

Osteoarthritis: a rehabilitative approach in general practice

Citation for published version (APA):

Heuts, P. H. T. G. (2006). *Osteoarthritis: a rehabilitative approach in general practice*. Drukkerij SchrijenLippertzHuntjens.

Document status and date:

Published: 01/01/2006

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

SUMMARY

CHAPTER 1 - INTRODUCTION

This doctoral thesis is entitled: *Osteoarthritis, a rehabilitative approach in general practice.*

The following questions were addressed in the general introduction:

1. What are the main characteristics of osteoarthritis and its consequences?
2. What are specific issues in general care for osteoarthritis patients?
3. Why do we refer to the current approach as a rehabilitative approach?
4. What is the use and usefulness of self-management in osteoarthritis patients?
5. What is meant with “a stepped care approach” and why is it considered to be helpful in the care for osteoarthritis patients?

Osteoarthritis (OA) is a clinical syndrome characterised by joint pain and stiffness, usually described in pathological terms as a condition of cartilage degeneration, subchondral bone stiffening, and active new bone formation. In the patient, OA is mainly perceived as joint pain, (morning) stiffness and loss of function.

The goals of contemporary management of the patient with OA consist of control of pain and improvement in function and health-related quality of life, with avoidance, if possible, of adverse effects of therapy.

Care for people with OA fits nicely in general practice. However, several challenges concerning managing OA in a general care setting still are to be met. What comprehensive treatment modalities are available that really meet the questions and problems of OA patients and are evidence based and tested for application in general care? For this purpose a rehabilitative approach and self-management is explored and researched. The current thesis adopts a biopsychosocial approach.

OA is considered to be an incurable chronic disorder. Since no successful treatments for OA exist that resolve all signs and symptoms of the disease, the person with this condition has to manage both the consequences of pain and stiffness and the consequences of treatment procedures (e.g. medications, exercises, operations, changes in lifestyle, etcetera). A number of OA symptoms as well as several of the prescribed treatments influence daily activities like work, family life and leisure time, which may hamper quality of life considerably. Therefore, people with OA are not only -as is the case in many other chronic conditions- confronted with changed bodily functions but

frequently also need to change activity-patterns. This may require a rehabilitative approach.

Management of OA is partly pharmacological and surgical, but also educational and non-pharmacological (for example in applying exercise programs, assistive devices, bracing, joint protection and energy conservation). A recent guideline emphasizes that improved communication and education are important factors in decreasing pain and improving function in patients with OA. A rehabilitative approach can be helpful in integrating the various treatment modalities in the care of OA patients. A way to achieve this may be a self-management programme as part of a rehabilitative approach.

For arthritic conditions the prototype of a self-management program has been developed, introduced and widely tested by Lorig and co-workers. Self-management starts with the idea of partnership between patients and health professionals. The beliefs and problems of people with chronic conditions are central. Health professionals are asked what knowledge patients must have and what behaviours they must change to manage their condition. These points of view are then combined into the content of a self-management program. Self-management programs are built on self-efficacy theory. They are designed to enhance patients' confidence to manage their lives while living with chronic disease. Lorig summarizes: *"In simple terms, this theory states that if people think they can do something, they probably can."*

Stepped care is a framework for organizing services based on the intensity of patients' needs. It has been described as a useful strategy for organizing general care services for health problems such as hypertension, hypercholesterolemia, nicotine dependence, depression, alcohol dependence, behaviorally based problems and low back pain. In general, a stepped approach initially provides the least intensive, and often least expensive, intervention as a first step in improving outcomes. If patients do not experience a favorable result, services are intensified -sometimes called "stepped-up"- to the next level of intervention that typically is more complex and probably more expensive. The obvious benefit of a stepped-care approach is that services are better matched to patients' needs, and excessive, expensive or unnecessary services are minimized resulting in greater efficiency and cost savings.

