

De implementatie van de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”



J.K.E. Konings (0704938)

R.J.E.F. Reinders (0705152)

I.J.S. Tulmans (0705675)

Begeleider: Dr. Y.C.M. Nelissen – de Vos

In opdracht van:

S.M.L. Verboort namens het

Integraal Kankercentrum Nederland locatie
Maastricht

De implementatie van de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”

©Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Hogeschool Zuyd en het Integraal Kankercentrum Limburg.

Voorwoord

Dit project bevat de resultaten van het onderzoek: ‘De implementatie van de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”. Het project is uitgevoerd door studenten van de Hogeschool Zuyd te Heerlen, faculteit gezondheidszorg, opleiding fysiotherapie. Het onderzoek heeft een jaar geduurd en heeft plaatsgevonden in de periode mei 2010 tot en met mei 2011.

De projectgroep van dit project bestond uit:

- J.K.E. Konings
- R.J.E.F. Reinders.
- I.J.S. Tilmans

Dit project was nooit tot stand gekomen zonder de hulp van een aantal personen. Onze dank gaat uit naar alle werkgroepleden, NVFL-leden en verwijzers die aan de enquêtes en de interviews hun medewerking hebben verleend.

Speciaal danken wij Yolande Nelissen- de Vos, onze docentbegeleidster van de opleiding fysiotherapie op de Hogeschool Zuyd, die ons tijdens het proces ondersteund en gestuurd heeft.

Ook gaat onze dank uit naar Jacques Geraets, die met aanvullende opmerkingen en kritiek aan het resultaat van ons project heeft bijgedragen.

Verder danken wij de werkgroep ‘fysiotherapie en oncologie’ van het Integraal Kankercentrum Nederland (locatie Maastricht) voor het meedenken tijdens de vergaderingen en vooral Suzanne Verboort en Piet Slangen die met deskundigheid ons project hebben gelezen en ons hebben voorzien van feedback.

Ook een persoonlijk woordje naar onze familie en vrienden voor hun vertrouwen, steun en hulp tijdens de afgelopen jaren en in het bijzonder tijdens de laatste periode van deze opleiding.

Jessica, Ilona & Robin

Hogeschool Zuyd Heerlen, mei 2011

Inhoudsopgave:

Samenvatting	6
1. Inleiding.....	8
1.1. Algemene projectbeschrijving	8
1.2. Betrokken organisatie	9
1.3. Relevantie.....	10
1.4. Motivatie	11
1.5. Probleemstelling	12
1.6. De leidraad	13
1.7. Implementatie van een leidraad	14
1.7.1. Definitie.....	14
1.7.2. Implementatiemodel van Grol	15
1.7.3. Knelpunten	16
2. Methode	17
2.1. Analysefase.	17
2.1.1. Literatuurstudie.....	18
2.1.2. Doelgroep.....	19
2.1.3. Enquêtes werkgroepleden	19
2.1.4. Enquêtes NVFL leden	20
2.1.5. Enquêtes verwijzers.....	20
2.2. Interviews	21
2.2.1. Interviews werkgroepleden.....	21
2.2.2. Interviews NVFL leden.....	22
2.2.3. Interviews verwijzers	22
2.3. Ontwikkelen implementatiestrategieën.	23
3. Resultaten	24
3.1. Literatuurstudie	24
3.2. Doelgroep	24
3.3. Resultaten enquête werkgroepleden	25
3.3.1. Algemene gegevens doelgroep.....	25
3.3.2. De leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”.	27
3.3.3. Het model van gedragsverandering.....	29

3.4. Resultaten enquête NVFL-leden.....	31
3.4.1. Algemene gegevens doelgroep.....	31
3.4.2. De leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”.	33
3.4.3. Het model van gedragsverandering.....	34
3.5 Resultaten enquête verwijzers.....	37
3.5.1. Algemene gegevens doelgroep.....	37
3.5.2. Oncologie fysiotherapeut.....	38
3.5.3. De leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”.	39
3.6. resultaten interviews	41
3.6.1. Resultaten interviews werkgroepleden	41
3.6.2. Resultaten interviews nvfl-leden	45
3.6.3. Resultaten interviews verwijzers.....	46
4.Conclusie	49
5. Discussie.....	55
5.1. Sterkte analyse	55
5.2. Zwakte analyse.....	56
5.3. Literatuurbevindingen	56
6. Eindconclusie	57
 Literatuurlijst	 58
Bijlage 1	60
Bijlage 2	66
Bijlage 3	72
Bijlage 4	76
Bijlage 5	77

Samenvatting

Inleiding

Borstkanker is de meest voorkomende kankersoort van Nederland. Daarom heeft de werkgroep ‘fysiotherapie en oncologie’ van het Integraal Kankercentrum Nederland (locatie Maastricht) in 2008 de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten” samengesteld. Hierin wordt het handelen en de begeleiding van fysiotherapeuten bij borstkankerpatiënten kort beschreven.

Methode

In de methode is gebruik gemaakt van het implementatiemodel van Grol. Begonnen is met het lezen van een aantal artikelen om een indruk te krijgen over implementatiestrategieën. Hierna is verder gegaan met een kwalitatief onderzoek door gebruik te maken van enquêtes en interviews met de werkgroepleden van de werkgroep ‘fysiotherapie en oncologie’, de NVFL-leden en verwijzers in de regio zuid en midden Limburg. Dit om de bevorderende en belemmerende factoren van de leidraad en het gebruik hiervan in kaart te brengen.

Resultaten

Uit de gelezen artikelen bleek dat een passieve implementatie geen positief effect heeft. Er moet sprake zijn van een actieve strategie die gericht is op de belemmerende en bevorderende factoren en de doelgroep moet bereid zijn tot gedragsverandering.

In de resultaten bleek dat er geen eenduidigheid is voor wie de leidraad bedoeld is. Is het juist voor fysiotherapeuten die de oncologie opleiding hebben gevolgd of juist voor degene die er minder vanaf weten? Verder komt datgene wat in de leidraad staat beschreven niet geheel overeen met wat in het evidence based statement staat, dat binnenkort uitkomt vanuit het KNGF.

De belangrijkste belemmerende factor bij de verwijzers was dat ze nauwelijks iets afweten van de oncologie fysiotherapeut. Ze weten niet wat de specialisatie inhoudt en waar ze deze gespecialiseerde fysiotherapeuten kunnen vinden.

Discussie

Door het gebruiken van het model van Grol is er gezorgd voor een goede structuur binnen dit project. Binnen de NVFL is maar één interview afgenomen, dit zegt weinig over de gehele doelgroep. Hier dient nog verder onderzoek naar te worden verricht.

Conclusie

Na dit onderzoek zijn aanbevelingen gedaan over hoe het IKNL de verdere implementatie kan aanpakken. Dit zijn onder andere het duidelijker in kaart brengen voor wie de leidraad is bedoeld en de naamsbekendheid van de oncologiefysiotherapeut te vergroten door de verwijzers te informeren. Verder moet er gezorgd worden voor meer evidence in de leidraad.

1. Inleiding

In deze inleiding wordt als eerste een omschrijving gegeven van het afstudeerproject. Vervolgens zal besproken worden welke organisatie betrokken is bij dit afstudeerproject om daarna door te gaan met de relevantie van het project voor de betrokken organisaties, de beroepsgroep oncologiefysiotherapeuten, verwijzend artsen, (mamma) verpleegkundigen en patiënten die gediagnosticeerd zijn met het mammacarcinoom. Daarna zal de keuze voor dit onderwerp als afstudeerproject worden toegelicht. Nadat de probleemstellingen zijn besproken komt de leidraad kort aan bod, en als laatste wordt er een implementatiemodel beschreven.

1.1. Algemene projectbeschrijving

De werkgroep ‘Fysiotherapie en Oncologie’ van het Integraal Kankercentrum Nederland locatie Maastricht (IKNL) heeft in mei 2008 een leidraad voor fysiotherapeuten geschreven met als titel: “Mammacarcinoom en de gevolgen - een leidraad voor fysiotherapeuten”. ‘Een leidraad is een beknopte handleiding welke basisinformatie bevat met als doel de lezer oriënterend te informeren over een bepaald onderwerp’.¹

De werkgroep heeft er bewust voor gekozen een leidraad te ontwikkelen in plaats van een richtlijn, omdat een richtlijn aan eisen moet voldoen die voor de werkgroep niet haalbaar zijn. Er zijn onvoldoende middelen om een richtlijn te kunnen ontwikkelen.

Met dit afstudeerproject wordt in kaart gebracht op welke wijze de leidraad zo effectief mogelijk geïmplementeerd kan worden om zo de zorg voor patiënten, waarbij het mammacarcinoom gediagnosticeerd is, te verbeteren. Wellicht zal hierdoor ook meer naamsbekendheid komen voor de oncologie fysiotherapeut.

Tijdens de implementatie zal gebruik worden gemaakt van het model van Grol. Echter is door de projectgroep de derde stap van het model van Grol, implementatiestrategieën, verandert in het doen van aanbevelingen. Het model van Grol zal verder besproken in subparagraaf 1.7.2. Het model dat door de projectgroep is aangepast zal in hoofdstuk 2.1 worden besproken.

De stappen twee (analysefase) en drie (het doen van aanbevelingen) zullen gedurende dit project doorlopen worden. Voor de stappen vier (testen en uitvoeren van implementatieplan) en vijf (evaluatie en bijstellen implementatieplan) worden door de projectgroep aanbevelingen gedaan in een draaiboek en worden handvaten gegeven voor het IKNL (locatie Maastricht) om de implementatie verder uit te voeren. Het is de bedoeling dat stap twee en drie in mei 2011 wordt afgesloten.

1.2. Betrokken organisatie

In deze paragraaf wordt de betrokken organisatie, namelijk het Stichting Integraal Kankercentrum Nederland, besproken.

Stichting Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)

‘Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) is de landelijke organisatie, samengesteld uit de zeven integrale kankercentra IKA, IKNL, IKMN, IKNO, IKO, IKR en IKW.’ Deze zeven integrale kankercentra zijn sinds 1 januari 2011 gefuseerd.²

Dit project zal uitgevoerd worden in opdracht van het Integraal Kankercentrum Nederland locatie Maastricht (IKNL).

‘Onder het motto ‘samen sterker’ wil IKNL de kwaliteit van de oncologische en palliatieve zorg verder verbeteren.’

IKNL zet erop in om dat zoveel mogelijk landelijk te realiseren zodat de kwaliteit van zorg overal zo gelijk mogelijk kan zijn. Maar met oog voor de geografische regio's, zodat de regio maatwerk kan blijven leveren en de betrouwbare partner kan blijven die dichtbij is en de context goed kent.’

‘Doelstelling van IKNL is ervoor te zorgen dat iedere patiënt met kanker in Nederland de meest optimale zorg ontvangt, zo dicht mogelijk bij huis. IKNL verleent geen patiëntenzorg, maar richt zich op de zorgverleners en beleidsmakers in de oncologie en palliatieve zorg.’²

‘IKNL initieert, ondersteunt en coördineert werkgroepen van deskundigen, ontwikkelt hiervoor programma's en helpt deze uit te voeren. Er zijn monodisciplinaire netwerken voor medische disciplines, zoals medisch oncologen, chirurgen, radiotherapeuten, verpleegkundigen en psychosociale hulpverleners. Daarnaast zijn er multidisciplinaire netwerken, bijvoorbeeld voor mammacare, hoofd-halskanker en op het gebied van palliatieve zorg.’²

‘Er zijn ruim twintig landelijke oncologie werkgroepen actief. Deze worden ingesteld, erkend en ondersteund door IKNL. Het doel is landelijke afstemming over diagnostiek en behandeling van kankerpatiënten te krijgen, en via deze weg landelijke richtlijnen op te

stellen. Bij het ontwikkelen van richtlijnen werkt IKNL nauw samen met de Orde van Medisch Specialisten.’²

1.3. Relevantie

‘De meest voorkomende vorm van carcinomen in Nederland is het mammacarcinoom. Het incidentiecijfer in 2000 in Nederland was 124 per 100.000 vrouwen wat betekent dat er per jaar 11.000 nieuwe gevallen van mammacarcinoom bij komen. Het incidentiecijfer is al tijden aan het stijgen, met name in de jaren ‘90 in de leeftijdsgroep 50 tot 69 jaar steeg het in die periode tot 8% per jaar. Dit was een gevolg van het bevolkingsonderzoek borstkanker. Hierdoor werden meer patiënten gediagnosticeerd die voor het bevolkingsonderzoek niet werden gediagnosticeerd. Bij andere leeftijdsgroepen vertoonde het incidentiecijfer nauwelijks een stijging tot eind jaren ‘90. De snelle stijging van het incidentiecijfer zal de komende jaren vermoedelijk doorzetten. Door een toename van het aantal ouderen zal het jaarlijks aantal vrouwen met het mammacarcinoom in 2015 rond de 17.000 liggen.’³

‘Per jaar sterven er ongeveer 3500 vrouwen als gevolg van het mammacarcinoom. Het sterftecijfer ten gevolge van het mammacarcinoom daalt al enige jaren met een gemiddelde van 1% per jaar en 1.5% per jaar bij vrouwen in de leeftijdsgroep 50 tot 69 jaar. Dit is deels te danken aan het bevolkingsonderzoek omdat patiënten hierdoor eerder gediagnosticeerd worden, waardoor meer kans op een betere behandeling en dus genezing. Ook daalt het sterftecijfer door het toegenomen gebruik van tamoxifen (een geneesmiddel behorend tot de groep van de selectieve oestrogenreceptormodulatoren, met een anti-oestrogene werking).’³

‘De overleving van mammacarcinoom is in de afgelopen decennia in een bijna continue trend gestegen. In alle leeftijdsgroepen verbeterde de vijfjaars overleving.

De vijfjaars overleving ligt nu voor alle leeftijden samen op 80%. Deze verbetering is te danken doordat de diagnose nu in een vroeg stadium ontdekt kan worden met behulp van het bevolkingsonderzoek, door betere staging en door verbeterde behandelmogelijkheden.’³

‘De toegenomen incidentie en verbeterde overleving hebben samen geresulteerd in een gestegen prevalentie van 4% per jaar in de periode 1990-2000. Het prevalentie cijfer was 1000 per 100.000. Dit betekent dat er per 100 vrouwen één vrouw is die de afgelopen twintig jaar mammacarcinoom kreeg. Totaal waren er in 2000 ruim 92.000 vrouwen bij wie in de afgelopen 20 jaar een mammacarcinoom werd gediagnosticeerd. Naar verwachting zal de prevalentie van mammacarcinoom doorstijgen tot 190.000 vrouwen in 2015.’³

Doordat het aantal patiënten met kanker stijgt en de fysiotherapeut meer betrokken zal worden bij de (na-)zorg voor vrouwen met een mammacarcinoom zal de vraag naar fysiotherapie binnen de oncologische zorg verder stijgen. Dit betreft zowel de preventieve, curatieve als ook de palliatieve zorg. Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) heeft als doel het optimaliseren van de zorg voor kankerpatiënten, dus ook borstkankerpatiënten. De organisatie streeft ernaar dat voor alle kankerpatiënten dezelfde (fysiotherapeutische) zorg gegarandeerd kan worden, zowel de kwaliteit als de kwantiteit.²

Het IKNL (locatie Maastricht), in het bijzonder de werkgroep “Fysiotherapie en Oncologie”, stimuleert de bevordering van deskundigheid op dit gebied met een leidraad voor het onderzoeken en het behandelen van patiënten met borstkanker met de naam: “Mammacarcinoom en de gevolgen - een leidraad voor fysiotherapeuten”.²

1.4. Motivatie

Het onderwerp oncologie is interessant omdat er binnen de opleiding fysiotherapie weinig aandacht aan besteed wordt, maar dit in de gezondheidszorg een steeds belangrijkere patiëntengroep wordt. Binnen het onderwerp oncologie richt het afstudeerproject zich op het implementeren van een leidraad voor fysiotherapeuten bij patiënten met het mammacarcinoom. Deze patiëntengroep is gekozen omdat het mammacarcinoom de meest voorkomende kankersoort is bij vrouwen en er destijds geen leidraad was voor fysiotherapeuten. Het is ook een onderwerp dat de laatste tijd veel in de aandacht is geweest bij de media. Zo heeft de stichting Pink Ribbon erg veel naamsbekendheid in alle leeftijdsgroepen, is oktober de maand van borstkanker en is er een boek 'Komt een vrouw bij de dokter'; waarbij de hoofdpersoon het mammacarcinoom heeft en hieraan sterft, geschreven. Dit boek is verfilmd en heeft in de bioscoop gedraaid waarbij meer dan één miljoen bezoekers de film hebben gezien. Het is dus een onderwerp dat ook de Nederlandse bevolking aangrijpt. Verder zien we op stage veel patiënten die in de medische geschiedenis mammacarcinoom of een andere vorm van kanker hebben gehad, en ook in de omgeving komen wij steeds vaker in aanraking met mensen waarbij mammacarcinoom wordt gediagnosticeerd. Kortom, het is een onderwerp dat als fysiotherapeut zeer interessant is maar ons en waarschijnlijk iedereen als persoon raakt.

1.5. Probleemstelling

Met dit afstudeerproject wordt een bijdrage geleverd aan het implementeren van de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen, een leidraad voor fysiotherapeuten”, om zo de zorg voor patiënten, waarbij het mammacarcinoom is gediagnosticeerd, te verbeteren. De competenties van een oncologie fysiotherapeut worden zo verduidelijkt en verwijzend artsen gaan een patiënt wellicht eerder door sturen naar een (oncologie) fysiotherapeut, waardoor deze patiëntengroep zo optimaal mogelijke zorg geboden kan worden.

De nadruk zal hierbij voornamelijk liggen op het doen van aanbevelingen wat betreft de verdere implementatie. Welke strategie past het beste bij het implementeren van deze leidraad en waarom past deze er het beste bij?

‘Voor een effectieve implementatie van verandering in de gezondheidszorg zijn verschillende modellen beschikbaar. Het laatste decennium is er veel onderzoek gedaan naar implementatie van richtlijnen en innovaties in de gezondheidszorg. Er bestaat nog geen wetenschappelijke onderbouwing voor bepaalde principes van implementatie. Sommige studies bevestigen de meerwaarde van meervoudige interventieprogramma’s.⁴ Terwijl andere overzichtsstudies dit niet bevestigen.⁵ Een actieve implementatiestrategie die gebaseerd is op een analyse van belemmerende en bevorderende factoren, die eveneens specifiek is voor de situatie en de doelgroep, heeft het meeste effect. Op deze manier wordt implementatie maatwerk. Voor het in kaart brengen van de bevorderende en belemmerende factoren is dan ook een goede probleemanalyse cruciaal.’⁶

De probleemstellingen in dit project zijn:

- 1. Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen op dit moment een rol bij het (niet) gebruiken van de leidraad “Mammacarcinoom en de gevolgen - een leidraad voor fysiotherapeuten”?*
- 2. Welke implementatiestrategie sluit het beste aan bij de bevorderende en belemmerende factoren?*
- 3. Welke acties kunnen aanbevolen worden om het gebruik van de leidraad te bevorderen?*

1.6. De leidraad

In november 2009 heeft de werkgroep ‘Fysiotherapie en Oncologie’ van het IKNL (locatie Maastricht) de definitieve versie klaar van de leidraad “Mammacarcinoom en de gevolgen - een leidraad voor fysiotherapeuten”.

Deze leidraad is bedoeld voor fysiotherapeuten die patiënten behandelen die een mamma-amputatie, okselklierdissectie, radiotherapie, chemotherapie en/of hormoontherapie ondergaan of hebben ondergaan. De leidraad is voornamelijk gericht op vrouwen met het mammacarcinoom en beoogt richting te geven aan het diagnostisch en therapeutisch beleid door de fysiotherapeut bij patiënten met het mammacarcinoom⁷. Naast de leidraad is er ook een bijbehorende samenvattingkaart gemaakt. Deze geeft een overzichtelijke weergave van de inhoud en is bedoeld voor het gebruik in de dagelijkse praktijk.

