KCE REPORT 375As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

EEN KWALITEITSSTANDAARD EN KWALITEITSINDICATOREN VOOR DE AANPAK VAN KNIEARTROSE





KCE REPORT 375As
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

EEN KWALITEITSSTANDAARD EN KWALITEITSINDICATOREN VOOR DE AANPAK VAN KNIEARTROSE

VICKY JESPERS, CÉCILE CAMBERLIN, ANS VAN GINCKEL, JUSTIEN CORNELIS, ROOS LEROY

2023 www.kce.fgov.be

VOORWOORD

Artrose is de meest voorkomende gewrichtsaandoening en de knie is het gewricht dat het vaakst wordt aangetast. Een behandeling die de ziekte geneest bestaat tot op heden helaas niet. Voor de meerderheid van de patiënten volstaat een conservatieve aanpak met oefentherapie om hun klachten en levenskwaliteit te verbeteren. Soms is het chirurgisch plaatsen van een knieprothese toch nodig.

Om de zorgkwaliteit van de aanpak van knieartrose in ons land te meten en te verbeteren, kreeg het KCE de vraag om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor de Belgische context. Daarmee is het de eerste keer dat er in het domein van de orthopedie nationale kwaliteitsindicatoren ontwikkeld worden.

Op basis van de literatuur en in samenwerking met een panel van experts, waarvoor wij hen van harte danken, stelde het KCE een kwaliteitsstandaard op voor eerstelijns- en tweedelijnszorg. Deze kwaliteitsstandaard, die de belangrijkste evidence-based aanbevelingen voor knie-artrose samenbrengt, werd vervolgens in kwaliteitsindicatoren vertaald. Tenslotte gingen de onderzoekers de meetbaarheid van de indicatoren na, op basis van nationale routinematig verzamelde gegevens, om te verzekeren dat de registratielast beperkt zal zijn. Routinematig geregistreerde klinische informatie uit de eerstelijnszorg ontbreekt helaas vaak in België. Daardoor zijn de meeste kwaliteitsindicatoren in dit rapport hoofdzakelijk bedoeld voor patiënten die een ingreep ondergaan, terwijl de meeste patiënten met knieartrose conservatief behandeld kunnen worden.

In België zijn de deelstaten bevoegd voor zorgbeleid en kwaliteitsevaluatie. Dit rapport is dan ook in eerste instantie gericht aan de Belgische kwaliteitsinstituten: het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en het 'Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients' (PAQS) in Brussel en Wallonië. Zij kunnen de resultaten verder operationaliseren en implementeren. Het rapport kan eveneens een inspiratiebron zijn voor clinici. Zo hopen wij dat dit werk een stimulans kan betekenen voor het verlenen van kwaliteitsvolle zorg aan al wie lijdt aan knieartrose.

Christophe JANSSENS
Adjunct Algemeen Directeur

Marijke EYSSEN
Algemeen Directeur a.i.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AFKORTING	DEFINITIE
BMI	Body Mass Index
DOAC	Directe orale anticoagulantia
DVT	Diepe veneuze trombose
FOD	Federale Overheidsdienst Volksgezondheid
ICD-10-BE	International Classification of Diseases-10th Revision-Belgium
ICD-10-CM	International Classification of Diseases-10th Revision-Clinical Modifications
ICD-10-PCS	International Classification of Diseases-10th Revision-Procedure Coding System
LIA	Lokale infiltratie anesthesie
LMWH	Low molecular weight heparin – Heparines met laag moleculair gewicht
MRI	Beeldvorming door Magnetische resonantie / Magnetic Resonance Imaging
MZG	Minimale ZiekenhuisGegevens
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NMES	Neuromusculaire elektrische stimulatie
NSAID	Niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PAQS	Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients
PREMs	Patient-Reported Experience Measures / patiënt gerapporteerde ervaringen / patiëntervaringen
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures / patiënt gerapporteerde uitkomsten / patiëntuitkomsten
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RX	Röntgenfoto

TCT	Technische Cel
TENS	Transcutane elektrische zenuwstimulatie
VIKZ	Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg
VTE	Veneuze trombo-embolie

SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

■ **VOORWOORD** **1**
■ **SYNTHESE** **4**
1. INLEIDING **6**
1.1. ACHTERGROND 6
1.2. VAN KLINISCHE PRAKTIJKRICHTLIJNEN NAAR EEN VOLWAARDIG KWALITEITSSYSTEEM VOOR KNIEARTROSE 6
1.3. OP WELKE VRAGEN HEBBEN WE EEN ANTWOORD GEZOCHT? 8
1.4. HOE GINGEN WE TE WERK? 8
1.5. VOOR WIE IS DIT RAPPORT BESTEMD? 8
2. AANPAK VAN KNIEARTROSE IN ONS LAND **9**
2.1. PREVALENTIE VAN KNIEARTROSE IN VLAANDEREN 10
2.2. ONGEVEER 26 000 ZIEKENHUISOPNAMES PER JAAR WEGENS KNIEARTROSE 10
2.3. OP DRIE NA HOOGSTE AANTAL KNIEPROTHESEN IN EUROPA 10
2.4. VARIATIE IN DE KLINISCHE PRAKTIJK IN ONS LAND 13
3. EEN KWALITEITSSTANDAARD EN KWALITEITSINDICATOREN VOOR DE AANPAK VAN KNIEARTROSE **14**
3.1. INLEIDING 14
3.2. EEN KWALITEITSSTANDAARD VOOR KNIEARTROSE 14
3.3. KWALITEITSINDICATOREN VOOR KNIEARTROSE 20
3.4. BEHOEFTE AAN MEETBARE OEFENTHERAPIE 23
3.5. NOOD AAN KWALITEITSVOLLE GEGEVENS OM DE ZORGKWALITEIT TE METEN 24
3.5.1. Sterktes van de administratieve databanken 24

3.5.2. Beperkingen van de databanken 25
3.6. PATIËNTGERAPPORTEERDE UITKOMSTEN EN ERVARINGEN VOOR PATIËNTGERICHTE ZORG 25
3.7. NAAR EEN GEÏNTEGREERD ZORGTRAJECT VOOR KNIEARTROSE? 26
3.8. CONCLUSIE 27
■ **AANBEVELINGEN 28**
■ **REFERENTIES 31**

1. INLEIDING

1.1. Achtergrond

Artrose en artritis zijn allebei gewrichtsaandoeningen, maar ze verschillen van elkaar. De patiënt met artrose heeft vooral pijn bij het bewegen en is stijf (startpijn in de ochtend), kampt met gezwollen gewrichten en met verlies van de normale gewrichtsfunctie. Bij artritis is er een ontsteking binnen het gewricht of het gewrichtskapsel, veroorzaakt door reumatoïde aandoeningen of infecties. Deze ontstekingen zijn over het algemeen zeer pijnlijk, kunnen het kraakbeen aantasten, en dus ook tot artrose leiden. Artrose is de meest voorkomende gewrichtsaandoening.[1] Ondanks veel onderzoek is de oorzaak ervan nog onbekend.[2]

Artrose aan een gewricht wordt gekenmerkt door de afbraak van het kraakbeen, synoviale[a] ontstekingen en botremodellering[b]. Artrose is vaak chronisch, met regelmatige opflakkeringen. Dit alles kan een (ernstige) impact hebben op de dagelijkse activiteiten en de levenskwaliteit. Het kan ertoe leiden dat oudere, chronisch zieke patiënten problemen krijgen met het zelfstandig thuis blijven wonen, omwille van pijn of bewegingsproblemen.[3]

Vooral de meest belaste gewrichten, zoals de heupen, knieën, de wervelkolom, en de grote teen worden erdoor aangetast.[1] De knie wordt het vaakst getroffen, maar meestal heeft een patiënt artrose aan meerdere gewrichten tegelijkertijd. Het levenslange risico op knieartrose is hoog (45%, 95% BI 42-49%) en stijgt met de leeftijd, een voorgeschiedenis van knieblessures en/of bij gewichtstoename.[2, 4]

Er bestaat geen curatieve behandeling tegen knieartrose. Het doel van de aanpak van knieartrose is om de ziekteprogressie te vertragen, de symptomen van de patiënt te temperen en diens mobiliteit en levenskwaliteit te verbeteren.[2, 5] De huisarts is doorgaans het eerste aanspreekpunt, maar zelfs patiënten die regelmatig de huisarts raadplegen, brengen dit probleem vaak niet ter sprake, door het misverstand dat gewrichtspijn hoort bij het ouder worden. Uiteindelijk hebben sommige patiënten een chirurgische ingreep nodig, en wordt een knieprothese geplaatst.[2, 3] Nochtans werkt begeleide oefentherapie voor de meerderheid van de patiënten en is een chirurgische ingreep niet nodig.[2]

1.2. Van klinische praktijkrichtlijnen naar een volwaardig kwaliteitssysteem voor knieartrose

Om de zorgkwaliteit van de aanpak van knieartrose in ons land te verbeteren, kreeg het KCE de vraag om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen.