The specific research questions formulated for this study were threefold:

1. What are the effects of self-management on pain, functional limitations, self-reported activities, quality-of-life and self-efficacy in middle-aged OA patients?
2. Which individual patient-characteristics determine the effectiveness of teaching self-management in middle-aged OA patients in a general health care setting?
3. What are the effects of self-management on health-behavior, health-care consumption, and indirect costs related to OA in the middle-aged group of OA patients?

CHAPTER 2 - SELF-MANAGEMENT: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL IN GENERAL PRACTICE

The objective of this study was to assess the efficacy of a self-management programme in middle-aged patients with osteoarthritis in a primary health care setting. The study design was a two-group randomized controlled trial. The experimental intervention was compared with care-as-usual. Duration of follow-up was 21 months after start of the intervention. Recruitment of participants, treatments and follow-up measurement all were performed in a general health care setting and was done by GPs and via advertisements. Self-management was instructed by physiotherapists. In the study participated two-hundred-and-seventy-three patients (age between 40 and 60 years) with osteoarthritis in hip(s) and/or knee(s). Main outcome measures were pain severity in hip(s) and/or knee(s), main other complaints and self-reported functional limitations.

After written informed consent the 297 patients were randomized: 149 self-management and 148 controls. Before start of the intervention 24 participants withdrew for practical reasons (17 in self-management and 7 in control group). At 3 months follow-up the intervention group significantly improved on VAS pain knee (0.67; SD 2.10) and WOMAC (2.46; SD 9.49), while the control group showed stable VAS knee pain (0.01; SD 2.00) and deterioration on WOMAC (-0.53; SD 9.47). At 21 months follow-up the differences between the intervention and control group increased in favour of the intervention group (VAS pain knee: p-values from 0.023 at 3 months to 0.004 at 21 months; WOMAC p-values from 0.030 to 0.022).

Conclusions

The self-management programme positively influenced knee pain and self-reported functional level in this sample of osteoarthritis patients. Interestingly, the differences between the groups increased during follow-up in favour of the intervention group.

CHAPTER 3 - IS A SELF-MANAGEMENT PROGRAM IN GENERAL PRACTICE COST-EFFECTIVE IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS?

The objective of this study was to assess in a primary health care setting the cost-effectiveness of a self-management program in middle-aged patients with osteoarthritis (OA). The study design was a two-group randomized controlled trial. The experimental intervention was compared with care-as-usual. Duration of follow-up was 21 months after start of the intervention. Recruitment of participants, treatments and follow-up measurement all were performed in a general health care setting and was done by general practitioners and via advertisements. In the study participated two-hundred-and-seventy-three patients (age between 40 and 60 years) with osteoarthritis in hip(s) and/or knee(s). Main outcome measures were pain severity in hip(s) and/or knee(s), self-reported functional limitations (WOMAC), health-related quality of life (SF36 and EQ5D), cost diaries to measure direct health care and non-health care costs as well as indirect costs related to OA.

After written informed consent the 297 patients were randomized: 149 self-management and 148 controls. Before start of the intervention 24 participants withdrew for practical reasons (17 in self-management and 7 in control group). At 21 months follow-up the differences between the intervention and control group were in favour of the intervention group. Mean changes on all outcome measures were better in the self-management group, and statistically significant for VAS pain knee and WOMAC. Costs were not statistically different between the two groups.

Conclusions

The self-management programme positively influenced knee pain and self-reported functional level in this sample of osteoarthritis patients. The investment of about 200 Euros (far less than 300 US dollars) per person was the price for improvement in pain and performance in this sample of osteoarthritis patients between 40 and 60 years.

CHAPTER 4 - READINESS TO CHANGE

Objective of the study was to develop a self-report measure for assessment of the Stage of Change in patients with osteoarthritis, in order to identify those patients who will benefit from participating in a self-management programme. For this purpose a questionnaire was developed according to the “stages-of-change”-model, firstly presented by Prochaska and DiClemente. This questionnaire consists of three groups of items corresponding with respectively the precontemplation stage (Pre), the contemplation (Cont) and the action (Act) stage. Internal consistency and factor structure of this questionnaire were investigated by assessing Cronbach's alphas and by performing factor analysis.