Het fysiotherapeutisch handelen bestaat uit:

- Preventieve maatregelen: ‘Preventie in de betekenis van voorkomen van mogelijke gevolgen van de ziekte en de mogelijk gevolgen van de behandeling.’⁷
- Onderzoek: ‘Door middel van onderzoek zal de fysiotherapeut de klachten van de patiënt in beeld brengen, in overleg met de patiënt een behandelplan opstellen en uitvoeren. Op basis van een fysiotherapeutisch onderzoek kunnen de volgende klachten (c.q. voor de fysiotherapeut behandelbare grootheden) naar voren komen:
 - Op stoornisniveau: Bewegingsbeperking van gewrichten (schouder e a.) pijn, vermoeidheid, conditievermindering en het ontstaan van lymfoedeem;
 - Op activiteitsniveau: ADL beperkingen zoals aankleden, lichamelijke verzorging, etc., angst om te bewegen en psychosociale en emotionele problematiek;
 - Op participatieniveau: Beperkte deelname aan sociale leven (werk, hobby’s, verenigingsleven etc.) en het onderhouden van een normale (seksuele) relatie’.⁷
- Behandeling: ‘Wanneer de patiënt met klachten naar de fysiotherapeut komt, zal op basis van de onderzoeksgegevens worden vastgesteld welke klachten op de voorgrond treden en wordt met de patiënt besproken welke aanpak in de betreffende situatie de voorkeur heeft, afgestemd op de hulpvraag.’⁷
- Coachen: ‘Een onderdeel van de behandeling is het begeleiden en ondersteunen van de patiënt. Deze samenwerking met de patiënt(e) is erop gericht hem/haar te begeleiden,

coachen en activeren ten aanzien van het gezondheidsprobleem. Therapeutisch handelen is veelal individueel gericht maar kan ook plaatsvinden in groepen.’⁷

‘Vervolgens worden in de leidraad de fysiotherapeutische interventies bij mammacarcinoom en de mogelijk gevolgen van de behandeling besproken aan de hand van de meest voorkomende functiestoornissen bij deze ziekte. Namelijk:

- Stoornissen van het bewegingsapparaat;
- Stoornissen van het sensibele apparaat;
- Pijnklachten;
- Lymfe-oedeem;
- Vermoeidheid;
- Luchtweg- en hartklachten t.g.v. gemetastaseerd mammacarcinoom;
- Palliatieve fysiotherapeutische begeleiding’.⁷

‘Bij alle probleemgebieden wordt ingegaan op zowel de handelingen tijdens het diagnostische als ook tijdens het therapeutische proces. Verder is de werkgroep van mening dat de interventies niet uitputtend beschreven hoeven te zijn. Wel is zij van mening dat de fysiotherapeut zijn interventies moet beschrijven, vastleggen en de resultaten moet projecteren aan de verwijzer. Hierdoor wordt uitwisseling van gegevens en nader onderzoek mogelijk.’⁷

1.7. Implementatie van een leidraad

Als er een leidraad is ontwikkeld, moet deze worden geïmplementeerd. Dit gebeurt aan de hand van een implementatiemodel, in dit geval het model van Grol.⁸ Deze zal hieronder verder worden uitgewerkt.

1.7.1. Definitie

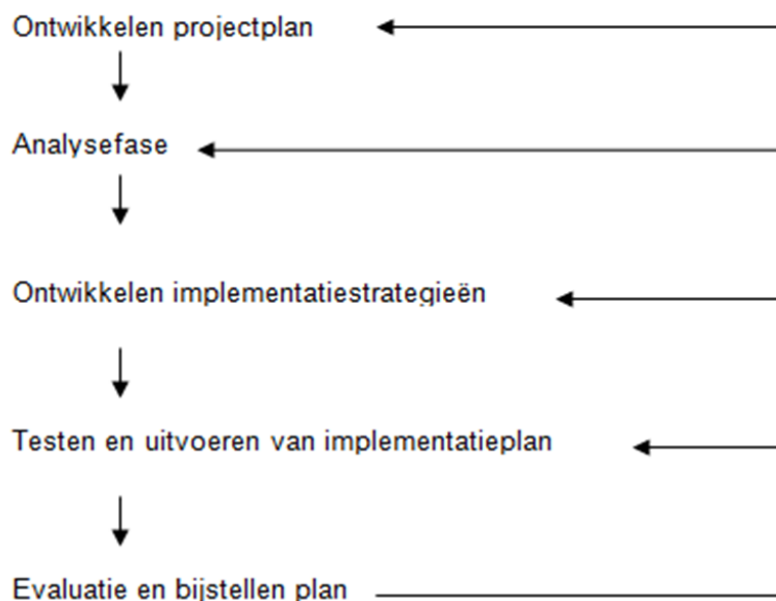
‘Implementatie kan worden omschreven als procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg.’⁸

1.7.2. Implementatiemodel van Grol

‘Het uitgangspunt voor een proces van implementatie van innovatie kan tweedelig zijn. Allereerst kan er (nieuwe wetenschappelijke) informatie beschikbaar zijn die erop wijst dat de zorg voor patiënten effectiever of kosteneffectiever kan worden verleend.’⁸

‘Startpunt van de implementatie kan echter ook de signalering zijn dat een bepaalde wijze van werken binnen een werksetting niet adequaat is of problemen geeft.’⁸

‘Beide situaties – de één meestal meer top-down, de ander meestal meer bottom-up tot stand gekomen – kunnen een proces van verandering in gang zetten, een proces dat vervolgens zo veel mogelijk planmatig wordt aangepakt. Planmatig betekent hier niet dat er een plan wordt gemaakt waar niet meer van wordt afgeweken. Integendeel, er is sprake van een iteratief of incrementeel proces waarin steeds wordt geleerd van reeds gezette stappen en waarin de aanpak wordt bijgesteld als dat nodig is. Dat betekent echter niet dat er niets wordt gepland en voorbereid: ook een dergelijk iteratief proces vraagt om systematiek, om een goede voorbereiding en om een aantal logisch achter elkaar te nemen stappen.’ Het model is overzichtelijk weergegeven in figuur 1.⁸



Figuur 1; Implementatiemodel Grol en Wensing 2006.

In het model is te zien dat de volgende stappen worden onderscheiden, namelijk: 1. Het ontwikkelen van een projectplan (in dit geval de leidraad); 2. Analyse van de doelgroep; 3. Het ontwikkelen van implementatiestrategieën; 4. Het testen en uitvoeren van het implementatieplan; 5. De evaluatie van de implementatie en het (eventueel) bijstellen van het plan.

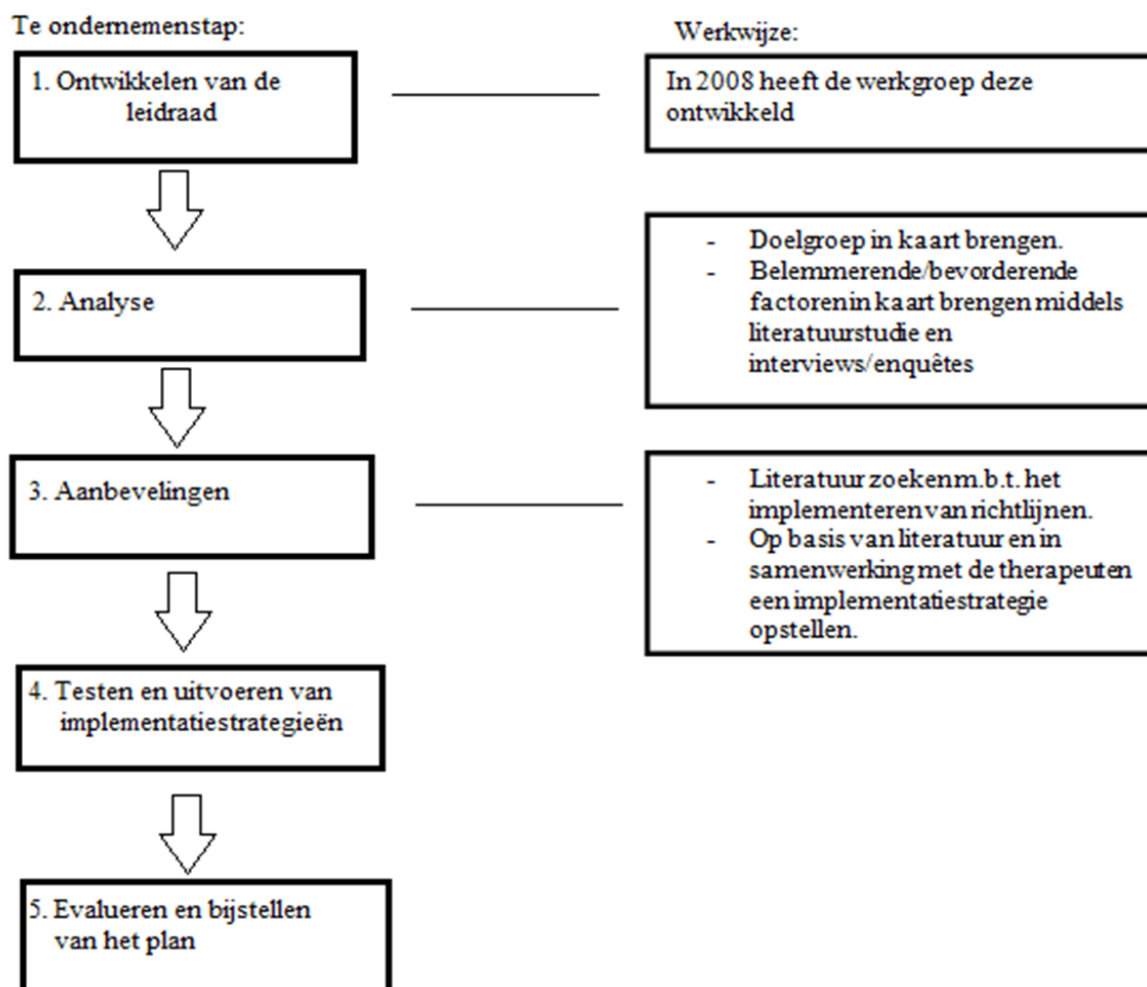
1.7.3. Knelpunten

In 2009 hebben studenten van de Hogeschool Zuyd Heerlen een afstudeerproject gemaakt over eventuele knelpunten met betrekking tot de theoretische en praktische hanteerbaarheid van de leidraad voor fysiotherapeutische begeleiding van patiënten met het Mammacarcinoom. Uit de resultaten kwamen een aantal aanbevelingen naar voren. Deze zijn (deels) in acht genomen door de werkgroep Fysiotherapie en Oncologie en aan de hand hiervan is de leidraad aangepast.

2. Methode

In de methode is het stappenplan beschreven van het project. Dit stappenplan beschrijft hoe het project is aangepakt en is gebaseerd op het model van Grol en Wensing (2006).

Zoals al in de subparagraaf 1.1 wordt beschreven heeft de projectgroep de derde stap van het model van Grol, testen en uitvoeren van implementatiestrategieën, aangepast in ‘het geven van aanbevelingen’. Om een antwoord te krijgen op de probleemstellingen werden de stappen twee en drie van het aangepaste model doorlopen. In dit hoofdstuk zullen de stappen worden beschreven die worden doorlopen om tot het uiteindelijke resultaat te komen. Schematisch ziet dit er zo uit:



Figuur 2; stappenplan binnen dit project.

2.1. Analysefase

In de analysefase werd eerst een literatuuronderzoek gedaan om te bekijken wat er in de literatuur al bekend is over implementatie en implementatiestrategieën en belemmerende en bevorderende factoren. Verder werd in deze fase de doelgroep in kaart gebracht. Wie zijn de

gebruikers van de leidraad? Tevens werd er ook door middel van enquêtes en aanvullende interviews onderzoek gedaan naar de bevorderende en belemmerende factoren.

Omdat in het project enquêtes en interviews plaatsvinden werd op 4 januari 2011 het projectplan ingediend bij de medisch ethisch toetsingscommissie, METC – Atrium – Orbis – Zuyd.

2.1.1. Literatuurstudie

In de beginfase van dit afstudeerproject is er, door de docentbegeleidster (Y.C.M. Nelissen – de Vos), een artikel aangereikt over het ontwikkelen van een effectieve implementatiestrategie die gebruikt kon worden bij het maken van dit project. Dit artikel *‘Bevorderen van het gebruik van meetinstrumenten PSK en 6-MWT in de eerstelijns fysiotherapie in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk – Het ontwikkelen van een effectieve implementatiestrategie.’* is geschreven door de Kenniskring Autonomie en Participatie (Hszuyd, Heerlen).

Verder was bekend dat het KNGF verschillende richtlijnen heeft gemaakt en dus ervaring heeft in de implementatie van deze richtlijnen. Daarom is per mail contact geweest met het KNGF over welke implementatiestrategie zij toepaste. Daarop raadde het KNGF een format aan, *‘Methode voor ontwikkeling, implementatie en bijstelling van KNGF richtlijnen’* dat zij gebruiken bij de implementatie van een richtlijn. Deze is te vinden op www.fysionet.nl (FysioNet.nl > Projecten & Diensten > Kennisplein > Vakinhoud > dossier: KNGF Richtlijnen, onder andere bij de downloads).

In deze documenten wordt aanbevolen de toekomstige gebruikers van een richtlijn zoveel mogelijk bij het ontwikkelingsproces te betrekken en om beroepsbeoefenaren een grote inbreng te geven bij de invoering van de vernieuwing. Voor implementatie van richtlijnen in de fysiotherapie kan men gebruik maken van het ‘model voor deskundigheidsbevordering en beïnvloeding voor huisartsgeneeskundig handelen’. In dit model worden een aantal stappen aangegeven die doorlopen moeten worden tussen het introduceren van een vernieuwing tot het behoud van een vernieuwing. De volgende stappen worden benoemd:

- | | |
|-------------|------------------------------|
| Oriëntatie: | - Op de hoogte zijn |
| | - Interesse wekken |
| Inzicht: | - Inhoud begrijpen |
| | - Inzicht in eigen werkwijze |
| Acceptatie | - Positieve houding |

- | | |
|-------------|--|
| Verandering | <ul style="list-style-type: none"> - Veranderingsgeneigdheid - Invoering in de praktijk - Behoud van verandering.⁹ |
|-------------|--|

Op basis van dit model voor gedragsverandering is een deel van de enquête tot stand gekomen.

Deze twee documenten zijn sturend geweest voor de rest van het afstudeerproject en verder uitgewerkt in paragraaf 3.1. Er heeft verder geen literatuurstudie plaats gevonden omdat in de gebruikte bronnen een literatuuronderzoek is beschreven over implementatie en belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie. Wel heeft er, door middel van enquêtes en interviews, kwalitatief onderzoek plaats gevonden.

2.1.2. Doelgroep

Voordat er onderzoek gedaan kon worden naar de bevorderende en belemmerende factoren moest in kaart worden gebracht wie de leidraad gebruikt of gaat gebruiken.

Het IKNL (locatie Maastricht) stelt als doelgroep de werkgroepleden van de werkgroep ‘fysiotherapie en oncologie’ van het IKNL (locatie Maastricht), die in ieder geval het 1^e blok van de modulaire opleiding oncologie en fysiotherapie (MOOF) hebben gevolgd en de NVFL leden (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie). Zij zijn gespecialiseerd in het werken met oncologische patiënten. Middels een enquête werd de doelgroep gedetailleerder in kaart gebracht. Voor deze doelgroep is gekozen, in samenspraak met Suzanne Verboort (adviseur verpleegkundige zorg) tijdens de vergadering op 9 november 2010.

Tenslotte zijn ook de verwijzers meegenomen in het onderzoek. Zij zijn namelijk de specialisten die mammacarcinoompatiënten door kunnen verwijzen naar de fysiotherapeut.

2.1.3. Enquêtes werkgroepleden

Naast de literatuurstudie is door middel van een enquête onderzoek gedaan naar de kenmerken van de werkgroepleden en wat volgens hen de belemmerende en bevorderende factoren zijn bij het gebruik van de leidraad.

De enquête bestond uit twee delen. Het eerste deel bestond uit de volgende onderdelen: persoonlijke gegevens, opleiding en werkveld, onderzoek, behandeling, fysiotherapeutisch methodisch handelen (FMH) en de leidraad mammacarcinoom. Het tweede deel bestond uit een aantal uitspraken over het gedrag en het gebruik van de leidraad “mammacarcinoom en de

gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”. Dit deel van de enquête is gebaseerd op het model van gedragsverandering dat beschreven wordt in subparagraaf 2.1.1. In de vergadering van 9 november 2010 hebben de aanwezige werkgroepleden de enquête op een papieren versie ingevuld. De enquête is vervolgens gedigitaliseerd. Zo was de enquête makkelijker in te vullen en kon deze doorgestuurd worden naar de werkgroepleden die niet aanwezig waren tijdens de vergadering. Deze digitale enquête is per mail verstuurd op 12 november 2010, en werd uiterlijk 26 november 2010 terug verwacht. Verder konden de werkgroepleden in de enquête aangegeven of ze bereid waren om deel te nemen aan een interview, om zo aanvullende informatie te verkrijgen.

2.1.4. Enquêtes NVFL leden

Omdat de NVFL leden de samenvattingkaart van de leidraad al per post hadden gekregen en een belangrijke rol spelen in het doorverwijzen en behandelen van mammacarcinoom patiënten is ook deze groep meegenomen in het onderzoek. Wegens privacy redenen mocht er geen overzicht van de NVFL leden vrij komen. Daarom is er via de mail contact geweest met een centraal persoon binnen de NVFL en is via hem gecorrespondeerd met de leden. In de mail is hun uitgelegd wat de bedoeling is van het afstudeerproject en vervolgens is ook hen gevraagd de enquête digitaal in te vullen. Deze enquête wijkt iets af van de enquête die naar de werkgroepleden is gestuurd (zie bijlage: 2). Waar bij de werkgroepleden in het tweede deel uitspraken werden gedaan over het gedrag en gebruik van de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”, zijn in de enquête van de NVFL leden uitspraken gedaan over het gedrag en gebruik van leidraden in het algemeen. Net als bij de werkgroepleden is ook dit deel gebaseerd op het model van gedragsverandering dat beschreven wordt in subparagraaf 2.1.1.

De digitale enquête voor de NVFL-leden is via mail verstuurd op 16 november 2010, en werd uiterlijk 3 januari 2011 terug verwacht. Ook bij deze enquête konden de NVFL leden aangeven of ze bereidt zijn deel te nemen aan een interview, om zo aanvullende informatie te krijgen.

2.1.5. Enquêtes verwijzers

De enquête die naar de verwijzers is gestuurd is aangepast aan de hand van de twee voorgaande enquêtes. Bij de verwijzers is de enquête ingekort en zijn er geen vragen over het gebruik van de leidraad. De vragen zijn gericht op de bekendheid met oncologie fysiotherapie

en het doorverwijzen van de patiënt naar een oncologie fysiotherapeut. Voor de verwijzers is opnieuw een digitale enquête opgesteld (zie bijlage 3). De enquête voor de verwijzers is via mail verstuurd op 3 januari 2011, en werd uiterlijk 21 februari 2011 terug verwacht. De verwijzers konden in de enquête aangeven of ze bereid waren deel te nemen aan een interview, om zo aanvullende informatie te kunnen geven.

Aan de hand van enquêtes en interviews zullen bevorderende en belemmerende factoren, wat betreft het implementeren van de leidraad, in kaart worden gebracht. Meer over de interviews is terug te vinden in paragraaf 2.2.

2.2. Interviews

In de enquêtes konden de werkgroepleden, NVFL-leden en verwijzers aangeven of ze wilde deelnemen aan een aanvullend interview. In onderstaande subparagrafen zal dieper worden ingegaan op de interviews en de aanpak hiervan. Voor alle doelgroepen gold dat de interviews werden voortgezet tot het saturatiepunt was bereikt. Dit betekende dat ‘het doelgericht zoeken naar extreme en negatieve gevallen kan worden stopgezet wanneer herhaaldelijk, bijvoorbeeld wanneer vijf maal geen nieuwe informatie is binnen gekomen. Er is dan een verzadigingspunt bereikt. Men spreekt hier wel van een ‘(theoretical) saturation’. Dit criterium van verzadiging houdt ook in dat de steekproefgrootte niet van tevoren kan worden bepaald, maar pas in de laatste fase van het onderzoek blijkt”.¹⁰

2.2.1. Interviews werkgroepleden

Tijdens de vergadering van 9 november zijn de werkgroepleden geïnformeerd over het onderzoek en hebben een enquête ingevuld. Nadat de werkgroepleden toestemming hadden gegeven voor een interview is er per mail contact opgenomen om een afspraak te maken voor een interview.

