de *richtlijn of innovatie* niet grondig genoeg gelezen of onthouden.	❒	❒	❒	❒	❒
6. Ik wil graag meer over de *richtlijn of innovatie* weten voordat ik eventueel besluit om deze toe te passen.	❒	❒	❒	❒	❒
7. Ik heb moeite met het veranderen van mijn oude routines.	❒	❒	❒	❒	❒
8. Ik denk dat bepaalde onderdelen van deze *richtlijn of innovatie* onjuist zijn.	❒	❒	❒	❒	❒
9. Ik heb in het algemeen weerstand tegen het werken volgens protocollen.	❒	❒	❒	❒	❒
10. Collega-huisartsen werken niet mee aan het toepassen van deze *richtlijn of innovatie*.	❒	❒	❒	❒	❒
11. Andere artsen of hulpverleners werken niet mee aan het toepassen van deze *richtlijn of innovatie*.	❒	❒	❒	❒	❒
12. Leidinggevenden werken niet mee aan het toepassen van deze *richtlijn of innovatie*.	❒	❒	❒	❒	❒
13. Patiënten werken niet mee aan het toepassen van deze *richtlijn of innovatie*.	❒	❒	❒	❒	❒
14. Het werken volgens deze *richtlijn of innovatie* kost veel tijd.	❒	❒	❒	❒	❒
15. Deze *richtlijn of innovatie* past niet goed bij de manier van werken in mijn praktijk, bij mijn werkstijl.	❒	❒	❒	❒	❒
16. Het werken volgens deze *richtlijn of innovatie* vereist een financiële vergoeding.	❒	❒	❒	❒	❒
17. De lay-out van deze *richtlijn of innovatie* maakt deze handig voor gebruik.	❒	❒	❒	❒	❒

7.4. Tabel 4: Stake et al. Vs Yin et al.

	Constructivisme (Stake et al. 1995)	Postpositivisme (Yin, 2003)
Ontologie/Filosofie	De realiteit is subjectief en de subjectiviteit is essentieel om iets te doorgronden. De nadruk ligt op een holistische kijk op wat er gebeurt. Om iets te begrijpen moet men de context kaderen binnen allerlei variabelen zoals in tijd, in ruimte, economische, historische, sociale, politieke en persoonlijke.	De realiteit is objectief en voorspelbaar. Er kan een oorzakelijk verband worden vastgesteld bij wat men onderzocht heeft. De nadruk ligt op controle en rationaliteit. Met verschillende strategieën probeert men de verschillende verbanden te vinden.
Relatie onderzoeker - onderzoek	Er is een interactie tussen onderzoeker en onderwerp. De afstand tussen onderzoeker en onderzochte is zo klein mogelijk, de onderzoeker krijgt zo zicht op de blik van de 'insider'.	De onderzoeker is neutraal en onafhankelijk. Vanop een afstand probeert hij op een holistische manier het onderzochtte fenomeen te begrijpen.
Waarde van BIAS	BIAS tegenover het werk is erkend en aanvaard	Men probeert de BIAS te controleren en te beperken.
Methodologie	Methodes zijn flexiebel. Er is niet steeds een structuur a priori nodig. Men beschrijft wat gebeurt maar zoekt niet noodzakelijk naar oorzaken. Men interpreteert en probeert te begrijpen.	Onderzoek blijft logisch, deterministisch en probeert iets te doorgronden aan de hand van een a priori opgesteld denkkader (oorzaak en gevolg. Men test een hypothese empirisch om te bevestigen.