Subjects, setting and results

The questionnaire was offered to 273 patients, who entered a randomized clinical trial on self-management in a general health care setting. Factor analysis revealed that most items were corresponding to the a priori described groups, while some items were not loading on the presumed factor. In each subgroup some items were deleted, resulting in a 15-item questionnaire. After this item reduction Cronbach's alpha's were .72 (Pre), .76 (Cont) and .79 (Act) and all factor loadings were satisfactory (above .35). Classification revealed some differences between parts of the total group, for example in the proportion of patients in the preparation stage (recruited by general practitioner= 33.6 %; advertisement= 49.2%).

Conclusions

The Stages of Change Questionnaire in Osteoarthritis, a 15-item-questionnaire to assess “readiness-to-change” of a patient with osteoarthritis, showed good internal consistency and adequate factor structure. These findings warrant further studies on validity and applicability in a clinical context. We do not recommend the questionnaire for clinical use until results of these studies are available.

CHAPTER 5 PAIN-RELATED FEAR AND DAILY FUNCTIONING IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

The purpose of the present paper was twofold: (1) to investigate the factor structure of the TSK in a sample of OA patients by means of confirmatory factor analysis (CFA); and (2) to investigate the role of pain-related fear in OA compared to other factors, such as radiological findings and level of pain intensity.

There is growing evidence supporting the relationship between pain-related fear and functional disability in chronic musculoskeletal pain conditions. In osteoarthritis (OA) patients the role of pain-related fear and avoidance has received little research attention so far. The present study investigates the degree to which pain-related fear, measured with the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK), influences daily functioning in OA patients. The results show that TSK consists of two factors, called “activity avoidance” and “somatic focus”, which is in line with other studies in low back pain and fibromyalgia. Furthermore, pain-related fear occurred to a considerable extent in this sample of osteoarthritis patients and was negatively associated with daily functioning. Level of pain and level of pain-related fear were significantly associated with functional limitations. Radiological findings were not significant predictors and when compared to pain-related fear they were not significant.

Conclusions:

These findings underscore the importance of pain-related fear in daily functioning of OA patients. Therefore, treatment strategies aiming at reduction of pain-related fear in OA patients need to be developed and investigated.

CHAPTER 6 GENERAL DISCUSSION

The general aim of the current thesis was to add to the diagnostic and therapeutic arsenal in general practice for patients with osteoarthritis. In the general discussion the following questions was addressed:

1. What are implications of the studies presented in this thesis for daily, clinical practice?
2. What are opportunities in implementing self-management programmes, for example with regard to organizational aspects?
3. What are implications of the studies for future research?

Clinical implications

The most remarkable result of the current studies is the finding that outcome in a group osteoarthritis patients is better on long term than on short term follow up with a self-management programme than with care-as-usual. On all primary outcome parameters (pain and physical functioning) results were better in the self-management group. Also with regard to the secondary outcome measures (self-efficacy, pain-related fear, and quality of life) there were differences, some of them statistically significant, in favor of the self-management group and with a greater difference on long term follow up. These findings are both remarkable as well as clinically important.

We concluded that active treatment both aiming at improvement of primary outcome goals (for example better activity patterns and pain reduction) in combination with improvement of self-efficacy (for example by using action planning and problem solving strategies) are to be advised.

Self-management principles have several consequences for clinical practice. First, they emphasize the central role of patients in managing their illness. Second, they are aimed at helping patients in maintaining life roles and managing negative emotions, such as fear and depression.

Self-management programmes are rather brief interventions, which may render long term effects. They enhance possibilities of collaborative partnership between patients and caregivers and should be available for OA patients in their early stages.

The current findings provide a firm foundation on which systematic expansion of self-management approaches for people with osteoarthritis can be based.

Implications for future research

Meanwhile, further research along several described lines is needed. Those research efforts will enable clarification of remaining questions (like: timing and, frequency needed, and length of interventions) which may further improve the delivery of self-management programmes.