De interviews duurden ongeveer 30-60 minuten. Tijdens de interviews werd ingegaan op de ingevulde enquête. Om een beter beeld te krijgen van het idee van de geïnterviewde over de leidraad en het gebruik ervan was het doel om door middel van open vragen hier meer informatie over te krijgen. Daarom zijn er een aantal vragen opgesteld om te zorgen voor meer diepgang tijdens de interviews:

- Wat is uw ervaring met mammacarcinoom patiënten?
- Sluit de leidraad aan op opleiding/cursus/ervaring?

- Welke mening heerst er in de huidige praktijk/instelling over het gebruik van de leidraad – “mammacarcinoom en de gevolgen, een leidraad voor fysiotherapeuten” -?
- Hoe moet de implementatie van een leidraad / richtlijn er idealiter uitzien voor uw praktijk, met andere woorden wat is het ideaalbeeld ten aanzien van het gebruik van de leidraad?
- Wat zou er volgens u moeten gebeuren zodat de leidraad binnen de handelwijze van een fysiotherapeut en in het bijzonder binnen uw werksituatie wordt geïmplementeerd?

Na toestemming van de geïnterviewde zijn alle interviews opgenomen om ze vervolgens uit te werken. Dit bevordert de betrouwbaarheid en zo wordt de kans verkleind dat er gegevens worden vergeten of verloren gaan. Nadat de interviews uitgewerkt zijn volgde er een member check. Hierbij worden de gegevens en interpretaties voorgelegd aan de geïnterviewde om vast te stellen of de reconstructie van de werkelijkheid, zoals die de geïnterviewde voor ogen staat, voor hen herkenbaar is.

2.2.2. Interviews NVFL leden

De ingevulde enquête was leidend voor het interview en duurde ongeveer 30-60 minuten. De volgende punten kwamen eveneens aan bod om te zorgen voor meer diepgang:

- Wat is uw ervaring met patiënten met een mammacarcinoom?
- Gebruikt u de leidraad? En hoe wordt de leidraad binnen de NVFL gebruikt?
- Wat is uw mening over de leidraad? En wat is de mening over de leidraad onder de oedeemtherapeuten?
- Hoe zou volgens u de implementatie van de leidraad verbeterd kunnen worden?

Het interview met het NVFL-lid werd, na toestemming, opgenomen en vervolgens letterlijk uitgewerkt. Nadat het interview uitgewerkt was werd het opgestuurd en vond er een member check plaats.

2.2.3. Interviews verwijzers

Nadat verschillende verwijzers toestemming hadden gegeven voor een interview is er per mail contact opgenomen om een afspraak te maken voor een interview.

Bij de selectie is gekozen om gebruik te maken van een gemêleerde groep. Zo was het streven om minimaal één oncoloog, één radioloog, één chirurg en één mammacareverpleegkundige te interviewen.

De interviews duurden ongeveer 30-60 minuten. Tijdens de interviews is de ingevulde enquête leidend voor het gesprek geweest. De volgende onderwerpen kwamen eveneens aan bod:

- Wat is uw ervaring met patiënten met een mammacarcinoom?
- Wat weet u van fysiotherapie bij mammacarcinoompatiënten en de oncologie fysiotherapeut?
- Wat is uw mening over het gebruik van de leidraad?
- Hoe zou volgens u de implementatie van de leidraad verbeterd kunnen worden?

Ook de interviews van de verwijzers werden opgenomen en vervolgens letterlijk uitgewerkt. Nadat de interviews uitgewerkt waren heeft ook bij deze groep een member check plaats gevonden.

2.3. Ontwikkelen implementatiestrategieën

Aan de hand van de resultaten van de literatuurstudie, enquêtes en interviews is in kaart gebracht wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn voor het al dan niet gebruiken van de leidraad. De resultaten van de literatuurstudie wordt beschreven in paragraaf 3.1.

De resultaten van de enquêtes zijn in figuren geplaatst en vervolgens uitgeschreven. Enkele figuren worden weergegeven in het project/bijlage 5 om zo gegevens te verduidelijken. Verdere figuren kunnen worden opgevraagd bij de afstudeergroep.

Per doelgroep worden de resultaten apart beschreven. Bij het beschrijven van de resultaten wordt de indeling van de enquête aangehouden.

Om de resultaten van de interviews duidelijk weer te geven zijn er aan de uitspraken van de respondenten diverse codes toegekend. Deze codes zijn onderverdeeld in een aantal clusters en worden zo beschreven in de resultaten.

Aan de hand van de conclusies uit de enquêtes en interviews worden aanbevelingen en adviezen gegeven over implementatiestrategieën en krijgt het IKNL (locatie Maastricht) handvaten voor een juiste en verdere uitvoering van de implementatie.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van stap twee van het implementatiemodel van Grol en Wensing, namelijk de analysefase, weergegeven.

De aanvraag van de Medisch Ethisch Toetsingscommissie is op 11 april 2011 goedgekeurd (bijlage 4).

In de analysefase werden er twee artikelen bekeken om te bekijken wat er in de literatuur al bekend is over implementatie. Vervolgens is er verder kwalitatief onderzoek verricht. Dit is gedaan door middel van enquêtes en interviews. Zo is de doelgroep weergegeven en zijn de bevorderende en belemmerende factoren van de leidraad in kaart gebracht die de implementatie belemmeren of juist bevorderen. In de volgende paragrafen zijn de resultaten beschreven.

3.1. Literatuurstudie

In de twee documenten die in de methode (subparagraaf 2.1.1) beschreven zijn is men het er over eens dat voor een goede implementatie een actieve strategie nodig is die aan moet sluiten bij de bevorderende en belemmerende factoren en op deze manier dus maatwerk moet zijn. Hierbij is het van belang dat men rekening houdt met de doelgroep waarop de implementatie betrekking heeft. Naast de segmentatie in de doelgroep is het ook van belang rekening te houden met de verschillende fasen van gedragsverandering waarin een hulpverlener verkeert. Individuele hulpverleners kunnen zich in verschillende fasen van gedragsverandering bevinden. In elke fase spelen andere factoren een rol. Dit betekent dat in elke fase ook andere strategieën wenselijk zijn bij de implementatie van een bepaalde werkwijze.⁶

Uit beide artikelen komt hetzelfde naar voren namelijk; dat een passieve implementatie, alleen verspreiden van de leidraad en er automatisch vanuit gaan dat de leidraad gebruikt wordt, geen positief effect heeft op de implementatie.

3.2. Doelgroep

De doelgroep die door het IKNL (locatie Maastricht) werd gesteld zijn NVFL leden en fysiotherapeuten die de eerste module van de MOOF hebben afgerond, en al dan niet lid zijn van de werkgroep. Naar deze doelgroep is de enquête gestuurd. Ook is de enquête naar verwijzers die mammacarcinoompatiënten behandelen gestuurd. In totaal zijn er binnen de

werkgroep 31 enquêtes verspreid waarvan er 22 (70%) zijn ingevuld. Één enquête is niet meegenomen in de verwerking van de gegevens, vanwege te veel missende waarden.

De enquête is ook verstuurd naar alle NVFL leden, dit zijn er 100. Hiervan zijn er na een herinneringsmail 19 enquêtes (19%) teruggekomen.

Er zijn naar 132 verwijzers enquêtes verstuurd. Na een herinneringsmail zijn er 28 ingevulde enquêtes (21%) teruggekomen.

De gegevens van de enquêtes zijn onderstaand uitgewerkt (paragraaf 3.3, 3.4, 3.5). De uitwerkingen van de drie doelgroepen zullen één voor één worden weergegeven. Te beginnen met de uitwerking van de enquêtes die ingevuld zijn door de werkgroepleden, vervolgens de uitwerking van de enquêtes die zijn ingevuld door de NVFL leden en als laatste zal de uitwerking van de enquêtes die de verwijzers hebben ingevuld worden weergegeven.

Bij de uitwerking wordt de indeling van de enquête aangehouden.

Een deel van de werkgroepleden heeft de enquête ingevuld op papier. Daardoor zijn er een aantal missende waarde, met name in het tweede deel van de enquête.

De enquête die ingevuld is door de NVFL-leden en de verwijzers is digitaal ingevuld waarbij het verplicht was overal een antwoord te geven. Hier zijn geen missende waarden.

3.3. Resultaten enquête werkgroepleden

In deze paragraaf wordt de uitwerking van de enquête die is ingevuld door de werkgroepleden weergegeven. Allereerst worden de algemene gegevens van de doelgroep beschreven (subparagraaf 3.3.1.). Deze zijn uitgewerkt in een tabel (tabel 1). Vervolgens worden de items die te maken hebben met de leidraad in kaart gebracht (3.3.2.). Tenslotte zal deze paragraaf worden afgesloten met de gegevens omtrent de mate waarin de doelgroep bereid is de leidraad te implementeren en wat daar mogelijk voor nodig voor.

3.3.1. Algemene gegevens doelgroep

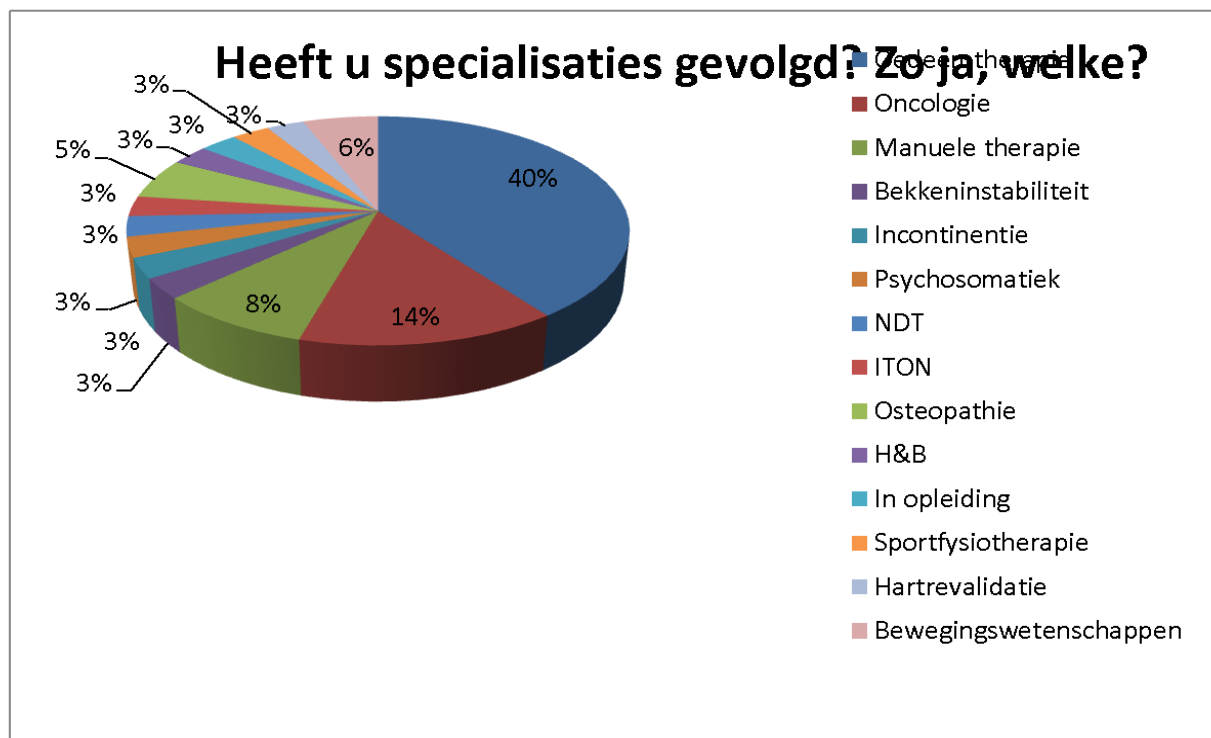
In onderstaande tabel zijn algemene gegevens van de werkgroepleden als geslacht, leeftijd, jaar van afstuderen en dergelijke weergegeven.

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Jaar van afstuderen	Setting	Hoeveel patiënten van uw patiëntengroep bestaat uit mammacarcinoom-patiënten?	In welke fase komt u patiënten met mammacarcinoom het meeste tegen?
1	Vrouw	41	Niet ingevuld 1986	Derde lijn	0-5 patiënten	Curatieve fase
2	Vrouw	48		Eerste lijn	5-10 patiënten	Postoperatief Curatieve fase Palliatieve fase
3	Vrouw	44	1988	Eerste lijn	5-10 patiënten	Postoperatief
4	Vrouw	27	2004	Eerste lijn	5-10 patiënten	Postoperatief Curatieve fase
5	Man	58	Niet ingevuld	Tweede lijn	0-5 patiënten	Vroege diagnostiek Postoperatief Curatieve fase Palliatieve fase
6	Vrouw	39	1992	Eerste lijn	5-10 patiënten	Postoperatief Curatieve fase Palliatieve fase
7	Vrouw	32	2001	Eerste lijn	> 10 patiënten	Vroege diagnostiek Postoperatief Curatieve fase Palliatieve fase
8	Vrouw	47	Niet ingevuld	Eerste lijn Derde lijn	0-5 patiënten	Curatieve fase Palliatieve fase
9	Vrouw	24	2009	Eerste lijn	0-5 patiënten	Postoperatief
10	Vrouw	48	1985	-	> 10 patiënten	Curatieve fase
11	Vrouw	56	1979	Eerste lijn	> 10 patiënten	Postoperatief
12	Vrouw	43	1989	Eerste lijn	> 10 patiënten	Postoperatief Curatieve fase Palliatieve fase
13	Vrouw	50	1983	Eerste lijn	0-5 patiënten	Curatieve fase
14	Vrouw	26	2006	Tweede lijn	5-10 patiënten	Postoperatief Curatieve fase Palliatieve fase
15	Vrouw	25	2006	Eerste lijn	5-10 patiënten	Curatieve fase Palliatieve fase
16	Vrouw	27	2004	Eerste lijn	0-5 patiënten	Curatieve fase
17	Man	55	1987	Eerste lijn	0-5 patiënten	Postoperatief Curatieve fase
18	Vrouw	25	2007	Eerste lijn	0-5 patiënten	Postoperatief Palliatieve fase
19	Man	-	1981	Eerste lijn	0-5 patiënten	Postoperatief
20	Vrouw	-	1979	Eerste	> 10 patiënten	Postoperatief

21	Man	27	2009	lijn Eerste lijn	0-5 patiënten	Curatieve fase Palliatieve fase Postoperatief Palliatieve fase
----	-----	----	------	------------------------	---------------	---

Tabel 1; Algemene gegevens doelgroep: Werkgroepleden.

Uit de gegevens blijkt dat er verschillende specialisaties zijn gevolgd (zie figuur 3). Bij deze vragen waren meerdere antwoordheden mogelijk. Oedeemtherapie is hierbij de specialisatie die door veertien werkgroepleden werd genoemd.



Figuur 3; Specialisaties binnen de werkgroepleden.

Symptomen die door de groep het vaakst gezien worden zijn: stoornissen aan het bewegingsapparaat, stoornissen van het sensibele apparaat, pijnklachten, lymfeedeem, vermoeidheid en conditievermindering. In de bijlage is terug te vinden welk(e) onderzoek(en), welke behandeling(en) en welke interventies door de doelgroep worden gehanteerd (zie bijlage 5, tabellen 1 t/m 3).

3.3.2. De leidraad: “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”.

Van de werkgroepleden die de enquête hebben ingevuld (N=21) blijkt dat 95% op de hoogte is van het bestaan van de leidraad. Ook geeft 78 % aan voldoende kennis te hebben om deze

te gebruiken (n=16), drie werkgroepleden hebben deze vraag niet beantwoord. Verder blijkt dat het merendeel van de ondervraagden meetinstrumenten gebruiken tijdens het fysiotherapeutisch methodisch handelen. Bij dertien praktijken/instellingen wordt de leidraad daadwerkelijk gebruikt, twee werkgroepleden hebben deze vraag niet beantwoord.

De werkgroepleden konden in de enquête aangeven waarom ze de leidraad wel of niet zouden gebruiken en wat de voor- en nadelen van de leidraad waren. Deze voor- en nadelen kunnen worden gezien als bevorderende en belemmerende factoren. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 2.

Redenen om de leidraad te gebruiken:
- De leidraad is handig om te zien of alle punten zijn nagegaan.
- Middels de leidraad heeft men duidelijk voor ogen wat de patiënt kan verwachten (voorlichting).
- De leidraad is een goed omschreven concept.
- De leidraad werkt verduidelijkend.
- De leidraad zorgt ervoor dat men een overzicht heeft van alle facetten.
- De leidraad wordt gebruikt als naslagwerk.
Redenen om de leidraad niet te gebruiken:
- De leidraad is nog niet ingepast in eigen handelen.
- De leidraad is niet van toepassing omdat er in groepsverband wordt behandeld met meerdere diagnoses of in herstel en balans.
- Wij hebben de leidraad niet in de praktijk.
- Binnenkort komt er een evidence based statement over borstkanker uit.
Voordelen van de leidraad:
- Door de leidraad wordt een vaste volgorde in het onderzoek aangehouden.
- De samenvattingkaart is een duidelijke en korte samenvatting.
- De leidraad schept duidelijkheid
- Middels de leidraad wordt je herinnerd aan belangrijke items.
- De leidraad biedt mogelijkheid tot een uniforme manier van werken tussen collega's.
- De leidraad is overzichtelijk

Nadelen van de leidraad:
- Er is onvoldoende onderbouwing vanuit de literatuur.
- De leidraad houdt geen rekening met comorbiditeit.
- De ontwikkeling gebeurde gelijktijdig met de ontwikkeling van het evidence based statement over borstkanker. Dubbel werk dus, slecht afgestemd.
- Het gebruik van de leidraad kost tijd.

Tabel 2; Gebruik, voor- en nadelen van de leidraad.

3.3.3. Het model van gedragsverandering

Uitgaande van het model van gedragsverandering is deze subparagraaf als volgt ingedeeld: Begonnen wordt met de ‘oriëntatie’ waarbij gekeken wordt of de geënquêteerden op de hoogte zijn van leidraden en of er interesse is in het gebruik van leidraden in het algemeen. Vervolgens het ‘inzicht’, waarbij gekeken wordt of de inhoud begrepen wordt en er wordt gekeken naar het inzicht in de werkwijze. Als derde komt de ‘acceptatie’, hierin komt de positieve houding ten opzichte van het gebruik van de leidraad naar voren. Als vierde de ‘verandering’ waarin het gebruik in de dagelijkse praktijk wordt bekeken. Tenslotte het ‘behoud van verandering’ waarin de routine over het gebruik van de leidraden wordt bekeken.

Oriëntatie:

In dit deel van de enquête zijn de vragen niet door alle werkgroepleden ingevuld. De vragen zijn door vijf werkgroepleden niet beantwoord.

Het merendeel (n=17) is geïnteresseerd in de leidraad (geheel mee eens, 82%, respectievelijk geheel mee oneens, respectievelijk niet mee eens, niet mee oneens, 6 %). En ook hebben de meeste werkgroepleden de leidraad tot zijn of haar beschikking en weten ze waar deze te vinden is.

Inzicht:

In dit deel van de enquête zijn de vragen niet door alle werkgroepleden ingevuld.

Van de werkgroepleden geeft één werkgroeplid aan niet in staat te zijn om de leidraad te gebruiken bij zijn of haar patiënten en 18% twijfelt of hij/zij in staat is om te leidraad te gebruiken bij zijn of haar patiënten (n=3). Deze vraag is door vijf werkgroepleden niet beantwoord.

Bij de stelling 'Ik vind dat het gebruik van de leidraad een bijdrage levert aan het stellen van de fysiotherapeutische diagnose' geeft 38% (n=6) aan het hiermee eens te zijn en 19% (n=3) is het volledig eens met de stelling. Dat houdt in dat de rest hieraan twijfelt (n= 4, 25%) of het hier niet mee eens is (n=3, 18%). Verder twijfelt 44% van de werkgroepleden of de leidraad een bijdrage levert aan de evaluatie van de behandeling (n=7). Deze vraag is door zes werkgroepleden niet beantwoord.

Van de werkgroepleden die deze vraag hebben ingevuld twijfelt 25% over hoe de leidraad toe te passen binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen (n=4). Deze vraag is door zes werkgroepleden niet beantwoord.

Acceptatie:

In dit deel van de enquête zijn de vragen niet door alle werkgroepleden ingevuld. De vragen zijn door vijf werkgroepleden niet beantwoord.

Op de stelling 'Ik vind dat het gebruik van de leidraad een onderdeel moet zijn van het fysiotherapeutisch methodisch handelen' geven acht werkgroepleden aan het hiermee eens te zijn (n=8, 47%). De overige twijfelen hierover of zijn het niet eens met de stelling.