Eerdere KCE-kwaliteitsprojecten vertrokken van een Belgische richtlijn, die vervolgens werd vertaald in een reeks van kwaliteitsindicatoren. Voor artrose bestaat er echter geen Belgische richtlijn. Wel zijn er verschillende recente internationale richtlijnen beschikbaar, die door Belgische zorgverleners worden gebruikt. Daarom beslisten we om ons hierop te baseren en voerden we een kritische beoordeling van geselecteerde internationale richtlijnen uit.

---

[a] Bij een synoviaal gewricht zijn de botstukken door een met vloeistof gevulde gewrichtsholte, synovium genaamd, van elkaar gescheiden. Voorbeelden van synoviale gewrichten zijn knie en heup.

[b] Botremodellering is een natuurlijk mechanisme waarbij het bot wordt vernieuwd. In het geval van artrose is het pathologisch en leidt het tot afbraak van bot dat nuttig is voor het gewricht (botvernietiging) en tot vorming van nutteloos bot (botwoekering). Dit leidt tot vroegtijdige veroudering van de gewrichten.

Tijdens de voorbereiding van het project realiseerden we ons dat vele kwaliteitsindicatoren, vooral degene die relevant zijn voor eerstelijns- of ambulante zorg, in België niet meetbaar zouden zijn aan de hand van nationale routinematig verzamelde gegevens. Dit kan een vertekend beeld geven bij het identificeren van prioriteitsgebieden van zorgkwaliteit voor symptomatische knieartrose, waarbij de eerstelijnszorg zou ondervertegenwoordigd zijn. Daarom verkozen we om eerst een kwaliteitsstandaard te ontwikkelen en vervolgens kwaliteitsindicatoren te definiëren (zie Tekstkader 1).

Tekstkader 1 – Hoe wordt zorgkwaliteit gemeten?

Klinische praktijkrichtlijnen zijn een eerste noodzakelijk instrument voor een kwaliteitssysteem. Ze bevatten de meest recente wetenschappelijk betrouwbare ('*evidence-based*') informatie over de aanpak van een aandoening. Hiermee kunnen de zorgverleners met volledige kennis van zaken de patiënt de meest aangewezen behandeling voorstellen, en kan deze op een geïnformeerde manier een beslissing nemen.

Nieuw in dit rapport is de **kwaliteitsstandaard**[c] ('quality standard') die ook door het kwaliteitsinstituut NICE in Engeland wordt ingezet.[6] Een kwaliteitsstandaard bestaat uit een groep van de belangrijkste *evidence-based* aanbevelingen geformuleerd als **kwaliteitsstatements** rond een medisch thema, bv. in dit rapport rond de zorg van knieartrose. Ze worden opgesteld om kwaliteit te stimuleren binnen een bepaald gebied van gezondheid, gezondheidszorg of maatschappelijke zorg op lokaal (en eventueel) nationaal niveau. Ze zijn afgeleid van het best beschikbare bewijs uit richtlijnen van goede kwaliteit.

Een kwaliteitsstandaard kan gebruikt worden om lokale initiatieven voor kwaliteitsverbetering te stimuleren. Hierbij kunnen dan de lokale behoeften worden meegenomen.

Op basis van richtlijnen en een kwaliteitsstandaard kunnen **kwaliteitsindicatoren** worden ontwikkeld, waarbij ook doelstellingen worden vastgelegd (bv. een te behalen percentage patiënten dat een aanbevolen onderzoek of behandeling moet krijgen).

Met **kwaliteitsindicatoren** kan men nagaan of en op welke manier een richtlijn door zorgverleners wordt toegepast. Daarmee kan de zorgkwaliteit in eerste plaats op nationaal en praktijkniveau worden gemeten. Daarom moeten de indicatoren robuust zijn en op een consistente en betrouwbare manier in de praktijk kunnen worden gebracht.

Er zijn verschillende soorten indicatoren, maar over het algemeen spreekt men vooral van **structuurindicatoren, procesindicatoren en resultaatsindicatoren**. De *structuurindicatoren* hebben betrekking op de beschikbare middelen in de zorgsector (bv. het aantal artsen en verpleegkundigen, het aantal scanners of het aantal chirurgische ingrepen per ziekenhuis). De *procesindicatoren* gaan over de manier waarop de zorg wordt georganiseerd en verleend (bv. heeft de kinesitherapeut de patiënt na zijn ingreep nog op dezelfde dag behandeld?), terwijl de *resultaatsindicatoren* gericht zijn op de gevolgen (al dan niet gewenst) en uitkomsten van deze zorg (bv. aandeel patiënten met herval na een behandeling, herstel, verbetering, of overleving na een interventie).