With regard to the readiness-to-change model we summarized an interesting debate in which strengths and limitations of the theoretical concept were highlighted. We concluded that “readiness to change” in the OA population is important, because people can benefit from life style changes. However, attention should be focused on the

process of change and not on the categorization of people into stages. And many research questions on the model need to be solved.

The concept of pain-related fear showed to be relevant and testable in the OA population. Since the research on pain-related fear presented in this thesis is cross-sectional with limited explanatory power, it is worthwhile to develop longitudinal analyses of TSK measurements in a group of OA patients. That will offer the opportunity of enhancing our understanding of this phenomenon of pain-related fear. With regard to treatment, one of the questions to be answered is whether graded exposure is feasible and effective in improving functioning in OA patients with a high level of pain-related fear. Both assessing as well as treating fear of pain has become an important topic for further research and in this regard in the field of OA much work remains to be done.

SAMENVATTING

VOORAF

Deze samenvatting van het proefschrift “Artrose, een revalidatiegeneeskundige benadering in de huisartsgeneeskunde” is geschreven voor geïnteresseerde leken. Het onderzoek wordt in algemene Nederlandse taal uitgelegd, met vermijding van jargon en vakterminologie. Collega-onderzoekers en behandelaars kunnen de inhoudelijke details, specifieke vaktermen en methodologische gegevens vinden in de Engelstalige hoofdstukken en samenvatting (Summary).

HOOFDSTUK 1 - INLEIDING

Het hoofdonderwerp van deze dissertatie is artrose. De gevolgen voor het dagelijks functioneren van artrose staan centraal. In het eerste hoofdstuk van dit proefschrift worden de onderwerpen geïntroduceerd.

De volgende vragen komen aan de orde:

1. Wat zijn de belangrijkste kenmerken van artrose?
2. Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen in de zorg voor mensen met artrose in de huisartsgeneeskunde?
3. Waarom pleiten wij voor een revalidatiegeneeskundige benadering?
4. Wat is de zin en het nut van “zelfmanagement” bij artrose?
5. Wat is een “stepped care approach” en waarom zou het nuttig kunnen zijn bij artrose?

Artrose is een veel voorkomende gewrichtsaandoening. Gewrichtspijn en stijfheid zijn de kenmerkende klachten bij artrose. Artrose is een klinisch syndroom. Een syndroom is een complex van verschijnselen, die kenmerkend zijn voor een bepaalde aandoening. Bij artrose is sprake van een complex van veranderingen rond een of meerdere gewrichten met consequenties voor functie en kwaliteit van leven. De lichamelijke veranderingen treden op in: gewrichtskraakbeen, gewrichtskapsel, bij het gewricht gelegen beenderen en in omliggende spieren. Het gewrichtskraakbeen vertoont bij artrose een verslechtering van kwaliteit in de vorm van defecten en vermindering van de dikte van de kraakbeenlaag. Op röntgenfoto's is dat te zien als versmalling van de gewrichtspleet (de ruimte in het gewricht tussen de botten). De veranderingen in de beenderen bestaan uit veranderingen in de dichtheid van het bot nabij het gewricht (in

vaktermen genaamd subchondrale sclerose: weefselverharding van het bot nabij het kraakbeen). Ook kan bij het gewricht nieuwvorming van bot optreden. Deze nieuwgevormde botstructuren hebben bij enkele gewrichten (bijvoorbeeld knieën en heupen) een kenmerkende vorm en worden osteofyten genoemd. Door de veranderingen van de gewrichtsruimten kan er ruimte ontstaan in de gewrichtskapsels met gevolgen voor de stabiliteit van de betreffende gewrichten.

Artrose komt veel voor en neemt toe met de leeftijd. Zowel de ernst van de afwijkingen neemt toe met de leeftijd, alsook het aantal mensen met artrose. Uit gegevens, die zijn verzameld in Nederlandse huisartspraktijken, zijn schattingen gemaakt die wijzen op artrose bij 14 mensen per 1000 aan de heup en 23 per 1000 aan de knie. Aangezien de levensverwachting van de Nederlandse populatie nog steeds toeneemt, zal de proportie van mensen met artrose deze eeuw zeker toenemen.