Op de stelling 'Ik vind dat het werken met de leidraad mij niet te veel tijd kost' geven elf werkgroepleden aan het eens te zijn met de stelling (n=11, 64%). Dat betekent dat 24% hierover twijfelt (n=4) en dat 12% het hiermee oneens is (n=2). Verder twijfelt 29% van de werkgroepleden of de leidraad voldoende ruimte overlaat om de wens van de patiënt mee te laten wegen (n=5).

Elf werkgroepleden willen graag (meer) gebruik gaan maken van de leidraad (n=11).

Verandering:

In dit deel van de enquête zijn de vragen niet door alle werkgroepleden ingevuld. De vragen zijn door vijf werkgroepleden niet beantwoord.

In de dagelijkse praktijk maken acht werkgroepleden gebruik van de leidraad in de dagelijkse praktijk (46%). Negen werkgroepleden twijfelt of het gebruik van de leidraad een meerwaarde heeft (53%).

Behoud van verandering:

In dit deel van de enquête zijn de vragen niet door alle werkgroepleden ingevuld. De vragen zijn door vijf werkgroepleden niet beantwoord.

Zes werkgroepleden geven aan dat de leidraad een vast onderdeel is in zijn of haar fysiotherapeutisch methodisch handelen (35%).

Verder geven zes werkgroepleden aan routine te hebben in het gebruik van de leidraad (35%).

Zeven werkgroepleden twijfelen hierover (41%), twee geven aan het oneens te zijn met deze stelling(12%) en nog eens twee geven aan het helemaal oneens te zijn met de stelling (12%).

De leidraad is bij 29% van de werkgroepleden opgenomen in zijn of haar instelling of praktijk (n=5).

3.4. Resultaten enquête NVFL-leden

In deze paragraaf wordt de uitwerking van de enquête die is ingevuld door de NVFL-leden weergegeven. Allereerst worden de algemene gegevens van de doelgroep beschreven (subparagraaf 3.4.1.). Deze zijn uitgewerkt in een tabel (tabel 2). Vervolgens worden de items die te maken hebben met de leidraad in kaart gebracht (3.4.2.). Tenslotte zal deze paragraaf worden afgesloten met de gegevens omtrent de mate waarin de doelgroep bereid is een leidraad te implementeren en wat daar mogelijk voor nodig voor.

3.4.1. Algemene gegevens doelgroep

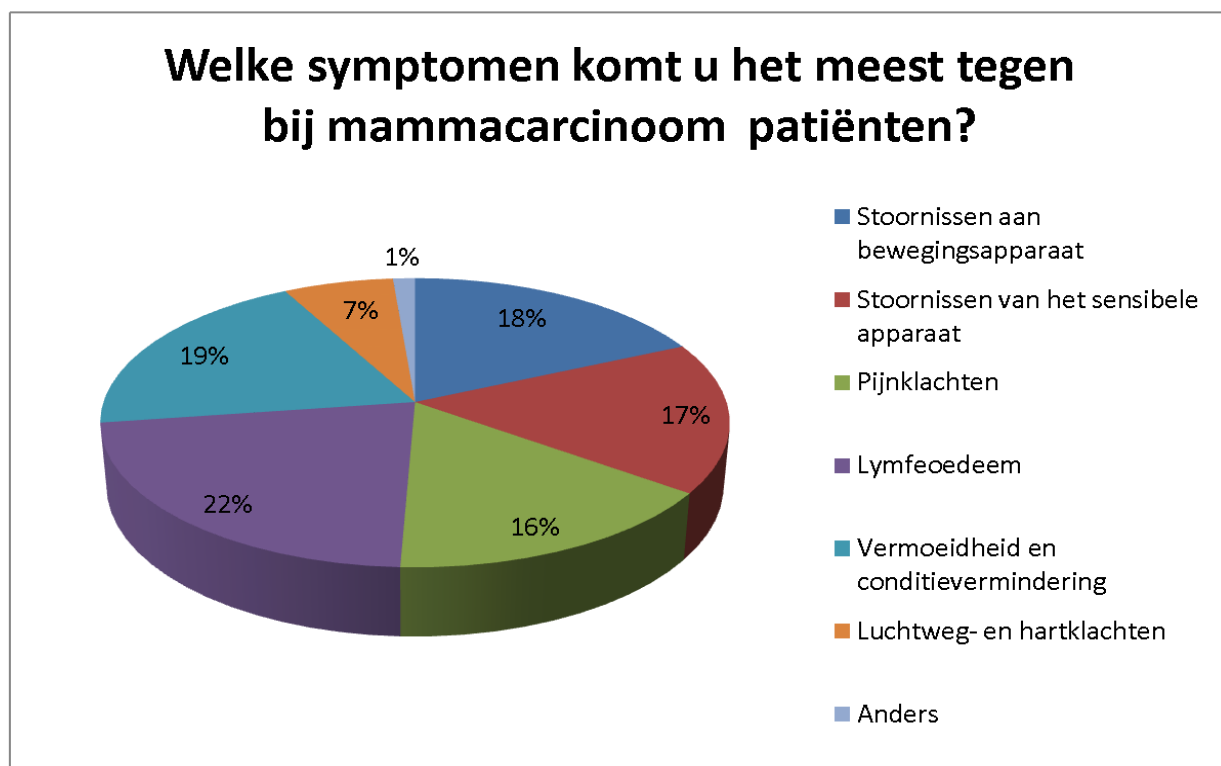
In onderstaande tabel zijn algemene gegevens van de NVFL-leden als geslacht, leeftijd, jaar van afstuderen en dergelijke weergegeven.

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Jaar van afstuderen	Setting	Hoeveel patiënten van uw patiëntengroep bestaat uit mammacarcinoom-patiënten?	In welke fase komt u patiënten met mammacarcinoom het meeste tegen?
1	Vrouw	56	1979	Eerste lijn	>10 patiënten	Postoperatie
2	Man	44	1989	Eerste lijn	0- 5 patiënten	Postoperatief
3	Vrouw	25	2006	Eerste lijn	>10 patiënten	Curatieve fase
4	Vrouw	52	1983	Eerste lijn	>10 patiënten	Postoperatief
5	Vrouw	33	2003	Eerste lijn	5-10 patiënten	Curatieve fase
6	Vrouw	59	1973	Derde lijn	0- 5 patiënten	Palliatieve fase
7	Man	27	2005	Eerste lijn	5-10 patiënten	Postoperatief
8	Vrouw	25	2008	Derde lijn	0- 5 patiënten	Postoperatief

9	Vrouw	25	2007	Eerste lijn	0- 5 patiënten	Postoperatief
10	Vrouw	33	2000	Tweede lijn	5-10 patiënten	Postoperatief
11	Vrouw	27	2005	Eerste lijn	0- 5 patiënten	Curatieve fase
12	Vrouw	61	1974	Eerste lijn	>10 patiënten	Curatieve fase
13	Man	40	1992	Eerste lijn	5-10 patiënten	Postoperatief
14	Vrouw	57	1975	Eerste lijn	0- 5 patiënten	Postoperatief
15	Vrouw	45	1988	Eerste lijn	5-10 patiënten	Postoperatief
16	Vrouw	29	2007	Tweede lijn	5-10 patiënten	Postoperatief
17	Vrouw	43	1991	Eerste lijn	5-10 patiënten	Postoperatief
18	Vrouw	45	1992	Eerste lijn	>10 patiënten	Curatieve fase
19	Vrouw	40	2006	Eerste lijn	0- 5 patiënten	Postoperatief

Tabel 3; Algemene gegevens doelgroep: NVFL-leden.

Uit de gegevens blijkt dat de geënquêteerden NVFL-leden verschillende symptomen zien bij patiënten (zie figuur 4; symptomen bij mammacarcinoompatiënten).



Figuur 4; Symptomen bij mammacarcinoompatiënten.

Bij de NVFL-leden (N=19) zijn oefentherapie en manuele lymfedrainage de twee fysiotherapeutische interventies die door elke NVFL-leden toegepast wordt (zie bijlage 5, tabel 4).

In bijlage 5 is eveneens terug te vinden welk onderzoek en welke meetinstrumenten gebruikt worden.

3.4.2. De leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen- een leidraad voor fysiotherapeuten”.

De meerderheid van de doelgroep blijkt niet op de hoogte te zijn van de leidraad (n=11, 58%). De meerderheid geeft dan ook aan niet voldoende kennis te hebben over de leidraad (n=10, 53%).

In de enquête konden de NVFL-leden aangeven wat redenen zijn om de leidraad wel of niet te gebruiken. De NVFL-leden noemden geen factoren waarom ze de leidraad wel zouden gebruiken. Ook werd gevraagd om de voor- en nadelen van de leidraad te benoemen. Deze voor- en nadelen kunnen worden gezien als bevorderende en belemmerende factoren. Deze gegevens zijn in tabel 4 uitgewerkt.

Factoren om de leidraad niet te gebruiken:
- Het bekend zijn met de leidraad.
- Er wordt gebruik gemaakt van de richtlijn lymfoedeem in plaats van de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”.
- Als men vooral werkt met patiënten in de palliatieve fase dan is de leidraad niet goed te gebruiken.
- De leidraad zou verder geïmplementeerd kunnen worden.
- Er zijn tientallen verschillende formulieren/leidraden/richtlijnen waaruit je keuzes moet maken.
- De doorverwijzing is nog niet optimaal.
- Ik heb mij nog niet de moeite genomen (tot nu toe) om alles van de leidraad eigen te maken.

Voordelen van de leidraad:
- Het evidence based werken.
- Er komt uniformiteit en er wordt protocollair gewerkt.
- De leidraad geeft informatie voor onvoldoende geschoolde therapeuten.
- Middels de leidraad komt er consensus tussen de beroepsbeoefenaren.
- Het is een goede ondersteuning, ook voor de niet-oncologie fysiotherapeut.
- Het zorgt voor structuur in het fysiotherapeutisch methodisch handelen. Zo worden 'valkuilen' verkleind.
Nadelen van de leidraad:
- De leidraad zal regelmatig geüpdatet moeten worden, aangezien er veel ontwikkelingen zijn op dit gebied.
- De leidraad is veel leeswerk. Dit kost ook veel tijd.
- Je moet teveel volgens een leidraad werken waardoor je te weinig vraaggericht gaat werken.

Tabel 4; Gebruik, voor- en nadelen van de leidraad.

3.4.3. Het model van gedragsverandering.

Uitgaande van het model van gedragsverandering is deze subparagraaf hetzelfde ingedeeld als subparagraaf 3.3.3. Begonnen wordt met de oriëntatie, gevolgd door het inzicht, de acceptatie, verandering en tenslotte het behoud van verandering.

Oriëntatie:

Van de NVFL-leden die de enquête hebben ingevuld (N=19) zijn er 9 die geïnteresseerd in het gebruik van leidraden. Vijf NVFL-leden twijfelen hierover (26%), respectievelijk geheel mee eens, geheel mee oneens, mee oneens (27%). Het merendeel heeft leidraden tot zijn beschikking, hoewel de meningen verdeeld zijn over hoe de leidraad te vinden is (zie figuur 5).



Figuur 5; Ik weet waar ik de leidraden kan vinden.

Inzicht:

Van de NVFL-leden geeft 64% (n=12) aan in staat te zijn om leidraden goed te kunnen gebruiken, 26% (n=5) twijfelt hieraan en 10% (n=2) geeft aan niet in staat te zijn een leidraad te kunnen gebruiken bij zijn of haar patiënten.

Bij de stelling ‘Ik vind dat het gebruik van leidraden een bijdrage levert aan het stellen van de fysiotherapeutische diagnose’, geeft 32% (n=6) aan het ermee eens te zijn en 5% (n=1) is het volledig met de stelling eens. Dat houdt in dat 47% (n=9) hieraan twijfelt en 16% (n=3) het hier niet mee eens is. Verder twijfelt 42% (n=8) er aan of leidraad een bijdrage levert aan de evaluatie van een behandeling.

Dertien NVFL-leden (68%) geven aan wel te weten hoe een leidraad toegepast kan worden in het fysiotherapeutisch methodisch handelen. Vier NVFL-leden (21%) twijfelen hieraan en twee personen (11%) zeggen het niet te weten.

Acceptatie:

Op de stelling ‘Ik vind dat het gebruik van leidraden bijdraagt aan de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening’, geven tien geënquêteerden (52%) aan hierover te twijfelen. Zes NVFL-leden (32%) geven aan het eens te zijn met de stelling en drie NVFL-leden (16%) zijn het ermee oneens.

Zes en veertig procent (n=9) van de NVFL-leden geeft aan te twijfelen aan de stelling ‘Ik vind dat werken met leidraden mij niet te veel tijd kost’. Twee en dertig procent (n=6) geeft aan het oneens te zijn met deze stelling en 22% (n=4) geeft ‘mee eens’ of ‘geheel mee eens’ aan.

Verder twijfelt 47% (n=9) van de geënquêteerden of leidraden wel voldoende ruimte overlaten om de wens van de patiënt mee te laten wegen, 35% (n=7) zegt wel genoeg ruimte te hebben en 18% (n=3) zegt deze ruimte niet te hebben.

Negen NVFL-leden (47%) zeggen positief tegenover het gebruik van leidraden te staan, acht NVFL-leden (42%) twijfelen hierover en twee NVFL-leden (11%) is het niet eens met de stelling.

Verder wil 52% (n=10) graag (meer) gebruik maken van leidraden, 37% (n=7) twijfelt hierover en elf procent (n=2) zegt dit niet te willen.

Verandering:

In de dagelijkse praktijk maken drie NVFL-leden gebruik van leidraden (13%), zeven NVFL-leden (37%) twijfelen hierover en negen NVFL-leden (47%) gebruiken leidraden niet in de dagelijkse praktijk.

De ervaring of het gebruik van leidraden een meerwaarde heeft is verdeeld: geheel oneens 5% (n=1), oneens 32% (n=6), twijfel 37% (n=7), mee eens 26% (n=5) en geheel mee eens 0% (n=0).

Behoud van verandering:

Van de NVFL-leden geven er elf (60%) aan te twijfelen of het gebruik van leidraden een vast onderdeel is in zijn of haar fysiotherapeutisch methodisch handelen.

Verder geven elf NVFL-leden (57%) aan te twijfelen of ze routine hebben in het gebruik van leidraden, twee (11%) geven aan dat ze routine hebben in het gebruik van leidraden, vier (21%) geven aan geen routine te hebben in het gebruik van leidraden en twee (11%) geven aan helemaal geen routine te hebben in het gebruik van leidraden.

Tot slot geven vier NVFL-leden (21%) aan dat het gebruik van leidraden is opgenomen in het beleid van de instelling/praktijk. Zeven NVFL-leden (36%) twijfelen hierover en acht NVFL-leden (43%) zijn het hiermee oneens.

3.5. Resultaten enquête verwijzers

In deze subparagraaf wordt de uitwerking van de enquête die is ingevuld door de verwijzers weergegeven. Allereerst worden de algemene gegevens van de doelgroep beschreven (subparagraaf 3.5.1.). Deze zijn uitgewerkt in een tabel (tabel 5). Vervolgens worden de items die te maken hebben met de oncologie fysiotherapeut in kaart gebracht en ten slotte de items die te maken hebben met de leidraad.

3.5.1. Algemene gegevens doelgroep

In onderstaande tabel zijn algemene gegevens van de verwijzers als geslacht, leeftijd, jaar van afstuderen en dergelijke weergegeven.

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Opleiding	Specialisaties	Doorsturen naar oncologie fysiotherapeut
1	vrouw	51	Verpleegkunde (HBO)	Oncologie, MANP	3-5 keer per maand
2	vrouw	45	Geneeskunde	Radiotherapie	1-3 keer per maand
3	vrouw	26	Verpleegkunde (HBO)	Master HEP	1-3 keer per maand
4	man	32	Geneeskunde	Radiotherapie, Oncologie	1-3 keer per maand
5	vrouw	29	Verpleegkunde (HBO)	MANP	>5 keer per maand
6	vrouw	38	Geneeskunde	Chirurgie	3-5 keer per maand
7	vrouw	36	Geneeskunde	Chirurgie	>5 keer per maand
8	man	38	Geneeskunde	Heelkunde	>5 keer per maand
9	vrouw	45	geneeskunde	Hematologie	1-3 keer per maand
10	man	54	Geneeskunde	Radiotherapie, Oncologie	1-3 keer per maand
11	vrouw	27	Fysiotherapie	Neurorevalidatie, Oncologie	1-3 keer per maand
12	vrouw	44	Verpleegkunde (HBO)	MANP	1-3 keer per maand
13	vrouw	52	Fysiotherapie	Oedeemfysiotherapie, MOOF module 1, Fysiotaping/lymfetaping, Cyriax, Mimetherapie, NDT volwassenen, Functionele loopsholing	1-3 keer per maand
14	man	60	Geneeskunde	Radiotherapie, Oncologie	1-3 keer per maand
15	vrouw	48	Fysiotherapie	Het Herstel en Balans programma	1-3 keer per maand

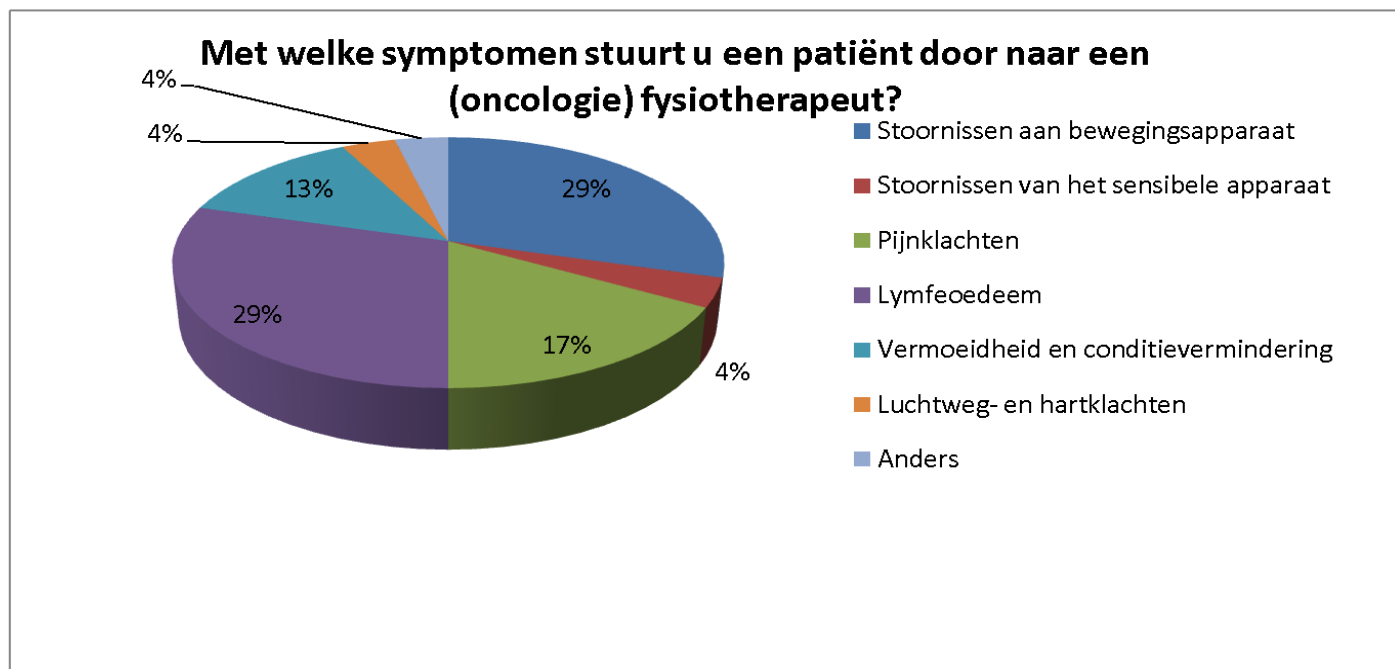
16	man	43	Geneeskunde	Chirurgische oncologie	3-5 keer per maand
17	man	55	Geneeskunde, Promotie onderzoek met dissertatie, Medisch Specialist	Klinische Pathologie	0 keer per maand
18	vrouw	28	Fysiotherapie	Oedeemfysiotherapie	1-3 keer per maand
19	man	54	Geneeskunde	Radiotherapie	1-3 keer per maand
20	vrouw	47	Medicijnen	Medische oncologie	1-3 keer per maand
21	vrouw	43	Geneeskunde	Chirurgie, Chirurgische oncologie	3-5 keer per maand
22	vrouw	38	Geneeskunde	Medische oncologie	1-3 keer per maand
23	vrouw	52	Geneeskunde	Dialyseverpleegkundige, Mammacareverpleegkundige, auditor HKZ, interne auditor NIAZ	1-3 keer per maand
24	man	48	Geneeskunde	Internist, Oncoloog	>5 keer per maand
25	vrouw	42	Verpleegkunde (MBO)	Mammacareverpleegkundige	>5 keer per maand
26	vrouw	33	Verpleegkunde (MBO)	Oncologieverpleegkundige	1-3 keer per maand
27	vrouw	44	Verpleegkunde (HBO)	MANP	3-5 keer per maand
28	vrouw	43	Verpleegkunde (MBO)	Mammacareverpleegkundige, oncologieverpleegkundige	1-3 keer per maand

Tabel 5; Algemene gegevens doelgroep: verwijzers.