7.5. Afbeelding 1: Praktisch overzicht op het proces van implementatie



7.6. Script diepte-interviews

1) Wat weet u over (uw) knieartrose? Hoe en door wie wordt u het liefst geïnformeerd? Heeft u momenteel het idee voldoende geïnformeerd te zijn over knieartrose?
2) Wat is uw mening over een foto van de knie om knieartrose vast te stellen? Wat is uw mening over een CT- of NMR-scan in de aanpak van knieartrose?
Ziet u redenen waarom sommige patiënten daar wel / niet op aansturen bij hun arts?
3) Heeft u een idee over hetgeen u zelf kan doen om de dagdagelijkse klachten te verminderen? Op welke manier verwacht u daarbij hulp van uw arts of kinesitherapeut?
4) Onderzoek toonde aan dat gewichtsverlies&beweging kan helpen. Werd u dit verteld? Wat is uw mening daarover? Is dit haalbaar? Enkele artsen en kinesitherapeuten geven aan dat een deel van de patiënten niet gemotiveerd is om te bewegen en gewicht te verliezen. Wat maakt, volgens u, dat deze mensen niet gemotiveerd zijn? Zie je mogelijkheden om deze mensen wel te motiveren / wat zou daarbij kunnen helpen?
5) Wat is uw mening over het gebruik van hulpmiddelen zoals een wandelstok of een looprekje? Als dit nuttig zou zijn voor u, hoe zou u dan het liefst aan informatie komen daaromtrent? Zijn er hulpverleners die u daarbij zouden kunnen helpen (Zo ja, wie verwacht u dat u daarbij zal helpen)?
6) Bent u bij een kinesist geweest of zou u deze raadplegen zo verwezen? Wat zijn voor u drempels om naar een kinesist te gaan (of mogelijke drempels bij andere patiënten)?
Wat verwacht u van een behandeling bij de kinesitherapeut voor knieartrose?
7)Vindt u het belangrijk dat uw arts of kinesist u motiveert om bvb. meer te bewegen of gewicht te verliezen? Welke rol kunnen zij, naar uw mening hierin spelen?
8) Wat is uw mening over medicatie in de aanpak van knieartrose? Wat ervaart u als werkzaam? Zijn er bepaalde medicamenten die u liever niet gebruikt of andere medicamenten die uw voorkeur genieten en waarom?
9) Wat is uw mening over zalven zoals Fastum, Flexium of Voltaren? Kent u het verschil tussen deze en andere zalven zoals Algipan, Mobilisin,Flexagin, …? Wat is uw ervaring en mening hieromtrent?
10) Men gebruikt tegenwoordig ook vaak kraakbeensupplementen. Merknamen zijn oa. Biocondyl, Bio-rhumal, Osteoplus, Donacom, ed.. Kent u deze? Wat is u verteld? Wat denkt u hierover? Kent u de verschillen tussen bepaalde supplementen, bvb. Glucosamine vs. Collageen?
11) Hebt u paracetamol, zoals Dafalgan of Algostase genomen? Zo ja, voor of nadat u uw huisarts over de knie consulteerde? Hebt u dat als voldoende ervaren?
Ziet u redenen waarom uzelf (of andere patiënten) deze medicatie niet zouden nemen?
12) Heeft u NSAID's genomen, maw pillen zoals Brufen, Voltaren, Cataflan, feldenen, ibuprofen? Op eigen initiatief of via een arts? Kent u de nevenwerkingen van medicatie/ waarom u ze niet zou mogen nemen? Ziet u redenen waarom uzelf (of andere patiënten) deze medicatie niet zouden nemen?
13) Wat is uw mening over het gebruik van iets sterkere pijnstillers, zoals dafalgan-codeïne of tramadol, contramal… in de aanpak van knieartrose?
14) Wat is uw mening over inspuitingen in de knie voor de behandeling van knieartrose? Weet u welke producten hiervoor gebruikt worden?
15) Bent u verwezen naar een specialist? Welke? *(*NB: Welke discipline*?)* Wat kan u daarover vertellen, wat is uw ervaring hiermee?
16) Wat is uw mening over een artroscopie, een 'kijkoperatie' voor knieartrose?
17) Wat is uw mening over een knieprothese, ' de nieuwe knie'? Werd daar ooit met u over gesproken? Zou u het nuttig vinden om daarover een gesprek te hebben met uw arts (Waarom wel of niet)?
18) Hoe vaak ziet u uw arts of een andere gezondheidswerker ivm uw knieartrose? Vindt u dat voldoende/te veel? Zou u het zinvol vinden om op vaste momenten een vervolgafspraak te krijgen voor knieartrose (en bij welke hulpverlener) en waarom wel of niet?

19) Welke van al deze therapieën heeft uw voorkeur? Waarom? Wat maakt dat u een therapie wilt wijzigen? Hoelang zou u een therapie volhouden alvorens deze te willen veranderen?
20) Hoe neemt u uw medicatie bij voorkeur in: in met korte periodes of continu – en waarom?
21) Hebt u zelf medicatie gekocht bij de apotheker of bent u meteen naar een arts gegaan?
22) Wie of wat zou u globaal de belangrijkste steun (invloed) noemen om met uw knieartrose om te gaan?
23) Is er nog iets dat u zeker wilde vertellen ivm (uw) knieartrose?