Artrose kan niet verholpen worden. De behandeling is gericht op het verminderen van pijn en stijfheid en het verbeteren van het functioneren met artrose. Uit diverse studies is gebleken, dat de kwaliteit van leven door artrose negatief wordt beïnvloed.

Aangezien er geen behandelingen beschikbaar zijn, die alle verschijnselen van artrose kunnen verhelpen, ziet een persoon met artrose zich gesteld voor de opgave de consequenties van pijn, stijfheid en verlies aan functie op te vangen, evenals de consequenties van behandelingen (bijvoorbeeld medicatie, oefeningen, operaties, veranderingen in leefstijl, en dergelijke). Een aantal verschijnselen bij artrose en ook sommige van de voorgeschreven behandelingen beïnvloeden dagelijkse activiteiten zoals werk, gezinsleven en vrijetijdsbesteding aanzienlijk. Mensen met artrose hebben dus niet alleen –zoals wel vaker het geval is bij chronische aandoeningen– te maken met veranderde lichaamsfuncties, maar ook met een veranderd activiteitenpatroon. Een revalidatiegeneeskundige benadering kan hierbij helpen. Zelfmanagement kan daar onderdeel van uitmaken.

Voor toepassing bij gewrichtsaandoeningen heeft Kate Lorig een zelfmanagement programma ontwikkeld en uitgebreid toegepast en onderzocht. Zelfmanagement gaat uit van partnerschap tussen patiënten en gezondheidszorg professionals. De opvattingen en problemen van mensen met chronische aandoeningen staan centraal.

Van de professionals wordt gevraagd welke kennis voor patiënten nodig is en welke gedragsverandering in verband met hun aandoening. Deze inzichten worden dan gecombineerd tot de inhoud van een zelfmanagementprogramma. Deze programma's zijn bedoeld om het vertrouwen en vermogen van patiënten te vergroten om effectief het leven te leiden dat ze nastreven met de chronische aandoening.

Zelfmanagementprogramma's zijn gebaseerd op inzichten over "self-efficacy". Lorig vat het bondig samen: *"In simpele woorden stelt deze theorie, dat mensen, wanneer ze denken dat ze iets kunnen, de kans groter wordt dat ze het voor elkaar krijgen."*

Een "stepped care approach" (waarvoor nog geen gangbare Nederlandse vertaling bestaat) is een raamwerk voor de organisatie van hulpverlening gebaseerd op de aard en omvang van behoeften van de patiënt. Het is een beproefde strategie bij andere gezondheidszorgproblemen, zoals hoge bloeddruk, verhoogd gehalte aan cholesterol in het bloed, nicotineverslaving, en lage rugpijn. In een "stepped care approach" wordt gestart met de minst intensieve en vaak minst kostbare behandelvorm in een eerste fase om gezondheidswinst te behalen. Indien nodig wordt overgestapt ("stepped up") naar een intensievere behandeling, meestal complexer en ook kostbaarder. Het voordeel van deze "stepped care approach" is, dat behandelvormen goed aansluiten bij de noden van een individuele patiënt, terwijl onnodige en dure behandelingen veel mensen bespaard worden.

In dit onderzoek zijn de volgende vragen aan de orde geweest:

1. Welke zijn de effecten van een zelfmanagementprogramma op pijn, beperkingen in het functioneren, activiteiten alsook zelfstandigheid bij mensen van middelbare leeftijd met artrose?
2. Welke individuele karakteristieken van de patiënten bepalen de effectiviteit van het aanleren van zelfmanagement bij artrosepatiënten van middelbare leeftijd in een eerstelijnsgezondheidszorgsetting?
3. Wat zijn de effecten van zelfmanagement op gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en indirecte kosten in deze groep artrosepatiënten?

HOOFDSTUK 2 - EFFECTEN VAN EEN ZELFMANAGEMENTBEHANDELING

In het tweede hoofdstuk wordt verslag gedaan van een studie naar de effecten van een zelfmanagement programma. De diagnose werd gesteld door de huisarts en de behandelingen werden verzorgd door vrijgevestigde fysiotherapeuten.