3.5.2. Oncologie fysiotherapeut

Op de vraag ‘Weet u wat de specialisatie oncologiefysiotherapie inhoudt?’ wordt door twaalf verwijzers aangegeven dat ze dit niet weten (43%). Acht en twintig verwijzers (100%) denken dat de oncologie fysiotherapeut een meerwaarde kan hebben voor de behandeling van mammacarcinoom patiënten. Op de vraag ‘Is bij u bekend welke oncologie fysiotherapeuten er in uw omgeving zijn?’ antwoorden twaalf verwijzers met ‘ja’ (43%). Zeventien verwijzers (61%) geven aan één tot drie keer per maand patiënten door te sturen naar de (oncologie) fysiotherapeut. Vijf verwijzers (18%) geven aan drie tot vijf patiënten per maand door te sturen naar de (oncologie) fysiotherapeut, en nog eens vijf verwijzers geven aan meer dan vijf patiënten per maand door te sturen naar de (oncologie) fysiotherapeut.

De verwijzers die de enquête hebben ingevuld (N=28) gaven aan patiënten met verschillende symptomen te verwijzen naar de oncologie fysiotherapeut (zie figuur 6; symptomen bij mammacarcinoompatiënten)



Figuur 6; Symptomen bij mammacarcinoompatiënten.

3.5.3. Leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen, een leidraad voor fysiotherapeuten.”

Op de vraag ‘Heeft u de leidraad – “mammacarcinoom en de gevolgen, een leidraad voor fysiotherapeuten” – ontvangen?’ antwoordde zeventien verwijzers (61%) met ‘nee’. Tien verwijzers (36%) antwoordde met ‘ja’ en gaven aan dat ze deze via de mail of per post hadden ontvangen. Één verwijzers heeft deze vraag niet beantwoord.

Aan de verwijzers werden de voor- en nadelen gevraagd met betrekking tot de leidraad en de bijbehorende samenvattingkaart. De voor- en nadelen zijn weergegeven in tabel 6. Deze voor- en nadelen kunnen worden gezien als bevorderende en belemmerende factoren.

Voordelen van de leidraad:	
-	In de leidraad wordt overzichtelijk weergegeven wat een oncologie fysiotherapeut kan betekenen.
-	Op de samenvattingkaart staat een ‘stappenplan’ die je kan helpen met het maken van beslissingen.
-	De leidraad/ de samenvattingkaart is een handig naslagwerk.
-	De leidraad/ de samenvattingkaart geeft structuur.
-	De leidraad zorgt voor uniformiteit: De behandeling is voor iedereen hetzelfde.
-	De leidraad houdt rekening met alle complicaties.
-	De samenvattingkaart is een kort en helder overzicht.
-	De leidraad/ de samenvattingkaart geeft duidelijkheid over de behandeling van patiënten.
Nadelen van de leidraad:	
-	De samenvattingkaart geeft een overlap met andere professionals.
-	Mogelijk teveel/vaak doorverwijzen, met name voor preventie. Als je de samenvattingkaart zou volgen zou elke patiënt doorverwezen moeten worden.
-	Je hebt de leidraad niet altijd bij de hand.
-	Wéér een leidraad waar je mee moet werken.
-	Het moet wel duidelijk blijven dat alleen gespecialiseerde fysiotherapeuten de leidraad gebruiken.
-	Door de leidraad loop je het risico niet of minder individueel te kijken.
-	De leidraad geeft teveel beperkingen voor de patiënt.
-	De leidraad is te standaard.
-	De leidraad is te oppervlakkig.

Tabel 6; Voor- en nadelen over van de leidraad.

3.6. Resultaten interviews

In deze paragraaf worden de resultaten van de interviews besproken. De resultaten zullen per groep worden beschreven te weten de werkgroepleden, NVFL-leden en de verwijzers.

3.6.1. Resultaten interviews werkgroepleden

De interviews hebben plaatsgevonden met acht werkgroepleden (drie mannen, vijf vrouwen). De codes die aan de interviews werden toegekend werden onderverdeeld in de volgende clusters: Bevorderende factoren van de leidraad, belemmerende factoren van de leidraad, bevorderende en belemmerende factoren van de verwijzers, het gebruik van de leidraad, mening over de leidraad en implementatiestrategie. De resultaten zullen ook in deze volgorde worden beschreven.

Bevorderende factoren van de leidraad

Voor de meeste werkgroepleden is het duidelijk waar de leidraad te vinden is *'hij is gewoon te downloaden'*. Vaak wordt alleen de samenvattingkaart er bij gepakt omdat dit praktisch is in gebruik. Ook wordt de leidraad als een fijne sturing ervaren. Andere bevorderende factoren zijn: *'Daar kun je als visitekaartje overal mee aankomen en dat vind ik het hele fijne van de leidraad'*. En *'Ik merk dat heel veel klachten gebagatelliseerd worden. Ook bij artsen, die stappen hierover weg. En dat is door de leidraad beter te bespreken, ze staan namelijk niet voor niets op dit kaartje.'*

Belemmerende factoren van de leidraad

'De concept versie staat alleen op internet, ik hoop dat er ooit een definitieve versie komt zodat de twijfel weg getrokken wordt. Ik kan me voorstellen dat heel veel mensen niet kijken voordat de 'echte' versie erop staat'. Ook wordt er gezegd dat een leidraad een goed startpunt is, maar dat het niet altijd bij iedere patiënt standaard kan worden gebruikt. Een andere belemmerende factor is voor een aantal geïnterviewden dat de leidraad niet evidence based onderbouwd is *'Maar ik blijf roepen dat het te weinig onderbouwd is, dus moeten ze blijven zoeken naar evidence en aanpassen als het nodig is. Want het ontwikkeld zich allemaal toch wel snel, en het zou niet goed zijn als we dat er dan niet in zetten'*. Tijdens een van de interviews kwam aan de orde dat er daarom binnenkort door het KNGF een evidence based statement borstkanker wordt uitgegeven. *'Dat project is ongeveer in dezelfde tijd uitgezet maar binnen de NVFL al daarvoor bekend gemaakt dat het zou gebeuren. Dus ik*

was eigenlijk een beetje verbaasd dat een regio zoveel tijd in iets gaat steken waar landelijk ook tijd en geld in gaat zitten. Dus je doet eigenlijk dubbel werk'. Ook blijkt dat de informatie die in het evidence based statement staat niet (geheel) overeenkomt met datgene wat in de leidraad staat. 'En dan zie ik ook een aantal dingen in de leidraad staan die toch anders zijn dan hoe ze in het evidence statement komen te staan.' Verder kwam in de interviews naar voren dat andere werkgroepleden niet op de hoogte zijn van de komst van het evidence based statement over borstkanker. Dit terwijl in een ander interview verteld wordt dat een aantal werkgroepleden wel degelijk op de hoogte hadden kunnen zijn van het evidence based statement: 'Kijk, in het IKNL (locatie Maastricht) zitten NVFL-leden, vanuit de oedeemfysiotherapeuten, en die zijn ingelicht in een vroeg stadium dat dit zou gebeuren. Verder heeft het ook een aantal keren in het vakblad (oedeminus) gestaan.'

Dit kan uiteindelijk een belemmerende factor zijn voor het implementeren van de leidraad. Verder is het voor de geïnterviewde vaak moeilijk om voorlichting en adviezen te geven, dit is iets dat niet te leren valt uit de leidraad. *'Ook voorlichting en adviezen geven, zeker in de palliatieve fase, is vaak toch niet zo eenvoudig. En ook daar heb ik veel over in de cursus, van de MOOF opleiding, geleerd. Van hoe zeg ik iets waarbij ik de patiënten niet ongerust maak. Ik kan nu bijvoorbeeld gerichter adviezen of hints geven naar de patiënt toe. En dat zijn dingen die ik echt in de cursus heb geleerd en die zul je van een leidraad niet leren'.*

Bevorderende en belemmerende factoren bij verwijzers

Iedereen is het ermee eens dat verwijzers te veel laten liggen, wat betreft de kwaliteiten van de oncologiefysiotherapeut, door de patiënten niet door te sturen naar een oncologie fysiotherapeut. Dit komt omdat verwijzers niet weten wat een oncologie fysiotherapeut kan betekenen voor een patiënt. Mammacarcinoompatiënten komen niet vaak vanuit de huisarts maar meestal vanuit het ziekenhuis en vooral vanuit de mammacareverpleegkundige. *'En ik krijg zelden of nooit een patiënt van een arts door. En eigenlijk altijd van die mammacareverpleegkundige'.* Ook wordt er in een interview gezegd dat er, behalve de huisarts en mammacareverpleegkundige, nog iemand anders belangrijk is wat betreft het doorverwijzen: *'wat ik denk dat belangrijker is, zijn de praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk. Zij gaan een steeds belangrijkere rol spelen. Je krijgt steeds meer gespecialiseerde praktijkondersteuners, ook op dit gebied. En die zijn in ons vak veel belangrijker dan de huisarts'.*

Oedeem is het symptoom waar de verwijzers het vaakste op doorverwijzen. De symptomen waarvoor verwijzers mammacarcinoompatiënten het minst doorverwijzen zijn pijn en vermoeidheid. Omdat dit door de verwijzers vaak wordt gezien als iets dat erbij hoort, terwijl dit juist behandelbare grootheden zouden kunnen zijn die een oncologie fysiotherapeut specifiek aan kan pakken.

Gebruik van de leidraad

De meeste geïnterviewden geven aan dat er weinig nieuws in de leidraad staat en dat ze al handelen naar datgene wat in de leidraad wordt beschreven. *‘80-90% van die dingen is gewoon al wat ik doe. Er staat wat dat betreft heel weinig nieuws in voor mij’*. De leidraad wordt dan ook alleen gebruikt wanneer er wordt getwijfeld over een bepaald onderwerp en men het nodig vindt om dit na te kijken. *‘Af en toe als je het ziet en je werkt al 26 jaar dan zijn die regels niet meer nieuw, maar ik kan me voorstellen voor een jonge beginnende fysiotherapeut dat die ook nog zoiets heeft waar komen die pijnklachten toch vandaan en hoe kunnen we dat doen. Dat je ook voor jezelf een stukje houvast hebt en ook wel een volgorde’*. Één geïnterviewde geeft aan nog geen moeite te hebben genomen om de leidraad door te lezen. Dit komt omdat diegene zelf onderzoek gedaan heeft en op basis hiervan een eigen format heeft ontwikkeld. *‘Het ging goed en we hadden geen behoefte aan de leidraad’*.

Mening over de leidraad

De leidraad wordt gezien als een handgreep, iets waarmee je duidelijk naar de patiënt, familieleden en artsen kunt stappen en aangeven wat mogelijk is binnen de behandeling als oncologie fysiotherapeut. De leidraad is volgens de meeste geïnterviewde vooral bedoeld voor degene die geen oncologie opleiding of achtergrond hebben. *‘Het geeft juist duidelijkheid voor als je die opleiding niet gedaan hebt’*.

Dat de leidraad niet evidence based is daar zijn de meningen over verdeeld. *‘Dus ik zeg ook voor mij werkt ie, omdat ik zelf ook al zo werk dus voor mijn gevoel is die goed of ie nou evidence based of praktisch based is’*. Maar zo wordt er ook gezegd:

‘Ik ben super voor evidence based handelen. Zoveel mogelijk. Asjeblieft. Ik vind dat alles wat niet evidence based is, daar moeten we gewoon heel hard op zoek naar de evidence’.

Implementatiestrategie

De implementatiestrategieën die vanuit de werkgroepleden werden aangedragen kunnen als volgt ingedeeld worden:

- Verspreiden van de leidraad: naast oncologie fysiotherapeuten dienen ook de oedeemtherapeuten op de hoogte worden gesteld, en verder is het een idee om via de vakverenigingen te gaan werken. Ook denken ze dat het goed is dat ook verwijzers op hoogte zijn omdat een oncologie fysiotherapeut te vaak wordt overgeslagen. Belangrijk is om mee te nemen dat *'Je moet beginnen op de werkvloer voor fysiotherapie. Daar moet je zorgen dat het erbij hoort. En vanaf het ogenblik dat je contact opneemt met derden, dan bedoel ik zowel de oncoloog als de mammachirurg als de radioloog als die specialist verpleegkundige, dat die ook op de hoogte zijn van datgene wat wij kunnen.'*
- Vooral op het gebied van de verwijzers kan er volgens de geïnterviewde veel veranderd worden. Er zou meer naamsbekendheid moeten komen bij de verwijzers zodat de verwijzers ook weten wat een oncologie fysiotherapeut inhoudt en kan betekenen voor de patiënt. Hier kan de samenvattingkaart aan meewerken. Maar *'Ik denk dat dit samenvattingkaart wel nog summier is voor artsen. Ik denk dat je dit in medische termen heel kort door de bocht moet opschrijven'*.
- Materiaal ter ondersteuning van de leidraad aanbieden: verder kan er nog voor informatie gezorgd worden die aan de patiënten mee kunnen worden gegeven. *'Eigenlijk zou iedere specialist een folder moeten hebben die aan de patiënt mee gegeven kan worden waarin staat wat de gevolgen van kanker en de behandeling zouden kunnen zijn. En dan ook dingen die je eraan zou kunnen doen. Ik vind dat je de patiënt wel moet informeren wat er kan gebeuren en ook wat er mogelijk is. En dan laat je de keuze bij de patiënt of hij dit wel of niet wil doen. De patiënt is natuurlijk onwetend'*.
- De leidraad vergelijken en eventueel afstemmen met het evidence based statement: over de evidence en het statement wordt gezegd: *'ik denk dat je altijd op elkaar moet afstemmen. Als ze dadelijk uit zijn moet je ze naast elkaar gaan leggen. En wanneer ze heel erg van elkaar verschillen zul je eerlijk moeten zijn en je bezig moet houden met de wetenschap en dat dit de gouden standaard moet zijn. En dat we dan de leidraad moeten aanpassen. Ik kan vanuit mijn kennis en kunde niet precies zeggen waar het nou echt heel veel moet gaan veranderen. Maar als dat zo is moeten we hem*

aanpassen'. Er wordt ook een aantal keren gezegd dat het belangrijk is om de leidraad op een bepaalde tijd te updaten. Degene die afwist van het evidence based statement zegt het volgende over de leidraad: 'Ik zou hier op dit moment niet al teveel aandacht aan besteden en wachten op het evidence statement.'

3.6.2. Resultaten interviews NVFL-leden

Er zijn een aantal NVFL-leden die toestemming hadden geven voor een interview maar wegens omstandigheden heeft maar één interview plaats kunnen vinden. Daaraan toe te voegen dat een aantal geïnterviewde werkgroepleden ook lid zijn van de NVFL.

Om de resultaten van de interviews duidelijk weer te geven zijn er aan de uitspraken van de respondent diverse codes toegekend. Deze codes zijn onderverdeeld in de volgende clusters: de leidraad, implementatiestrategieën en verwijzers. De resultaten zullen ook in deze volgorde worden beschreven.

De leidraad

De respondent van het NVFL heeft nog nooit van de leidraad of van het IKNL (locatie Maastricht) gehoord. *'Ik moet ook bekennen dat ik nog nooit van het IKNL heb gehoord. Bij mij is bekend het mammacarecentrum in Heerlen, daar krijgen wij ook de meeste patiënten van. Maar het IKNL, Integraal Kankercentrum Nederland, nee dat ken ik eerlijk gezegd niet. Ik heb er ook nog nooit contact mee gehad'*. Ze denkt ook dat de leidraad niet snel gebruikt zal worden maar alleen wordt doorgelezen omdat iedereen zijn eigen manier heeft uitgevonden waarop hij patiënten behandelt. Maar ze vindt het wel fijn dat het doorgestuurd wordt om in te zien wat de laatste ontwikkelingen op dit gebied zijn.

In de leidraad staat volgens haar wel een discussiepunt; *'Zoals postoperatief dag 5 dat je dan al lymfeedeem mag behandelen. Bij iemand gewoon operatief oké, maar operatief na kanker dan mag je absoluut geen lymfedrainage doen. Dus er is een discussie tussen de ene opleiding en tussen de andere opleiding. En iedereen heeft daar zijn mening in. Maar het is wel goed om even terug te kijken hoe denken zij erover en dat iedereen nog eens bij zichzelf na gaat denken'*.

Implementatiestrategieën

'Als een vereniging een website heeft, zet het op de website van die vereniging. Bespreek het in een blaadje. Ik weet niet of er een artikel is geweest in het Oedemius. Dat is ons blaadje.'

Dus als ze daar een artikel over schrijven en dat plaatsen in dat blaadje dan zullen best heel veel oedeemtherapeuten dit lezen’.

Het is volgens de respondent ook belangrijk een informatieoverzicht te maken voor de patiënt.

‘ Want patiënten zoeken veel op internet op en er zijn altijd nog therapeuten die zich er gemakkelijk vanaf maken’.

Ook is het van belang dat de leidraad opgenomen wordt in het fysiotherapeutisch methodisch handelen: *‘Waar ze op dit moment heel erg mee bezig zijn weet ik toevallig. We hebben laatst controle gehad van een verzekering en je moet de richtlijnen of leidraden binnen intramed of fysioroadmap hebben staan. Dus misschien kan het op deze manier worden ingevoerd. Dat het als leidraad in fysioroadmap komt te staan of in intramed’.*

Verwijzers

Vooraf in kleine dorpen en als beginnening blijkt het lastig te zijn om patiënten door gestuurd te krijgen. *‘Het lijkt wel of de artsen en specialisten oedeemtherapie helemaal niet kennen of weten wat wij als oedeemtherapeut voor een patiënt kunnen betekenen’.* Maar door het mammacarecentrum in Heerlen lijkt de stroom nu langzaam op gang te komen.

Volgens de respondent blijft het moeilijk om tijd vrij te krijgen bij de artsen en verwijzer om hun te persoonlijk te informeren.

3.6.3. Resultaten interviews verwijzers

De interviews hebben plaatsgevonden met vijf verwijzers (twee mannen, drie vrouwen). Ieder geïnterviewde heeft een andere specialisatie. De volgende specialisten zijn geïnterviewd: nurse practitioner, radiotherapeut, chirurg, oncoloog en mammacareverpleegkundige.

Om de resultaten van de interviews duidelijk weer te geven zijn er aan de uitspraken van de respondent diverse codes toegekend. Deze codes zijn onderverdeeld in de volgende clusters: de leidraad, doorverwijzen naar (oncologie) fysiotherapeuten en implementatiestrategieën.

De leidraad en de samenvattingkaart

De meeste respondenten hebben nog nooit van de leidraad gehoord. Wanneer wel van de leidraad was gehoord kenden ze de inhoud van de leidraad niet of niet goed. De meest genoemde reden hiervoor is dat het komt omdat ze met informatie worden overspoeld waardoor veel van die informatie in de ‘prullenbak’ beland. Datzelfde gebeurt dus ook met de samenvattingkaart. Tijdens de interviews is de samenvattingkaart aan iedere respondent

meegegeven. De samenvattingkaart werd, na het bekijken, gezien als een goede reminder, een klein en handig kaartje.

Doorsturen naar (oncologie) fysiotherapeut

De meeste respondenten weten niet precies wat de specialisatie oncologie fysiotherapeut inhoudt en verwijzen ook altijd naar een oedeemtherapeut. Ze denken dat een oncologie fysiotherapeut dezelfde competenties heeft dan een oedeemtherapeut. Na uitleg aan de respondenten wat een oncologie fysiotherapeut inhoudt zeggen ze allemaal dat ze er beter op gaan letten bij het doorsturen.