7.7. Informed Consent

Naam + voornaam:

Geboortedatum:

Dit document heeft betrekking op de deelname aan wetenschappelijk onderzoek aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven met als titel: 'Barrières en facilitatoren voor guideline-adherence met betrekking tot knieartrose'.
Achtergrondinformatie: (Internationale) richtlijnen over de zorg voor patiënten met knieartrose, worden niet op alle vlakken goed opgevolgd. Via dit onderzoek, zouden we willen nagaan welke opvattingen patiënten hebben over de behandeling, en waar dit de opvolging van de richtlijnen in de weg zou staan en of er elementen zijn die het opvolgen van richtlijnen gemakkelijker zouden kunnen maken.
Procedure: De studie wordt uitgevoerd aan de hand van diepte-interviews met patiënten. Deze worden opgenomen op audiotape. De analyse van de resultaten gebeurt volledig anoniem.
Vertrouwelijkheid: De gegevens worden anoniem verwerkt. In plaats van namen, wordt er gebruik gemaakt van codes, zodat in wetenschappelijke tijdschriften uw naam niet kenbaar gemaakt wordt.
Recht op informatie: U heeft het recht om informatie op te vragen in verband met deze studie.
Recht op stopzetten deelname: Op elk moment heeft u de mogelijkheid om uw deelname aan de studie stop te zetten.

Ik ga akkoord met deelname aan deze studie:

Handtekening deelnemer Datum

De onderzoeker verklaart hierbij de studie uit te voeren volgens de voorwaarden, beschreven in dit document.

Handtekening Datum

Onderzoeker: Dr. Jurgen Desfossés iov Dr. Lies Grypdonck& Prof. Dr. Patrick Vankrunkelsven– Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde – KU Leuven, Kapucijnenvoer 33, blok J, 3000 Leuven.

7.8. Tabel 5 en 6 : Barrières en bevorderende factoren bevonden uit de diepte-interviews bij patiënten ingedeeld volgens de 6 domeinen van Grol et al.

Richtlijn	Hulpverlener	Patiënt	Sociale Setting	Organisatorisch	Financiëel of maatschappelijk
Toepassen van aanbevelingen niet mogelijk omv co-morbiditeit Geen gebruiks-vriendelijke richtlijn, praktisch niet haalbaar	Onvoldoende, onduidelijk, communiceren Tijdsgebrek Winstbejag Onkunde: opvatting en handelen niet conform richtlijn Opvatting niet overeenstemmend met patiënt Niet erkennen van problemen, geen steun geven Niet patiëntgericht werken	Opvatting niet conform de richtlijn Negatieve attitude, geen motivatie Slechte gewoonten verhinderen verandering Tijdsgebrek Kennis niet hebben Slechte ervaring Onrealistische verwachtingen Geen vertrouwen in hulpverlener Intensiteit van klachten is té groot voor correcte zorg Angst (voor slechte outcome)	Foutieve informatie uit omgeving Negatief beïnvloeden, demotiveren Stigmatiseren Gebrek aan begrip en steun	Onvoldoende of slechte communicatie en organisatie tussen hulpverleners Niet goed bereikbaar zijn van zorg Uitrusting van patiënt of hulpverlener onvoldoende Aanpassingen in dagelijks leven zijn niet mogelijk Correcte informatie is nergens openbaar te vinden	Hoge kostprijs van zorg Onduidelijkheid omtrent kostprijs en terugbetalingen van zorg Gebrek aan erkenning vanuit maatschappij Verkeerde zorg is zonder controle of informatie beschikbaar

Richtlijn	Hulpverlener	Patiënt	Sociale Setting	Organisatorisch	Financiëel of maatschappelijk
Gebruiks-vriendelijke aanbevelingen	Duidelijk communiceren van correcte informatie Patiëntgericht werken Ondersteunen, goede arts-patiënt relatie	Goede therapietrouw en zelfzorg Gemotiveerde, positieve attitude Opvatting die overeenstemt met hulpverlener Realistische verwachtingen Hoop op beterschap Vertrouwen in de hulpverlener Positieve ervaringen Kennis hebben	Correcte informatie vanuit de sociale omgeving Positieve, motiverende invloed vanuit sociale omgeving Praktische steun	Therapeutische mogelijkheden organiseren, zoals bij sportclubs Bereikbare zorg organiseren (bvb. specialistische hulp waar nodig, of hulp integreren met werksituatie) Informatie verstrekken via openbare kanalen	-

7.9. Tabel 7 en 8: Procentuele verdeling van de barrières en bevorderende factoren gevonden in de diepte-interviews, ingedeeld volgens de 6 domeinen van Grol et al.