Idealiter krijgt elke ziekenhuis, praktijk of zorgverlener een individueel **feedbackrapport** over zijn resultaten. Hiermee kunnen zij dan maatregelen nemen om hun zorgkwaliteit verder te verbeteren.

[c] De kwaliteitsstandaard van NICE (National Institute for Health and Care Excellence) over de niet-chirurgische aanpak van knieartrose vindt u hier.

We kozen voor een brede benadering, met de verschillende aspecten van de aanpak van milde tot ernstige knieartrose: diagnose, informatie en advies aan de patiënt, beoordeling van het probleem, follow-up, verwijzing, niet-chirurgische en chirurgische ingrepen met follow-up en revalidatie.

Behoren niet tot het onderwerp van de huidige studie: primaire preventie van artrose en preventie van artrose na knieblessures zoals na meniscuslaesies of fracturen. Enkelvoudige degeneratieve meniscuslaesies werden eveneens uitgesloten.

1.3. Op welke vragen hebben we een antwoord gezocht?

We hebben een antwoord trachten te geven op de volgende drie deelvragen:

1. Welke kwaliteitsstatements voor de behandeling van symptomatische knieartrose kunnen worden afgeleid uit hoogwaardige internationale richtlijnen?
2. Welke kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van symptomatische knieartrose kunnen uit de internationale literatuur worden geïdentificeerd?
3. Welke van de kwaliteitsstatements kunnen tot kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld en vervolgens gemeten met routinematige gegevens in België?

1.4. Hoe gingen we te werk?

We doorzochten de nationale en internationale literatuur op kwalitatieve richtlijnen en kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van knieartrose.[5, 7-15] De set van kwaliteitsstatements (op basis van sterke aanbevelingen) en kwaliteitsindicatoren die we op die manier verkregen, legden we voor aan een multidisciplinair panel van experts, bestaande uit zorgprofessionals en patiëntvertegenwoordigers (zie Colofon). Zij gaven feedback over de geselecteerde kwaliteitsstatements en kwaliteitsindicatoren en gaven een score naar klinische relevantie.

De statements en/of indicatoren die als meest relevant voor de Belgische setting werden gerangschikt, werden weerhouden voor verdere overweging en bespreking. Hierbij werd ook rekening gehouden met de meetbaarheid van de indicatoren.

Op die manier kwamen we tot de kwaliteitsstatements, die samen de kwaliteitsstandaard vormen (Tabel 1). Voor de meetbare kwaliteitsstatements uit de kwaliteitsstandaard, stelden we kwaliteitsindicatoren voor (Tabel 2).

Meer informatie over de gevolgde methodologie vindt u in Hoofdstuk 3 van het Wetenschappelijke rapport.

1.5. Voor wie is dit rapport bestemd?

Dit rapport is in de eerste plaats bedoeld voor de Belgische kwaliteitsinstituten: het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en het 'Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients' (PAQS) in Brussel en Wallonië. Zij kunnen de kwaliteitsstandaard en -indicatoren gebruiken en verder uitwerken. De deelstaten in België zijn, volgens de zesde staatshervorming, in principe bevoegd voor het zorgbeleid, de kwaliteitsevaluatie en -borging op het niveau van de zorginstellingen, de preventieve gezondheidszorg en de erkenning van beroepen in de gezondheidszorg.[16] Anderzijds wordt het niet-chirurgische gedeelte van de knieartrosezorg waarschijnlijk vooral aangeboden door de eerste lijn, net als de revalidatie na een operatie. De deelstaten bezitten ook bepaalde bevoegdheden voor eerstelijns- en thuiszorg, ouderenzorg, revalidatie en gezondheidspromotie, en daar kan dit rapport ook aan bijdragen.

Ten tweede zullen de resultaten interessant zijn voor zorgverleners in eerste en tweede lijn en de wetenschappelijke verenigingen van de zorgverleners betrokken bij de zorg voor patiënten met knieartrose. Zo start het Evikey netwerk momenteel een implementatieproject op van de richtlijn van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.[14]

In dit rapport komen de behoeften van sommige andere belanghebbenden, zoals patiëntenverenigingen en individuele patiënten, mogelijk niet volledig aan bod. Daarom wordt er in de toekomst ook best aandacht gegeven aan *Patient Reported Outcomes and Experiences* (PROMs en PREMs, zie Sectie 3.6) bij de aanpak van knieartrose.

De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu behoort ook tot het potentiële doelpubliek en dit in relatie tot de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (ook bekend als de 'Kwaliteitswet'). Verder kan de verplichte ziekteverzekering (RIZIV) dit rapport gebruiken in het kader van de terugbetaling van de interventies m.b.t. knieartrose zoals kniechirurgie en kinesitherapie.