De meningen over wanneer een patiënt door te sturen naar een fysiotherapeut zijn verdeeld. *‘Patiënten zien al zoveel specialisten en therapeuten in het ziekenhuis, dat sommige patiënten nooit stoppen met het zien van deze mensen. En als patiënten altijd doorverwezen worden naar een fysiotherapeut na hun behandeling in het ziekenhuis, komen deze patiënten niet meer uit de rol van patiënt’.* Ook wordt er gezegd: *‘Dan kun je beter iemand een keer extra sturen waarbij de fysiotherapeut zegt één keer kijken, een paar oefeningetjes en u bent klaar dan dat je iemand niet stuurt.’*

Voor een radiotherapeut is de belangrijkste reden om door te sturen: *‘Waar wij vooral voor doorsturen is omdat de mensen bij ons komen een paar weken na de operatie. En zijn ze vergeten iemand naar de fysiotherapeut te sturen en kunnen wij technisch gezien helemaal niets als iemand niet goed de arm kan bewegen dus dat is een reden’.*

De andere specialisaties sturen meestal niet zelf door; ze geven aan dat dit bewaakt wordt door de mammacareverpleegkundige. Een van de taken van de mammacareverpleegkundige is dan ook om symptomen te signaleren en door te verwijzen naar de fysiotherapeut.

De meeste respondenten hebben geen lijst van therapeuten in de omgeving maar zoeken op internet naar een fysiotherapeut in de omgeving van de patiënt, of laten de patiënt zelf een fysiotherapeut zoeken. Het is gebleken dat via internet moeilijk te vinden is waar een oncologie fysiotherapeut werkzaam is. Ook via www.kankerwiehelpt.nl dat via het IKNL (locatie Maastricht) is opgericht blijkt het onduidelijk en zijn er geen zoekresultaten voor de oncologiefysiotherapeut in de regio ‘Heerlen’ en ‘Maastricht’. De patiënten worden dan doorverwezen naar de algemeen fysiotherapeut. Wel wordt aan alle patiënten het programma herstel en balans voorgelegd en is de keuze bij de patiënt of ze dit programma willen gaan volgen.

Implementatiestrategieën

‘Uiteindelijk zou ik verwachten van het IKNL (locatie Maastricht) dat er een korte voordracht wordt gegeven of dat er op een microsymposium over mammacarcinoom kort wordt verteld over wat er op fysiotherapie gebied aan het veranderen is en dat je de oncologie gespecialiseerde fysiotherapeut hebt met deze leidraad. En dat die lijst dan ergens op het net staat. Kort en krachtig’. ‘Het is in ieder geval zonde om het zo bij iedereen in de bus te gooien zonder tekst en uitleg erbij. Dat gaat vaak zo de prullenbak ik.’

Het zou volgens één respondent handig zijn om een checklist te maken die je kunt volgen wanneer een patiënt in het revalidatieproces komt. *‘Al die programma’s omtrent de revalidatie moeten klaar liggen. Als je dit hebt, dan moet je dit doen. Dat zou dan een verlengde moeten zijn van zo’n richtlijn’.*

Ook moeten de oncologie fysiotherapeuten zichzelf bekend maken aan de verwijzers. *‘Ik denk dat het voor de fysiotherapeuten goed is om, wanneer ze de opleiding af hebben zich te registreren op een website zodat wij als verwijzers ze makkelijk kunnen opzoeken. Want zo doen wij dat. Wij voeren de woonplaats of postcode in op deze site en daar komen dan de fysiotherapeut uit. Dat printen we dan uit voor de patiënt en die maakt zelf een keuze. Dus wanneer ze niet op deze site staan kunnen wij ze ook niet vinden’.*

4. Conclusie

Met dit project is, na het project *‘De implementatie van de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen - een leidraad voor fysiotherapeuten”*: een inventarisatie van belemmerende en bevorderende factoren als onderdeel van het implementatietraject’ (2009), een volgende stap gezet in de bevordering van het gebruik van de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de probleemstellingen die in de inleiding beschreven zijn.

De probleemstellingen van dit onderzoek waren:

1. Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen op dit moment een rol bij het (niet) gebruiken van de leidraad “Mammacarcinoom en de gevolgen - een leidraad voor fysiotherapeuten”?

Op basis van de enquêtes en de interviews zijn bevorderende en belemmerende factoren in kaart gebracht. Om het overzichtelijk te houden wordt deze probleemstelling per doelgroep (werkgroepleden, NVFL-leden en verwijzers) beantwoord.

Werkgroepleden.

Uit de enquête bleek dat bijna alle werkgroepleden op de hoogte waren van de leidraad. Dit komt overeen met de voorafgestelde verwachting omdat de leidraad is ontwikkeld door de werkgroep.

Het IKNL (locatie Maastricht) stelt als doelgroep diegene die in ieder geval het eerste blok van de modulaire opleiding oncologie en fysiotherapie (MOOF) hebben afgerond of NVFL leden (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie) en dus gespecialiseerd zijn in het werken met oncologische patiënten. Uit de enquête blijkt echter dat ‘slechts’ 75% van de werkgroepleden daadwerkelijk gespecialiseerd is in het werken met oncologische patiënten. Dit terwijl 78% van de werkgroepleden vindt voldoende kennis te hebben om de leidraad te gebruiken. Dit kan betekenen dat er geen eenduidigheid, en wellicht onduidelijkheid is over in hoeverre iemand capabel is om de leidraad te gebruiken. Daarbij komt nog dat in de leidraad zelf ook niet wordt uitgelegd dat de leidraad alleen is bedoeld voor diegene die in ieder geval het 1^e blok van de modulaire opleiding oncologie en fysiotherapie (MOOF) hebben afgerond of NVFL leden. In de leidraad staat namelijk alleen het volgende:

‘Deze leidraad beoogt richting te geven aan het diagnostisch en therapeutisch beleid door de

fysiotherapeut bij een patiënt met mammacarcinoom.’ Voor de rest wordt er geen specifieke doelgroep, met betrekking tot de gebruikers van de leidraad, benoemd in de leidraad. Dit zou een belemmerende factor kunnen zijn.

Uit zowel de enquêtes als de interviews komt verschillende keren naar voren dat de leidraad voor een oncologie fysiotherapeut geen of weinig meerwaarde biedt, maar dat deze wel ondersteuning zou kunnen bieden voor de niet-gespecialiseerde fysiotherapeut omdat, met name de samenvattingkaart, een kort en krachtig overzicht biedt betreffende het onderzoek en de behandeling van mammacarcinoompatiënten. Het IKNL (locatie Maastricht) ziet dit namelijk anders dan de werkgroepleden. Als bevorderende factor kan gezegd worden dat de samenvattingkaart kort maar overzichtelijk informatie biedt betreffende het onderzoek en de behandeling van mammacarcinoompatiënten.

Verder kwamen in zowel de enquêtes als de interviews naar voren dat de informatie die in de leidraad staat te weinig evidence based onderbouwd is. Het ontbreken van evidence zou een grote belemmerende factor kunnen zijn voor het gebruik van de leidraad omdat evidence nu eenmaal een steeds belangrijkere rol gaat aannemen binnen de fysiotherapie. Verder is uit een interview bekend geworden dat (waarschijnlijk) in juli 2011 vanuit het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) een evidence based statement uitkomt over borstkanker. Ook is uit dit interview vernomen dat de informatie die in het evidence based statement staat niet geheel overeenkomt met datgene wat in de leidraad staat. Gestreefd moet worden naar een uniforme manier van fysiotherapeutisch onderzoeken en behandelen betreffende mammacarcinoompatiënten om zo de best mogelijke zorg te leveren. Daarom is het een belemmerende factor dat de informatie in de leidraad niet overeen komt met de informatie in het evidence based statement. Overigens was het opvallend dat het IKNL (locatie Maastricht) en de rest van de werkgroepleden niet op de hoogte waren van het evidence based statement. Ook dit zou een belemmerende factor kunnen zijn want wellicht is dan de informatievoorziening van en naar andere instanties niet goed genoeg.

Verder twijfelen de werkgroepleden over de bekendheid van de oncologie fysiotherapeut bij verwijzers. Uit de enquêtes en interviews kwam naar voren dat de werkgroepleden van mening zijn dat veel verwijzers niet op de hoogte zijn van de capaciteiten van de oncologiefysiotherapeut en dat het verschil tussen een algemeen fysiotherapeut en een oncologiefysiotherapeut niet altijd duidelijk is. Ook zouden verwijzers niet de tijd nemen om zich hier verder in te verdiepen. Hierdoor worden patiënten niet altijd naar de goede fysiotherapeut verwezen en krijgen zij wellicht niet de optimale zorg die ze verdienen. Verder

wordt door de werkgroepleden verschillende keren aangegeven dat het werken met de leidraad (te veel) tijd kost. Dit kan een belemmerende factor zijn.

Verder geven de werkgroepleden aan dat, behalve de verwijzers, de patiënt vaak ook niet weet wat een oncologiefysiotherapeut kan betekenen voor oncologische patiënten. Ook dit zien de werkgroepleden als een belemmerende factor.

NVFL-leden.

Uit de enquêtes bleek dat de meerderheid, namelijk acht en vijftig procent, niet op de hoogte was van het bestaan van de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”. Ditzelfde gaf het NVFL-lid aan tijdens het interview. Ook gaf ze aan nog nooit van het IKNL (locatie Maastricht) te hebben gehoord. Dat de NVFL-leden niet op de hoogte zijn van de leidraad is bij deze doelgroep de grootste belemmerende factor voor het gebruik van de leidraad. Omdat het IKNL (locatie Maastricht) ook de NVFL-leden bij hun doelgroep stelt komt dit niet overeen met de verwachtingen die vooraf waren gesteld.

Ook komt uit de enquêtes naar voren dat er door verschillende NVFL-leden al gebruik gemaakt wordt van de richtlijn ‘lymfeedeem’. Deze richtlijn is, wat betreft lymfeedeem, met meer diepgang beschreven en komt niet in zijn geheel overeen met de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”. Ook komt uit de enquêtes naar voren dat er al zoveel formulieren, leidraden en richtlijnen zijn over dit onderwerp, en dat het dus al moeilijk is om te kiezen. Dát en het feit dat de informatie in deze verschillende formulieren, leidraden en richtlijnen niet overeenkomen zou een belemmerende factor kunnen zijn. Wel moet gezegd worden dat de NVFL-leden het goed zouden vinden als er consensus is tussen de verschillende beroepsbeoefenaren.

De NVFL-leden stellen dat de leidraad een goede ondersteuning is, ook voor therapeuten die niet gespecialiseerd zijn in oncologie. Dit terwijl het Integraal Kankercentrum Limburg juist vindt dat alleen de gespecialiseerde fysiotherapeuten de leidraad zouden moeten gebruiken. Het feit dat er geen eenduidigheid is over de doelgroep van de leidraad is een belemmerende factor.

Ook bij de NVFL-leden blijkt dat de doorverwijzing van patiënten door verwijzers nog niet optimaal is. Verwijzers zijn vaak niet op de hoogte van wat een oedeemtherapeut allemaal kan betekenen en sturen daarom niet of niet tijdig door. Dit wordt door de NVFL-leden als belemmerend ervaren.

Verwijzers.

In de enquêtes kwam naar voren dat bijna de helft van de verwijzers niet weet wat de specialisatie oncologie fysiotherapie inhoudt. Dit is een belemmerende factor. Ondanks het gegeven dat bijna de helft van de verwijzers niet weet wat de specialisatie inhoudt vinden ze allemaal dat deze een meerwaarde heeft. Uit de interviews blijkt dan ook dat verwijzers oncologie patiënten vaak naar de algemeen fysiotherapeut doorsturen. Ook het gegeven dat de door verwijzing niet helemaal goed loopt is een belemmerende factor.

Ook blijkt uit de enquêtes en interviews dat de meeste verwijzers niet weten waar ze een oncologie fysiotherapeut in de buurt kunnen vinden. De meeste verwijzers zoeken op internet en verwijzen zo door naar de fysiotherapeut die ze kunnen vinden. Na het geven van de website www.kankerwiehelpt.nl en het bekijken hoe naar een oncologie fysiotherapeut gezocht kan worden via deze site blijkt dat men via de hulpwijzer niet kan kiezen voor oncologie fysiotherapeut als hulpverlener. Ook komt in het interview naar voren dat het lastiger is om op 'postcode' te zoeken dan op 'plaats' en dat na lang zoeken geen oncologie fysiotherapeut gevonden kan worden in het bestand. Verder blijkt dat andere sites wat betreft het zoeken naar een fysiotherapeut makkelijker in het gebruik zijn. Als bevorderende factoren wordt het volgende genoemd: de samenvattingkaart geeft structuur, geeft uniformiteit en hij is kort en overzichtelijk.

2. Welke implementatiestrategie sluit het beste aan bij de bevorderende en belemmerende factoren?

Op basis van het literatuuronderzoek bleek dat een passieve implementatie, alleen het verspreiden van de leidraad en er automatisch vanuit gaan dat de leidraad gebruikt wordt, geen positief effect heeft op de implementatie. Voor een goede implementatie is een actieve strategie nodig die gebaseerd is op een analyse van belemmerende en bevorderende factoren en waarbij rekening wordt gehouden met de doelgroep. Ook is het van belang dat de doelgroep bereid is tot gedragsverandering. Hieronder worden aanbevelingen gegeven met betrekking tot de bevorderende en belemmerende factoren en daarmee ook de implementatiestrategieën.

Rekening houdend met het model van gedragsverandering dat beschreven wordt in subparagraaf 2.1.1. kan worden gesteld dat de doelgroepen zich in verschillende fasen bevinden en dus ook verschillend moeten worden benaderd.

De werkgroepleden zitten in de fasen van verandering. De leidraad is binnen deze doelgroep bekend en er is een positieve houding tegenover de leidraad. Nu moet alleen de invoering in de praktijk en met name het behoud van de verandering worden uitgevoerd.

De NVFL-leden zitten tussen de oriëntatie fase en de inzicht fase. Nog niet iedereen is op de hoogte van de leidraad. Degene die wel al op de hoogte zijn moeten zich gaan verdiepen in de inhoud, deze gaan begrijpen en inzicht gaan krijgen in eigen werkwijze om deze te vergelijken met datgene in de leidraad wordt beschreven.

De verwijzers daarentegen zitten in de oriëntatie fase. Deze doelgroep zal op de hoogte moeten worden gesteld en moeten worden geïnformeerd. Tijdens het verstrekken van informatie zal de interesse moeten worden gewekt.

3. Welke acties kunnen aanbevolen worden om het gebruik van de leidraad te bevorderen?

Na een inventarisatie van de bevorderende en belemmerende factoren kunnen de volgende aanbevelingen naar het IKNL (locatie Maastricht) gedaan worden:

1. Stel een duidelijke doelgroep en zorg dat deze genoemd wordt in de leidraad en eventueel op de samenvattingkaart. Ga hierbij na hoe de leidraad juist een meerwaarde kan hebben voor de gespecialiseerde fysiotherapeut, dat is immers de doelgroep.
2. Zorg dat alles wat in de leidraad staat met evidence is onderbouwd. Evidence wordt steeds belangrijker in de toekomst, ook binnen de fysiotherapie. Ook kan men de specialisatie oncologie fysiotherapie beter ‘verkopen’ bij verwijzers en patiënten als dit onderbouwd is vanuit de literatuur.
3. Zorg dat de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten” – overeenkomt met datgene wat in het evidence based statement komt te staan en met datgene wat in de richtlijn lymfe-oedeem staat.
4. Zorg ervoor dat de werkgroep op de hoogte blijven van hetgeen waar andere instanties, op hetzelfde gebied, mee bezig zijn. Zo wordt dubbel werk voorkomen en kunnen de verschillende instanties elkaar helpen en een meerwaarde hebben voor elkaar.
5. Zorg dat de leidraad up-to-date blijft. Er wordt nog volop onderzoek gedaan naar het onderzoek en de behandeling van mammacarcinoompatiënten. Neem deze nieuwe ontwikkelingen mee in de leidraad.
6. Zorg voor een goede informatievoorziening naar verwijzers. Alleen een samenvattingkaart opsturen heeft vrijwel geen zin. Zorg ervoor dat verwijzers op de hoogte zijn van de capaciteiten van de oncologie fysiotherapeut en de oedeemtherapeut. Wellicht is het

effectiever om via vakverenigingen te werken en daar presentaties te geven en/of folders uit te delen over deze specialisaties. Bijvoorbeeld op een vergadering van de mammacareverpleegkundige van het Integraal Kankercentrum Limburg.

7. Zorg voor een goede informatievoorziening naar patiënten. Veel patiënten zijn niet eens op de hoogte van het bestaan van de oncologie fysiotherapeut. De mammacareverpleegkundige geeft informatie mee aan de patiënt. Hier zit nog geen folder bij over de oncologie fysiotherapeut. Deze bestaat ook nog niet. Wellicht kan er tijdens Herstel & Balans aandacht gegeven worden aan het vervolgtraject en de rol die de oncologie fysiotherapeut hierbij kan spelen.

8. Zorg ervoor dat behalve de werkgroepleden ook de NVFL-leden op de hoogte zijn van de leidraad en op de hoogte blijven van de ontwikkelingen omtrent de leidraad. Bijvoorbeeld door een presentatie te geven op een bijeenkomst van de NVFL-leden of door een stuk te schrijven in het vakblad voor oedeemtherapeuten. Zorg er verder voor dat de NVFL-leden de leidraad ontvangen.

9. Zorg ervoor dat de site (www.kankerwiehelpt.nl) nog makkelijker hanteerbaar wordt. Zet bijvoorbeeld duidelijker een link op de homepage om naar fysiotherapeuten te zoeken. Ook is het makkelijker als men op plaats en/of postcode zou kunnen zoeken naar een oncologiefysiotherapeut. En zorg ervoor dat mensen behalve naar een fysiotherapeut ook naar oncologie fysiotherapeuten of naar fysiotherapeuten gespecialiseerd in kankerpatiënten kunnen zoeken.

10. Roep de gespecialiseerde fysiotherapeuten op om zich in te schrijven op www.kankerwiehelpt.nl en zorg dat ze vervolgens ook vindbaar zijn op deze site.

5. Discussie

In dit hoofdstuk volgt een kritische terugblik op de uitvoering van dit project middels een sterkte en zwakte analyse. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een eindconclusie.

5.1. Sterkte analyse

Het feit dat er voorafgaand aan het onderzoek een goed implementatiemodel is gevonden heeft ons bij dit project erg geholpen, daar er gelijk structuur in het project kwam. Vanaf het moment dat dit model werd gevonden wisten we waar we naartoe wilden met dit project en welke stappen we daarvoor moesten ondernemen.

Verder heeft het positief uitgekomen dat er tijdens de vergaderingen van de werkgroep ‘oncologie & fysiotherapie’ van het IKNL (locatie Maastricht) presentaties zijn gehouden om de werkgroepleden op de hoogte te stellen van de vorderingen van ons project. Mede dankzij een van deze vergaderingen hebben we het geluk gehad dat er door zoveel werkgroepleden de enquête is ingevuld, daar de enquête meteen tijdens de vergadering is ingevuld door de aanwezige. Door de presentaties hebben we de werkgroepleden uitleg geven over het project waardoor verschillende werkgroepleden bereid waren om ook deel te nemen aan de interviews.

Tijdens de interviews met de werkgroepleden hebben we een gemêleerde groep geïnterviewd. Dit heeft geleid tot het bereiken van een saturatiepunt. Dit kan gezien worden als een sterk punt betreffende de interviews.

Een ander sterk punt van de interviews is dat bij de interviews met de verwijzers verschillende specialisaties zijn geïnterviewd, zodat er een goed beeld verkregen is van al deze specialisaties met betrekking tot het project.

Nadat de interviews waren uitgewerkt, zijn de uitwerkingen met de conclusie gestuurd naar de desbetreffende personen. Hen is gevraagd deze stukken door te lezen en eventueel te voorzien van feedback. Deze feedback is alsnog verwerkt.

Nadat de concept versie verstuurd was naar Suzanne Verboort, opdrachtgever vanuit het IKNL (locatie Maastricht), was de reactie positief.

5.2. Zwakte analyse

Allereerst zijn we dit project begonnen met een literatuurstudie. Echter had deze literatuurstudie uitgebreider gekund om een beter en completer beeld te krijgen over de verschillende implementatiestrategieën en de bevorderende en belemmerende factoren.

Verder is een zwak punt van dit afstudeerproject dat de interviews met de NVFL-leden maar met één NVFL-lid is uitgevoerd. Dit kan een vertekend beeld geven over de rest van de NVFL-leden.