Bevorderende Factoren	Richtlijn	Hulpverlener	Patiënt	Sociale Omgeving	Organisatorisch Niveau	Financieel, Politiek en Maatschappelijk niveau
Diagnose	0	42,09	57,91	0	0	0
Informatie	0	47,81	40,23	5,12	6,84	0
Gewichtsverlies	0	40,7	56,61	2,68	0	0
Self-Management	0	26,12	46,44	10,86	16,6	0
Brace	0	0	100	0	0	0
Oefentherapie	0	32,98	52,68	7,86	6,47	0
Medicatie	0	6,44	91,16	1,78	0,62	0
Heelkundig Ingrijpen	0	23,66	50,94	25,4	0	0
Follow-up	0	57,23	28,66	12,94	1,17	0

Barrières	Richtlijn	Hulpverlener	Patiënt	Sociale Omgeving	Organisatorisch Niveau	Financieel, Politiek en Maatschappelijk niveau
Diagnose	0	34,7	64,37	0	0	0,92
Informatie	0	46,65	37,46	7,51	0,25	8,14
Gewichtsverlies	0	16,81	83,19	0	0	0
Self-Management	3,16	23,58	37,96	20,52	1,63	13,15
Brace	0	21,8	61,78	0	0	16,42
Oefentherapie	5,79	23,59	52,95	2,65	9,64	5,38
Medicatie	8,34	11,8	64,59	8,23	0	7,03
Heelkundig Ingrijpen	0,67	31,85	46,08	15,75	5,63	0,03
Follow-up	2,13	25,29	61,82	10,76	0	0

.

7.10. Tabel 10: Implementatiestrategieën

Diagnose	Sensibiliseren van de patiënten dat (meervoudig) radiologisch onderzoek niet steeds nodig is, en zelfs nodeloos ongerust kan maken. Dit kan oa. via campagnes vanwege de overheid of via de artsen zelf.
Informatie	De patiënt via meerdere kanalen informeren over knieartrose. De huisarts is in de Belgische gezondheidszorg de meest aangewezen persoon om dit te doen en de richtlijnen te vertalen naar elke patiënt individueel. Men kan de artsen hiertoe aanzetten via beloningen, het verschaffen van tijd en middelen, en sensibiliseren voor deze mentaliteit en noodzaak vanaf de start van de opleiding. Andere kanalen die men kan aanspreken zijn toegankelijke brochures, literatuur op patiëntenmaat en vooral het internet: een webpagina die wijst op de foute opvattingen en de correcte aanbiedt.

Gewichtsverlies en Self-Management	Aanpassingen aan de dagdagelijkse omgeving vergemakkelijken : transparantie omtrent kostprijs en terugbetalingen, patiënten én huisartsen informeren omtrent mogelijkheden en eventueel extra assistentie inschakelen, zoals de huidige ergotherapie. De aanpak van de mondiale obesitasproblematiek heeft natuurlijk ook zijn nut in de aanpak van knieartrose.
Oefentherapie	De mogelijkheden uitbreiden voor oefentherapie op lange termijn. Via sportverenigingen, revalidatieafdelingen of grotere kinesitherapiepraktijken een programma ontwikkelen voor de patiënt met knieartrose dat laagdrempelig is (zowel in kostprijs als in praktische bereikbaarheid) en inspeelt op het positieve effect van werken in groep. Duidelijkheid scheppen in de rol van de kinesitherapeut en het hoe en waarom van terugbetalingen. Eventueel kan men mogelijkheden creëren wat betreft deze terugbetaling met meer aandacht voor preventie en de lange termijn. Het belang van evidence-based practice ook in kinesitherapie beklemtonen en toegankelijk maken (vanwege de overheid).
Medicatie	Informeren van patiënten over welke medicatie gevaarlijk of verslavend is en welke niet, en welke werkzaam is en welke niet. Op korte en lange termijn wat dat betreft, in beide gevallen. De bijsluiter blijkt momenteel onvoldoende. Controleren van het 'vrije aanbod' (over the counter). Meer aandacht voor de prijs en terugbetaling van medicatie, zowel individueel (de arts) als op grote schaal (de overheid).
Heelkundig Ingrijpen	Sensibiliseren van patiënten over de heelkundige opties, al vanaf de diagnose van knieartrose, bijvoorbeeld via brochures die men nu alleen krijgt in het ziekenhuis als de beslissing al genomen werd. Mythes de wereld uit helpen. Een wijziging van het systeem dat artsen verloont per prestatie kan de overbodige arthroscopieën misschien terugdringen.
Follow-up	De communicatie tussen de zorgverleners kan verbeteren, wat leidt tot een betere continuïteit van zorg. Men kan hier vooral de ondergeschikte rol van de kinesitherapeut uitbreiden en meer zelfstandigheid en toegankelijkheid geven, bijvoorbeeld via het elektronisch medisch dossier en Mycarenet, zaken die in de nabije toekomst meer en meer zullen gebruikt worden.