Het doel van deze studie was de werkzaamheid te bepalen van een zelfmanagement programma in de eerstelijnsgezondheidszorg. De studieopzet was een experiment, waarbij twee behandelvormen met elkaar werden vergeleken. De zelfmanagementbehandeling werd vergeleken met gebruikelijke zorg. Het lot bepaalde welke behandeling een deelnemer kreeg. Na de behandeling werden de groepen gedurende 21 maanden gevolgd, waarbij metingen werden verricht met behulp van vragenlijsten en door een fysiotherapeut, die niet op de hoogte was van de behandeling die een persoon had gehad. Aan het onderzoek namen 273 personen deel; hun leeftijd was tussen 40 en 60 jaar. Gelet werd op de veranderingen in pijn en fysiek functioneren. De resultaten tussen 3 en 21 maanden na behandeling werden met elkaar vergeleken. Daaruit bleek, dat de verschillen tussen de twee behandelgroepen bij 21 maanden groter waren dan bij 3 maanden, ten gunste van de zelfmanagement groep. De verschillen in pijn aan de knie en functioneren (gemeten met een vragenlijst: WOMAC) waren statistisch significant. Dat wil zeggen dat de verschillen niet aan toeval kunnen worden toegeschreven, maar hoogstwaarschijnlijk samenhangen met het verschil in behandeling.

Conclusies

Het zelfmanagement programma heeft een positieve invloed uitgeoefend op de kniepijn en het door de patiënt gerapporteerde niveau van functioneren in deze groep mensen met artrose. Opmerkelijk is de toename van het verschil tussen de groepen op lange termijn ten gunste van de zelfmanagementgroep.

HOOFDSTUK 3 - KOSTEN VAN EEN ZELFMANAGEMENT-BEHANDELING

Het derde hoofdstuk sluit nauw aan bij het tweede en gaat over de vraag of de toepassing van een zelfmanagement programma kosten bespaart. Daartoe werden gegevens verzameld over kosten gemaakt door alle deelnemers aan deze studie.

Ook voor deze vraagstelling was de studieopzet een experimentele waarbij de zelfmanagementbehandeling werd vergeleken met de controlegroep. Dezelfde groep mensen was in de studie betrokken en de analyses werden gecombineerd met verzamelde gegevens over kosten. Kostendagboeken werden bijgehouden gedurende periodes van een maand bij 3, 9, 15 en 21 maanden na de behandelingsfase. De behandelingseffecten waren beter in de zelfmanagementgroep en de kosten verschilden niet tussen beide groepen.

Conclusies

Het zelfmanagement programma had positieve invloed op de pijn aan de knieën en het functionele niveau zoals dat door de persoon met artrose zelf werd beschreven. De investering van ongeveer 250 euro per persoon was de kostprijs voor de verbetering in deze groep artrosepatiënten tussen 40 en 60 jaar.

HOOFDSTUK 4 - VERANDERINGSBEREIDHEID

Veranderingsbereidheid staat centraal in hoofdstuk 4. Omdat zelfmanagement alleen effecten kan sorteren, wanneer iemand gedrag verandert, is bereidheid tot gedragsverandering interessant. Recent is een theoretisch model over gedragsverandering in de belangstelling gekomen. In deze theorie worden fasen van veranderingsbereidheid beschreven.

Het doel van deze deelstudie was om een vragenlijst te ontwikkelen om de bereidheid tot gedragsverandering bij mensen met artrose te bepalen. Op basis van het theoretische model zijn vragen ontwikkeld en voorgelegd aan alle deelnemers van de studie. Vervolgens is de vragenlijst nader onderzocht. De vragenlijst werd voorgelegd aan de 273 deelnemers aan ons onderzoek. Met behulp van een statistische procedure (een zogenaamde factoranalyse) is onderzocht of de aparte vragen in de lijst met elkaar

samenhangen op een manier die overeenkomt met de veranderingsfasen zoals beschreven wordt in de theorie. De resultaten waren wat dat betreft bemoedigend. Echter: de factoranalyse is een statistische techniek, die niet aantoonde dat de factoren ook overeenkomen met de werkelijkheid. Om dat aan te kunnen tonen is nader onderzoek nodig.