Een ander zwak punt is dat tijdens de enquête van de werkgroepleden, met name in het tweede deel van de enquête, een aantal missende waarden zijn. Dit betreft degene die de papieren versie hebben ingevuld. Het kan dus zijn dat de werkgroepleden deze vragen over het hoofd hebben gezien of niet hebben begrepen.

5.3. Literatuurbevindingen

Tijdens het beëindigen van het project is het evidence based statement borstkanker uitgekomen en geïntroduceerd in de Fysiopraxis van mei 2011. ‘Het statement biedt een overzicht van de huidige medische behandelmogelijkheden met daaraan gekoppeld de voor de fysiotherapie behandelbare grootheden, de comorbiditeit en de van invloed zijnde persoonlijke factoren. Tevens worden meetinstrumenten beschreven die voor de fysiotherapie van belang zijn bij het vastleggen van relevante gegevens bij de beginsituatie, de evaluatie van het beloop en het eindresultaat, en eventueel voor wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens volgt de bewijslast voor de gevonden interventies en worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot de fysiotherapeutische praktijk’. ¹¹

Gezien de tijd, is het niet mogelijk het evidence based statement borstkanker mee te nemen binnen dit project. Met het evidence based statement borstkanker zal tijdens de implementatie rekening mee moeten worden gehouden.

6. Eindconclusie

Om het gebruik van de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten” verder te bevorderen wordt het IKNL (regio Maastricht) aanbevolen om de implementatie volgens het model van Grol voort te zetten. Stap twee, de analysefase, is middels dit project doorlopen. Nu is het zaak om, aan de hand van dit project, de stappen drie (ontwikkelen van implementatiestrategieën), vier (testen en uitvoeren van het implementatieplan) en vijf (evaluatie van de implementatie en het eventueel bijstellen van het plan) nog te doorlopen. Dit alles om uiteindelijk de (fysiotherapeutische) zorg voor mammacarcinoompatiënten te verbeteren. Dat is immers het doel van het IKNL en de afstudeergroep.

Literatuurlijst

¹ Online encyclopedie. Available: <http://www.encyclo.nl/begrip/leidraad>

² Over het IKNL, <http://www.ikcnet.nl/page.php?id=77>

³ KWF Kankerbestrijding. Kanker in Nederland, Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag. Oisterwijk: Drukkerij van de Boogaard; 2004.

⁴ Bekkering GE, Engers AJ, Wensing M, Hendriks HJM, van Tulder MW, Oostendorp RA & Bouter LM. Development of an implementation strategy for physiotherapy guidelines on low back pain. Australian Journal of Physiotherapy. 2003; 49: 208-214
Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grilli R, Harvey E, Oxman A & O'Brien MA. Changing provider behavior; an overview of systematic reviews of interventions. Medical care 2001; 39(8): Suppl 2:2-45.

⁵ Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shiorran L, Wensing M, Dijkstra R & Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technology Assessment. 2004; Vol 8: number 6.

⁶ Stevens JGA, Beurskens AJHM. Bevorderen van het gebruik van meetinstrumenten PSK en 6-MWT in de eerstelijns fysiotherapie in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk – Het ontwikkelen van een effectieve implementatiestrategie. Hogeschool Zuyd Heerlen. Maart 2008.

⁷ Integraal Kankercentrum Limburg. Mammacarcinoom en de gevolgen Leidraad voor fysiotherapeuten. November 2009. Maastricht.

⁸ Grol R, Wensing M. Implementatie – Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 3rd ed. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006.

⁹ Methode voor ontwikkeling, implementatie en bijstelling van KNGF richtlijnen
Ph.J. van der Wees, H.J.M. Hendriks, M. Heldoorn, J.W.H. Custers, R.A. de Bie
Amersfoort/ Maastricht, maart 2007 © KNGF

¹⁰ Masso Ilja, Smalling Adri. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie.
Amsterdam, Boom, 1998.
Hoofdstuk IIII Methodologische kwaliteit.
Paragraaf 4.4.4 Extreme validiteit, p. 75

¹¹ 'Evidence statement fysiotherapie bij borstkanker', Fysiopraxis, mei 2011, jaargang 20,
nummer 5, p. 30-31.

Bijlage 1



Geachte werkgroepleden,

Wij zijn drie vierdejaarsstudenten fysiotherapie aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen. In opdracht van het IKNL (locatie Maastricht) gaan wij met ons afstudeerproject de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – leidraad voor fysiotherapeuten” implementeren, om zo uiteindelijk de zorg voor patiënten met mammacarcinoom te verbeteren.

Om het implementeren van de leidraad te bevorderen is het van belang om te weten hoe u hier tegenover staat in uw praktijk of instelling en wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn bij het gebruiken van de leidraad.

Het doel van deze enquête is dan ook om de bevorderende en belemmerende factoren in kaart te brengen waarna we met een geselecteerde groep interviews kunnen afnemen, hierin kunnen we dan gerichte vragen stellen over implementatiemogelijkheden.

De enquête zal bestaan uit twee delen:

Het *eerste deel* bestaat uit een aantal vragen over de volgende items: persoonlijke gegevens, opleiding en werkveld, onderzoek, behandeling, FMH, de leidraad mammacarcinoom.

Het *tweede deel* bestaat uit een aantal uitspraken over u zelf in het gebruik van de leidraad. De vragen zijn onderverdeeld in de opeenvolgende fasen van gedragsverandering. In dit deel is het de bedoeling dat u steeds aangeeft in hoeverre u het met de uitspraken ‘eens’ of ‘oneens’ bent. Als u twijfelt, probeer dan toch te bepalen of uw mening meer richting ‘eens’ of ‘oneens’ gaat. Wanneer dit niet lukt, vult u in: ‘ik twijfel hierover’.

Het invullen van de enquête zal ongeveer 10-15 minuten van uw tijd in beslag nemen. De gegevens van deze enquête zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.

Mochten er vragen, onduidelijkheden of opmerkingen zijn dan kunt u contact opnemen met een van onderstaande email adressen.

Alvast bedankt voor het invullen van de enquête.

Met vriendelijke groet,

I.J.S. Tulmans	0705675tulmans@hszuyd.nl
R.J.E. Reinders	0705152reinders@hszuyd.nl
J.K.E. Konings	0704938konings@hszuyd.nl

Enquête: deel 1

Persoonlijke gegevens:

☐ Man ☐ Vrouw

Leeftijd: _____

Opleiding en werkveld:

In welk jaar bent u afgestudeerd als fysiotherapeut?

In welke setting bent u werkzaam:

- ☐ Eerste lijn
- ☐ Tweede lijn
- ☐ Derde lijn

Heeft u specialisaties gevolgd? (Ook buiten oncologie)

Hoeveel procent van uw patiëntengroep bestaat uit mammacarcinoom patiënten?

- ☐ 0- 5 patiënten
- ☐ 5-10 patiënten
- ☐ >10 patiënten

In welke fase komt u patiënten met mammacarcinoom het meeste tegen?

- ☐ Vroege diagnostiek
- ☐ Postoperatief
- ☐ Curatieve fase
- ☐ Palliatieve fase

Welke symptomen komt u het meeste tegen bij patiënten met mammacarcinoom?
(zet de symptomen in volgorde van meest voorkomend (1) naar minst voorkomend (7). Bij niet voorkomen van een symptoom geen cijfer invullen).

- ☐ Stoornissen aan bewegingsapparaat
- ☐ Stoornissen van het sensibele apparaat
- ☐ Pijnklachten
- ☐ Lymfeedeem
- ☐ Vermoeidheid en conditievermindering
- ☐ Luchtweg- en hartklachten
- ☐

Anders: _____

Onderzoek:

Welke onderzoeken voert u uit bij mammacarcinoom patiënten?

- ☐ Bewegingsonderzoek
- ☐ Pijnklachten
- ☐ Vermoeidheid
- ☐ Conditievermindering
- ☐ Ontstaan van lymfoedeem
- ☐ ADL beperkingen
- ☐ Psychosociale en emotionele problematiek
- ☐ Beperkte deelname aan sociale leven
- ☐ Onderhouden van normale relaties
- ☐

Anders: _____

Behandeling:

Op welke behandelbare grootheid behandelt u als fysiotherapeut het meeste bij patiënten met mammacarcinoom?

- ☐ Functieniveau
- ☐ Activiteitsniveau
- ☐ Participatieniveau

Van welke fysiotherapeutische interventies maakt u gebruik tijdens de behandeling bij mammacarcinoom patiënten?

- ☐ Voorlichting
- ☐ Oefentherapie
- ☐ Ademhalings- en ontspanningstherapie
- ☐ Manuele lymfedrainage
- ☐ Klassieke massage
- ☐ Compressie therapie; oedeemtechnieken
- ☐ Bandageren
- ☐ TENS
- ☐ Hydrotherapie
- ☐ Therapeutische Elastische Kous (TEK)
- ☐ Graded activity
- ☐ Fysiofitness
- ☐

Anders: _____

FMH:

Maakt u gebruik van vragenlijsten of meetinstrumenten tijdens het FMH?

☐ Nee

☐ Ja;

Anamnese: _____

Onderzoek: _____

Behandeling: _____

Evaluatie: _____

Leidraad mammacarcinoom:

Heeft u gehoord van de Leidraad “Mammacarcinoom en de gevolgen, leidraad voor fysiotherapeuten”?

☐ Ja ☐ Nee (Indien Nee, dan eindigt de enquête hier. Deel 2 hoeft ook niet ingevuld te worden)

Wordt deze leidraad gebruik in u praktijk/instelling?

☐ Ja ☐ Nee

Waarom wel/waarom niet?

Heeft u voldoende kennis over de leidraad om deze te gebruiken?

☐ Ja ☐ Nee

Wat zijn de nadelen van de leidraad?:

Wat zijn de voordelen van de leidraad?:

Enquête: Deel 2

Opmerking: Met ‘de leidraad’ wordt bedoeld: “mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten”.

	Ik ben het hier geheel mee oneens	Ik ben het hier mee oneens	Ik twijfel hierover	Ik ben het hier mee eens	Ik ben het hier geheel mee eens
<u>Fase: Oriëntatie</u>					
Ik ben geïnteresseerd in het gebruik van de leidraad	☐	☐	☐	☐	☐
Ik weet waar ik de leidraad kan vinden	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb de leidraad tot mijn beschikking	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Fase: Inzicht</u>					
Ik ben in staat om de leidraad te kunnen gebruiken bij mijn patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben in staat om de leidraad juist te interpreteren	☐	☐	☐	☐	☐
Het gebruik van de leidraad laat mij genoeg ruimte om zelf afwegingen te maken	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind dat het gebruik van de leidraad een bijdrage levert aan het stellen van de fysiotherapeutische diagnose	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind dat een leidraad een bijdrage levert aan de evaluatie van de behandeling	☐	☐	☐	☐	☐
Ik weet hoe ik de leidraad binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen kan toepassen	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Fase: Acceptatie</u>					
Ik vind dat het gebruik van de leidraad bijdraagt aan de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind dat het gebruik van de leidraad een onderdeel moet zijn van het fysiotherapeutisch methodisch handelen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind dat het werken met de leidraad mij niet te veel tijd kost	☐	☐	☐	☐	☐
Het gebruik van de leidraad laat mij voldoende ruimte om de wensen van de patiënt mee te laten wegen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik sta positief tegenover het gebruik van de leidraad	☐	☐	☐	☐	☐
Ik wil graag (meer) gebruik gaan maken van de leidraad in mijn praktijk	☐	☐	☐	☐	☐

Ik ben het hier Ik ben het Ik twijfel Ik ben het Ik ben het

	geheel mee oneens	hier mee oneens	hierover	hier mee eens	hier geheel mee eens
<u>Fase: Verandering</u>					
Ik gebruik de leidraad in de dagelijkse praktijk	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb ervaren dat het gebruik van de leidraad een meerwaarde heeft	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Fase: Behoud van verandering</u>					
Het gebruik van de leidraad is een vast onderdeel van mijn fysiotherapeutisch methodisch handelen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb routine in het gebruik van de leidraad	☐	☐	☐	☐	☐
Het gebruik van de leidraad is opgenomen in het beleid van onze praktijk/instelling	☐	☐	☐	☐	☐

Als we de resultaten van deze enquête binnen hebben willen we de gegevens aanvullen middels een interview. Het interview zal ongeveer een half uur gaan duren en zal plaatsvinden op een tijdstip dat in onderling overleg wordt besproken. De gegevens van het interview zullen, net als de enquête, anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.

Bent u bereid om deel te nemen aan dit interview:

- ☐ Ja, ik ben bereid om deel te nemen aan het interview.
- ☐ Nee, ik neem liever niet deel aan het interview.

Indien u bereid bent om deel te nemen aan het interview zullen we persoonlijk contact met u opnemen. Daarvoor hebben we de volgende gegevens van u nodig:

Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Email adres: _____

Hartelijk dank voor het invullen van deze enquête!!

Bijlage 2



Geachte NVFL-leden,

Wij zijn drie vierdejaarsstudenten fysiotherapie van de Hogeschool Zuyd te Heerlen. In opdracht van het IKNL (locatie Maastricht) gaan wij met ons afstudeerproject de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – leidraad voor fysiotherapeuten” implementeren, om zo uiteindelijk de zorg voor patiënten met mammacarcinoom te verbeteren.

Om het implementeren van de leidraad te bevorderen is het van belang om te weten wat uw mening is over de leidraad en wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn bij het gebruiken van de leidraad in uw praktijk of instelling. Een aantal vragen zijn uitgewerkt in een enquête (zie bijlage). Wilt U deze enquête invullen? Het invullen van de enquête zal ongeveer 10-15 minuten van uw tijd in beslag nemen. Wilt u de antwoorden **vóór 5 januari 2011** terugsturen. De gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.

De enquête bestaat uit twee delen:

Het *eerste deel* gaat over de volgende items: persoonlijke gegevens, opleiding en werkveld, , fysiotherapeutisch methodisch handelen (FMH; incl. onderzoek en behandeling) en de leidraad mammacarcinoom.

Het *tweede deel* bestaat uit een aantal uitspraken over het gebruik van leidraden in het algemeen. De vragen zijn onderverdeeld in de opeenvolgende fasen van gedragsverandering. In dit deel is het de bedoeling dat u steeds aangeeft in hoeverre u het met de uitspraken ‘eens’ of ‘oneens’ bent. Als u twijfelt, probeer dan toch te bepalen of uw mening meer richting ‘eens’ of ‘oneens’ gaat. Wanneer dit niet lukt, vult u in: ‘ik twijfel hierover’.

Het doel van deze enquête is het in kaart brengen van de bevorderende en belemmerende factoren. Op basis van de antwoorden zullen wij vervolgens bij een geselecteerde groep gerichte vragen stellen over implementatiemogelijkheden. Ook hiervoor vragen wij of u bereid bent hieraan mee te werken. U kunt dit aangeven in de enquête.

Mochten er vragen, onduidelijkheden of opmerkingen zijn dan kunt u contact opnemen met een van ons (zie email adressen.)

Bij voorbaat dank voor uw medewerking groet,

I.J.S. Tulmans	0705675tulmans@hszuyd.nl
R.J.E. Reinders	0705152reinders@hszuyd.nl
J.K.E. Konings	0704938konings@hszuyd.nl

Enquête: deel 1

Persoonlijke gegevens:

- ☐ Man ☐ Vrouw

Leeftijd: _____

Opleiding en werkveld:

In welk jaar bent u afgestudeerd als fysiotherapeut?

In welke setting bent u werkzaam:

- ☐ Eerste lijn
☐ Tweede lijn
☐ Derde lijn

Heeft u specialisaties gevolgd? Zo ja, welke?

Hoeveel patiënten van uw patiëntengroep bestaat uit mammacarcinoom patiënten?

- ☐ 0- 5 patiënten
☐ 5-10 patiënten
☐ >10 patiënten

In welke fase komt u patiënten met mammacarcinoom het meeste tegen?

- ☐ Vroege diagnostiek
☐ Postoperatief
☐ Curatieve fase
☐ Palliatieve fase

Welke symptomen komt u het meeste tegen bij patiënten met mammacarcinoom?

(zet de symptomen in volgorde van meest voorkomend (1) naar minst voorkomend (7). Bij niet voorkomen van een symptoom geen cijfer invullen).

- ☐ Stoornissen aan bewegingsapparaat
☐ Stoornissen van het sensibele apparaat
☐ Pijnklachten
☐ Lymfeedeem
☐ Vermoeidheid en conditievermindering
☐ Luchtweg- en hartklachten
☐ Anders: _____

Onderzoek:

Welke onderzoeken voert u uit bij mammacarcinoom patiënten?

- ☐ Bewegingsonderzoek
☐ Pijnklachten
☐ Vermoeidheid
☐ Conditievermindering
☐ Ontstaan van lymfeedeem

- ☐ ADL beperkingen
- ☐ Psychosociale en emotionele problematiek
- ☐ Beperkte deelname aan sociale leven
- ☐ Onderhouden van normale relaties
- ☐

Anders: _____

Behandeling:

Op welke behandelbare grootte behandelt u als fysiotherapeut het meeste bij patiënten met mammacarcinoom?

- ☐ Functieniveau
- ☐ Activiteitsniveau
- ☐ Participatieniveau

Van welke fysiotherapeutische interventies maakt u gebruik tijdens de behandeling bij mammacarcinoom patiënten?

- ☐ Voorlichting
- ☐ Oefentherapie
- ☐ Ademhalings- en ontspanningstherapie
- ☐ Manuele lymfedrainage
- ☐ Klassieke massage
- ☐ Compressie therapie; oedeemtechnieken
- ☐ Bandageren
- ☐ TENS
- ☐ Hydrotherapie
- ☐ Therapeutische Elastische Kous (TEK)
- ☐ Graded activity
- ☐ Fysiofitness
- ☐

Anders: _____

FMH: (Fysiotherapeutisch Methodisch Handelen)

Maakt u gebruik van vragenlijsten of meetinstrumenten tijdens het FMH?

- ☐ Nee
- ☐ Ja;

Anamnese: _____

Onderzoek: _____

Behandeling: _____

Evaluatie: _____

Leidraad mammacarcinoom:

Heeft u gehoord van de Leidraad “Mammacarcinoom en de gevolgen, leidraad voor fysiotherapeuten”?

☐ Ja ☐ Nee (Indien nee, ga verder met deel 2 van de enquête)

Wordt deze leidraad gebruik in u praktijk/instelling?

☐ Ja ☐ Nee

Waarom wel/waarom niet?

Heeft u voldoende kennis over de leidraad om deze te gebruiken?

☐ Ja ☐ Nee

Wat zijn de nadelen van de leidraad?:

Wat zijn de voordelen van de leidraad?:

Enquête: Deel 2

Dit deel gaat over leidraden in het algemeen. Wij willen weten hoe u denkt over leidraden.

	Ik ben het hier geheel mee oneens	Ik ben het hier mee oneens	Ik twijfel hierover	Ik ben het hier mee eens	Ik ben het hier geheel mee eens
<u>Fase: Oriëntatie</u>					
Ik ben geïnteresseerd in het gebruik van leidraden	☐	☐	☐	☐	☐
Ik weet waar ik leidraden kan vinden	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb leidraden tot mijn beschikking	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Fase: Inzicht</u>					
Ik ben in staat om leidraden te kunnen gebruiken bij mijn patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben in staat om leidraden juist te interpreteren	☐	☐	☐	☐	☐
Het gebruik van leidraden laat mij genoeg ruimte om zelf afwegingen te maken	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind dat het gebruik van leidraden een bijdrage levert aan het stellen van de fysiotherapeutische diagnose	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind dat leidraden een bijdrage leveren aan de evaluatie van de behandeling	☐	☐	☐	☐	☐
Ik weet hoe ik leidraden binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen kan toepassen	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Fase: Acceptatie</u>					
Ik vind dat het gebruik van leidraden bijdraagt aan de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind dat het gebruik van leidraden een onderdeel moet zijn van het fysiotherapeutisch methodisch handelen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind dat het werken met leidraden mij niet te veel tijd kost	☐	☐	☐	☐	☐
Het gebruik van leidraden laat mij voldoende ruimte om de wensen van de patiënt mee te laten wegen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik sta positief tegenover het gebruik van leidraden	☐	☐	☐	☐	☐
Ik wil graag (meer) gebruik gaan maken van leidraden in mijn praktijk	☐	☐	☐	☐	☐

	Ik ben het hier geheel mee oneens	Ik ben het hier mee oneens	Ik twijfel hierover	Ik ben het hier mee eens	Ik ben het hier geheel mee eens
Fase: Verandering					
Ik gebruik leidraden in de dagelijkse praktijk	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb ervaren dat het gebruik van leidraden een meerwaarde heeft	☐	☐	☐	☐	☐
Fase: Behoud van verandering					
Het gebruik van leidraden is een vast onderdeel van mijn fysiotherapeutisch methodisch handelen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb routine in het gebruik van leidraden	☐	☐	☐	☐	☐
Het gebruik van leidraden is opgenomen in het beleid van onze praktijk/instelling	☐	☐	☐	☐	☐

Als we de resultaten van deze enquête binnen hebben willen we de gegevens aanvullen middels een interview. Het interview zal ongeveer een half uur gaan duren en zal plaatsvinden op een tijdstip dat in onderling overleg wordt besproken. De gegevens van het interview zullen, net als de enquête, anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.