Conclusies

De ontwikkelde vragenlijst over veranderingsbereidheid bij mensen met artrose laat enkele gunstige "testeigenschappen" zien. Deze bevindingen kunnen aanleiding zijn tot verder onderzoek. De ontwikkelde vragenlijst is interessant voor researchdoeleinden, maar nog niet aan te bevelen voor toepassing in de klinische praktijk.

HOOFDSTUK 5 - INVLOED VAN VREES EN VERMIJDING

Het dagelijks functioneren van mensen met artrose wordt niet alleen beïnvloed door de ernst van gewrichtspijn en de stijfheid. Uit recent onderzoek bij mensen met langdurige pijnklachten was gebleken, dat vrees voor pijn en letsel kan leiden tot vermindering van activiteiten, wat vervolgens weer kan leiden tot verdere achteruitgang in het functioneren.

In hoofdstuk 5 worden twee studies beschreven die vrees en vermindering bij artrose onderzoeken.

De bedoeling van de onderzoeken in dit hoofdstuk was tweevoudig: (1) allereerst wilden we de testeigenschappen van een veel toegepaste vragenlijst naar vrees voor bewegen nagaan bij artrosepatiënten; (2) tevens wilden we weten of pijngerelateerde vrees van invloed is op het functioneren en in welke mate ten opzichte van andere factoren, zoals pijn intensiteit of mate van afwijkingen op de röntgenfoto's. Uit onderzoeken bij andere aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat (zoals lage rugpijn en fibromyalgie) was al duidelijk geworden, dat pijngerelateerde vrees een belangrijk verschijnsel is, omdat het functioneren negatief kan beïnvloeden. Bij artrose is nog relatief weinig studie hiernaar gedaan.

Met de in dit hoofdstuk beschreven studies zijn nieuwe gegevens aan het licht gekomen:

1. De onderzochte vragenlijst laat bij artrose dezelfde twee factoren zien als bij eerder onderzochte groepen (lage rugpijn en fibromyalgie);
2. Uit nadere analyses (zogenaamde regressieanalyses, die we hier niet nader zullen beschrijven) is een samenhang gebleken tussen pijngerelateerde vrees en functioneren bij artrosepatiënten. Die relatie is negatief; dat wil zeggen dat het functioneren slechter is naarmate de mate van pijngerelateerde vrees hoger uitvalt.

Conclusies:

Deze bevindingen onderstrepen het belang van de bestudering van pijngerelateerde vrees bij artrosepatiënten. Behandelingen gericht op het verminderen van pijngerelateerde vrees zijn wellicht ook zinvol bij artrose. Dit dient nader ontwikkeld en onderzocht te worden.

HOOFDSTUK 6 - ALGEMENE DISCUSSIE

In het laatste hoofdstuk van dit proefschrift worden 3 algemene vragen aan de orde gesteld:

1. Wat is de betekenis van de gepresenteerde studies voor de klinische praktijk?
2. Wat zijn er voor kansen met betrekking tot de toepassing van zelfmanagement programma's?
3. Welke conclusies zijn getrokken betreffende verder te verrichten onderzoek?

Vooraf de bevinding, dat de effecten op lange termijn gunstiger waren en de verschillen tussen de zelfmanagementgroep en de controle groep toenamen, is opmerkelijk. Dit pleit voor een bredere toepassing en vergroting van de beschikbaarheid van zelfmanagement programma's. De specifieke kenmerken van een zelfmanagementbenadering worden daarom in het laatste hoofdstuk nog eens uitgewerkt.

Toepassing van zelfmanagement programma's vereist wel nadere scholing van de hulpverleners, die de programma's aanbieden. Opleidingen voor therapeuten zouden deze inzichten kunnen verwerken in scholingsprogramma's. Op dit gebied is nog veel winst te behalen aangezien het om een vernieuwing gaat.