Bent u bereid om deel te nemen aan dit interview:

- ☐ Ja, ik ben bereid om deel te nemen aan het interview.
- ☐ Nee, ik neem liever niet deel aan het interview.

Indien u bereid bent om deel te nemen aan het interview zullen we persoonlijk contact met u opnemen. Daarvoor hebben we de volgende gegevens van u nodig:

Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Email adres: _____

Hartelijk dank voor het invullen van deze enquête!!

Bijlage 3



Geachte heer/mevrouw,

Wij zijn drie vierdejaarsstudenten fysiotherapie van de Hogeschool Zuyd te Heerlen. In opdracht van het IKNL (locatie Maastricht) gaan wij met ons afstudeerproject de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen – leidraad voor fysiotherapeuten” implementeren, om zo uiteindelijk de zorg voor patiënten met mammacarcinoom te verbeteren. Hiervoor wordt allereerst onderzocht welke belemmerende en bevorderende factoren er zijn bij het implementeren van de leidraad.

Ook U, als hulpverlener / verwijzer, vragen wij uw medewerking te verlenen aan dit project. Aangezien de patiëntengroep over het algemeen, na verwijzing, bij de fysiotherapeut terechtkomt hebben we een aantal vragen die wij aan u, als verwijzer willen stellen. Het beantwoorden van deze vragen zal 10-15 minuten van uw tijd in beslag nemen. Graag willen we door de antwoorden inzicht krijgen in hoeverre verwijzers, indien zij bekend zijn met oncologie- fysiotherapeuten, patiënten doorverwijzen. Tevens willen wij weten of u deze leidraad kent. Uw antwoorden zullen anoniem verwerkt worden.

Is het mogelijk de vragen te beantwoorden en liefst voor 24 december op te sturen?

Mochten er vragen, onduidelijkheden of opmerkingen zijn kunt u contact opnemen met ons (zie e-mail adressen).

Bij voorbaat dank voor uw medewerking..

Groet,

I.J.S. Tulmans	0705675tulmans@hszuyd.nl
R.J.E. Reinders	0705152reinders@hszuyd.nl
J.K.E. Konings	0704938konings@hszuyd.nl

Persoonlijke gegevens:

1) ☐ Man ☐ Vrouw

2) Leeftijd: _____

Opleiding en werkveld:

3) Welke opleiding(en) heeft u gedaan?

4) In welk jaar bent u afgestudeerd?

5) Heeft u specialisaties gevolgd? Zo ja; welke?

Oncologie fysiotherapeut:

6) Weet u wat de specialisatie oncologie fysiotherapeut inhoudt en wat deze voor mammacarcinoom patiënten kunnen betekenen?

☐ Nee ☐ Ja, namelijk:

7) Denkt u dat deze specialisatie een meerwaarde kan hebben voor de behandeling van mammacarcinoom patiënten?

☐ Nee ☐ Ja

8) Is bij u bekend welke oncologie fysiotherapeuten er in uw omgeving zijn?

☐ Nee ☐ Ja

9) Hoe vaak stuurt u een patiënt door naar een (oncologie) fysiotherapeut?

☐ 1 – 3 keer per maand

☐ 3 – 5 keer per maand

☐ > 5 keer per maand

10) Met welk symptomen stuurt u een patiënt door naar een (oncologie) fysiotherapeut?

- ☐ Stoornissen aan bewegingsapparaat
- ☐ Stoornissen van het sensibele apparaat
- ☐ Pijnklachten
- ☐ Lymfeedeem
- ☐ Vermoeidheid en conditievermindering
- ☐ Luchtweg- en hartklachten
- ☐

Anders: _____

11) Heeft u de leidraad “mammacarcinoom en de gevolgen, een leidraad voor fysiotherapeuten” ontvangen?

- ☐ Nee, ga verder naar vraag 12 ☐ Ja

Indien ja, hoe heeft u de leidraad ontvangen?

Indien ja, wordt de leidraad bij u in de praktijk gebruikt? Waarom wel of waarom niet?

- ☐ Nee ☐ Ja

Indien ja, wat zijn volgens u de voordelen van deze leidraad?

Indien ja, wat zijn volgens u de nadelen van deze leidraad?

12) Als we de resultaten van deze enquête binnen hebben willen we de gegevens aanvullen middels een interview. Het interview zal ongeveer een half uur gaan duren en zal plaatsvinden op een tijdstip dat in onderling overleg wordt besproken. De gegevens van het interview zullen, net als de enquête, anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.

Bent u bereid om deel te nemen aan dit interview:

- ☐ Ja, ik ben bereid om deel te nemen aan het interview.
- ☐ Nee, ik neem liever niet deel aan het interview.

Indien u bereid bent om deel te nemen aan het interview zullen we persoonlijk contact met u opnemen. Daarvoor hebben we de volgende gegevens van u nodig:

Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Email adres: _____

**Medisch Ethische Toetsingscommissie
METC – Atrium – Orbis – Zuyd**

Postbus 4446 6401 CX Heerlen tel. +31 045 576 7194
fax +31 045 576 7307 e-mail: metc@atriummc.nl
www.atriummc.nl/metc

Hogeschool Zuyd
Faculteit Gezondheid & Techniek
Opleiding Fysiotherapie
Mevrouw dr. Y. Nelissen
Postbus 550
6400 AN Heerlen

Datum : 11 april 2011
Betreft : niet-WMO onderzoek
METC nummer : 11-N-04
Hoofd onderzoeker : Dr. Y. Nelissen
Opdrachtgever : IKL

te Heerlen
te Maastricht

Op uw verzoek van 4 januari 2011 heeft de Medisch Ethisch Toetsingscommissie in het overleg van voorzitter en secretaris d.d. 10 januari jl. kennis genomen van bovengenoemd onderzoeksprotocol.

De Commissie heeft de volgende op 6 januari 2010 ontvangen documenten beoordeeld:
- Onderzoeksvoorstel met titel: *De implementatie van de leidraad mammacarcinoom en de gevolgen – een leidraad voor fysiotherapeuten*, d.d. mei 2011

Inzake bovengenoemde studie delen wij u mede dat de Commissie van mening is dat de studie niet WMO-plichtig is, aangezien er geen sprake is van het onderwerpen van personen aan handelingen of het opleggen aan personen van een bepaalde gedragswijze.

Mits u de code Goed Gedrag alsmede de WBP in acht neemt hebben wij geen bezwaar tegen uitvoeren van het onderzoek. De Commissie wordt graag op de hoogte gesteld van de start- en einddatum van de uitvoering van het onderzoek en van de onderzoeksresultaten.

Verder wil de Commissie u erop attenderen dat het onderzoek bij het Nederlands Trial Register (NTR, www.nederlandstrialregister.nl) aangemeld dient te worden. Zonder aanmelding kunt u bij bepaalde journals niet publiceren. Aanmelding dient te gebeuren VOOR de start met het onderzoek.

Met vriendelijke groet,
Namens de Medisch Ethische Toetsingscommissie Atrium-Orbis-Zuyd,



mw. mr. H. van den Besselaar,
secretaris

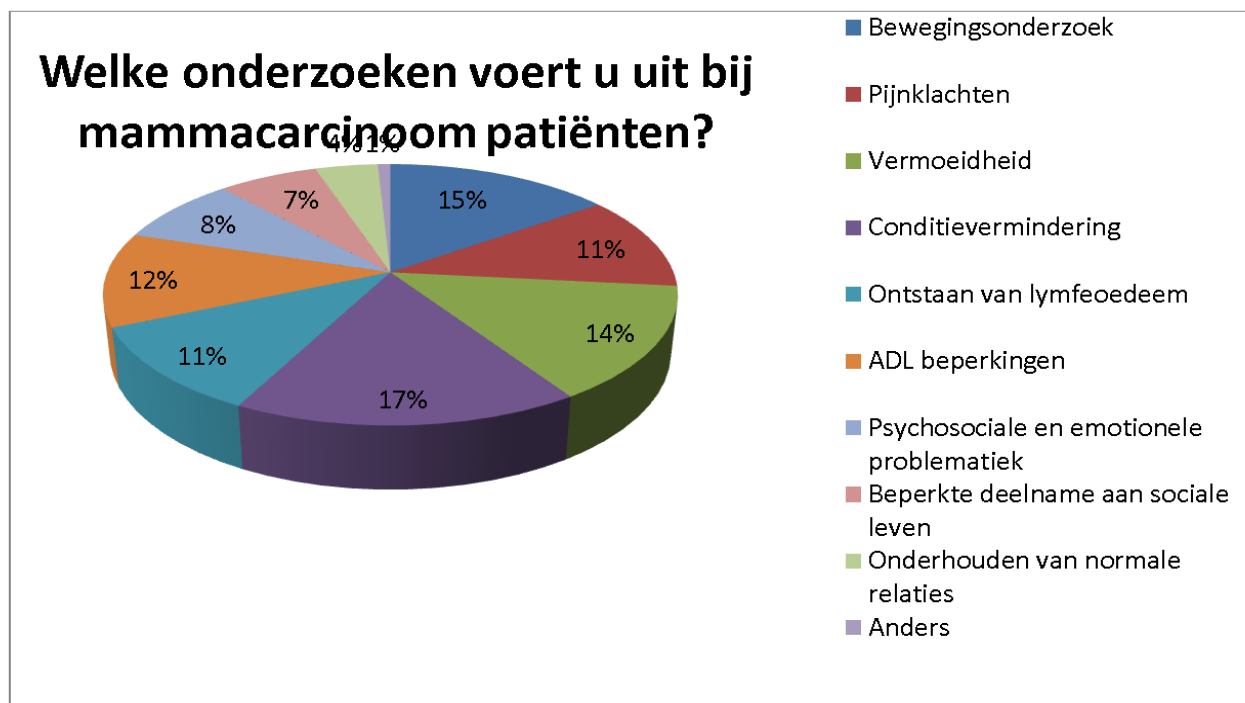
De Medisch Ethische Toetsingscommissie van Atrium Medisch Centrum, Orbis Medisch en Zorgconcern en Hogeschool Zuyd, toetst -in het kader van de WMO- medisch-wetenschappelijk onderzoek, waaronder klinisch wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn, care- en revalidatiesector, conform ICH-Good Clinical Practice (ICH-GCP), de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) en de Richtlijn Externe Toetsing (RET). De METC Atrium-Orbis-Zuyd is erkend door de CCMO.

document: {11N04.akkoord.NietWMO.11apr11}

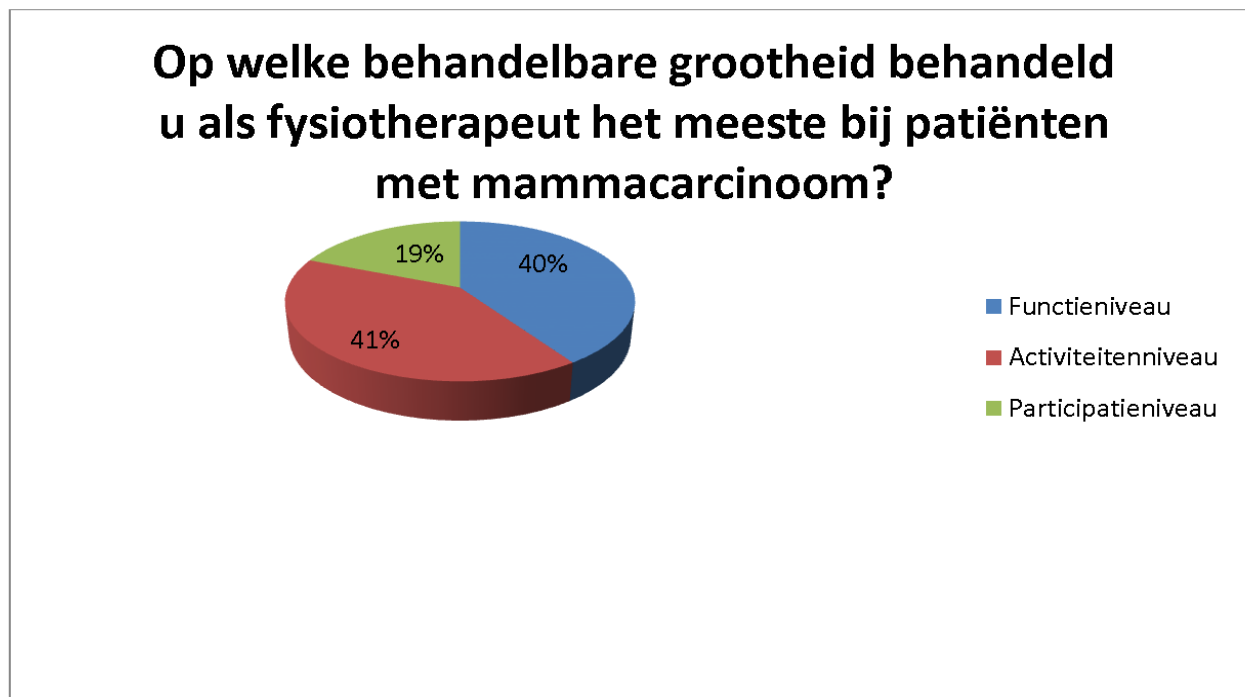
pag. 1

Bijlage 5

Tabellen van resultaten enquête werkgroepleden:

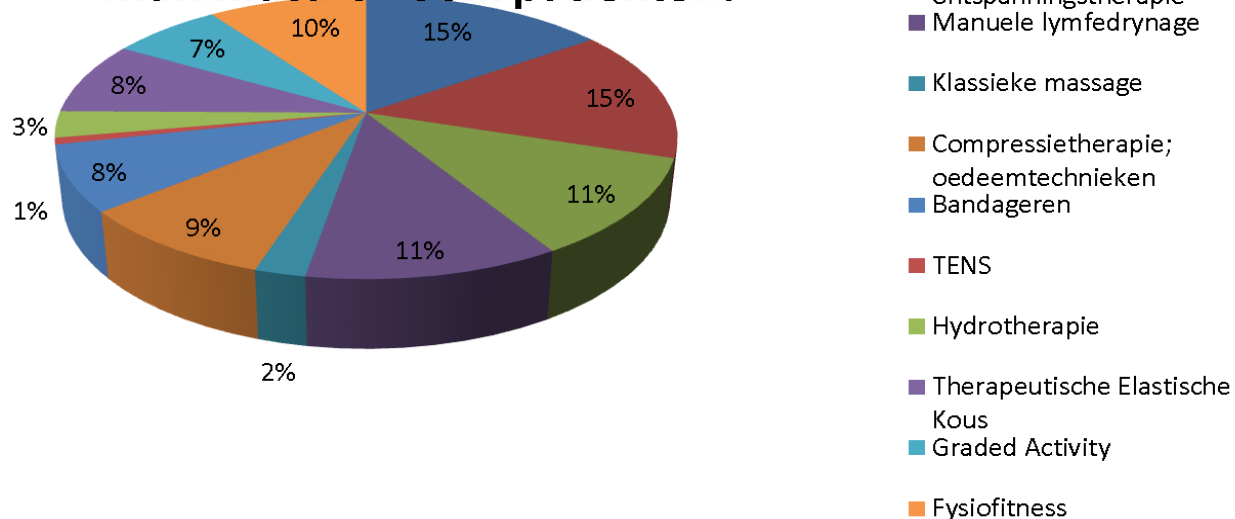


Tabel 1: Welke onderzoeken voert u uit bij mammacarcinoom patiënten?

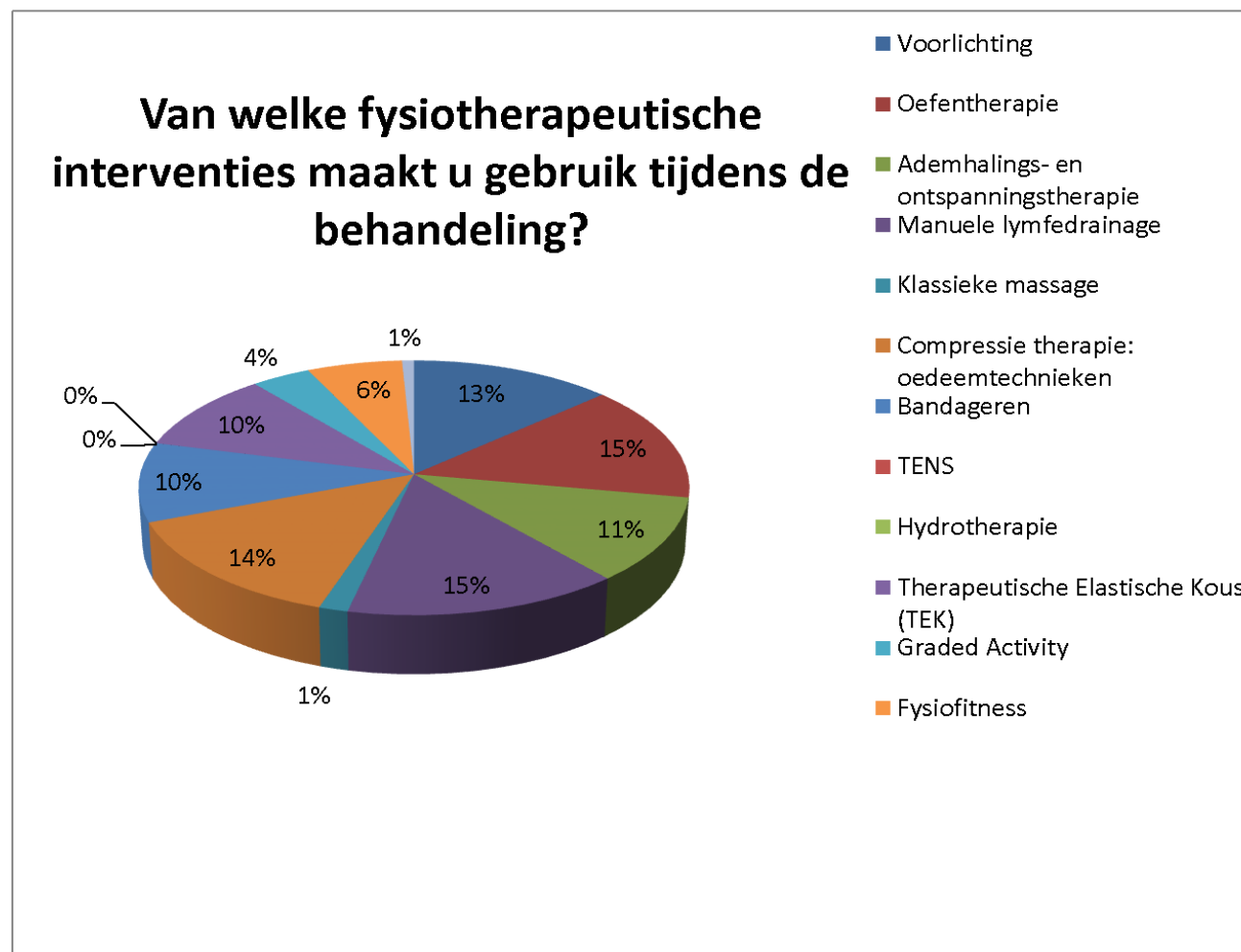


Tabel 2: Op welke behandelbare grootte behandeld u als fysiotherapeut het meeste bij patiënten met mammacarcinoom?

Van welke fysiotherapeutische interventies maakt u gebruik tijdens de behandeling bij mammacarcinoom patiënten?



Tabel 3: van welke fysiotherapeutische interventies maakt u gebruik tijdens de behandeling bij mammacarcinoom patiënten?



Tabel 4: van welke fysiotherapeutische interventies maakt u gebruik tijdens de behandeling?