2. AANPAK VAN KNIEARTROSE IN ONS LAND

De prevalentie van knieartrose is gebaseerd op de gegevens van Intego, een Vlaams netwerk van huisartsenpraktijken (zie Sectie 0), voor de periode 1996-2015.

Voor de zorg in de Belgische ziekenhuizen zijn de gegevens beperkt tot patiënten die gehospitaliseerd werden. We raadpleegden hiervoor de gegevens van de Technische Cel (TCT, zie ook Sectie 3.5) uit de periode 2016-2020, en de rapporten van het RIZIV en ORTHOpride (zie Tekstkader 2).[17, 18]

Tekstkader 2 – Het ORTHOpride/Qermid-register

ORTHOpride, het Belgische register voor heup- en knie-ingrepen, werd in 2009 ontwikkeld door de orthopedische sector. De (vrijwillige) registratie had tot doel meer informatie te verzamelen om de zorgkwaliteit te kunnen onderzoeken en om informatie te verzamelen over het type implantaten en hun levensduur. Sinds 1 juli 2014 werd registratie verplicht in het **Qermid-register** (*Quality Electronic Registration of Medical acts, Implants and Devices*) voor de terugbetaling van prothesen door het RIZIV. De orthopedisch chirurgen registreren er elke plaatsing van een knieprothese, samen met de demografische gegevens van de patiënt en de implantaatkenmerken. In 2020 werden 21 917 knieprocedures geregistreerd.

2.1. Prevalentie van knieartrose in Vlaanderen

Het Intego-register (opgericht in 1996) is een databank van aandoeningen, op basis van de elektronische medische patiëntendossiers bij een steekproef van huisartsen in Vlaanderen. De patiëntenpopulatie is representatief voor de Vlaamse bevolking op gebied van leeftijd en geslacht. In 2015 kampte 3,6% van de betrokken patiënten met knieartrose; 2,6% van de mannen en 4,6% van de vrouwen. Dit aantal steeg met de leeftijd: van 1,8% in de groep van 25-34 jaar tot 15% van de patiënten van 85 jaar en ouder.

2.2. Ongeveer 26 000 ziekenhuisopnames per jaar wegens knieartrose

Knieartrose was de voorbije jaren verantwoordelijk voor ongeveer 26 000 ziekenhuisopnames per jaar in België, met slechts 2% van de patiënten in dagopname. Vrouwen vertegenwoordigden 61% van de opnames. De patiënten zijn gemiddeld 68 jaar oud. Daarnaast werd knieartrose gemeld als secundaire[d] diagnose (comorbiditeit) bij ongeveer 13 000 patiënten. Van deze laatsten was 64% vrouw en de patiënten waren ouder, met een gemiddelde leeftijd van 75 jaar.

Wanneer knieartrose de belangrijkste reden voor opname was, was primaire artrose van de rechterknie in 2020 de meest voorkomende hoofddiagnose (47,5%) of van de linkerknie (bijna 43%). De verblijfsduur bedroeg gemiddeld 7,7 dagen, afnemend van 8,4 dagen in 2016 naar 6,7 dagen in 2020. In 85 gevallen (0,07%) overleed de patiënt in het ziekenhuis.

De overgrote meerderheid van de patiënten die in 2020 werden gehospitaliseerd voor knieartrose, kreeg een primaire knieprothese (bijna 94%) (tegenover 4,6% bij knieartrose als secundaire diagnose). Artroscopieën worden steeds minder geattesteerd, van 0,2% (2016) tot minder dan 0,1% (2020) van de ziekenhuispatiënten met hoofddiagnose knieartrose.

Patiënten opgenomen met als hoofddiagnose knieartrose kregen in 69% van de opnames een interventie van een kinesitherapeut[e], tegenover 47% wanneer de knieartrose een secundaire diagnose was. De individuele kinesitherapiesessie van 30 minuten werd verreweg het meest gegeven (resp. 67% en 43% bij opnames met knieartrose als hoofd- of nevendiagnose). Voor ongeveer 75% van de patiënten waarbij knieartrose de hoofddiagnose bij opname was, werd een kinesitherapierevalidatie onder artikel 22 van de nomenclatuur opgestart (zie ook Tekstkader 3), waarbij een intakeonderzoek slechts bij 54% van deze patiënten plaatsvond en bij 10% van de patiënten met knieartrose als secundaire diagnose.

2.3. Op drie na hoogste aantal knieprothesen in Europa

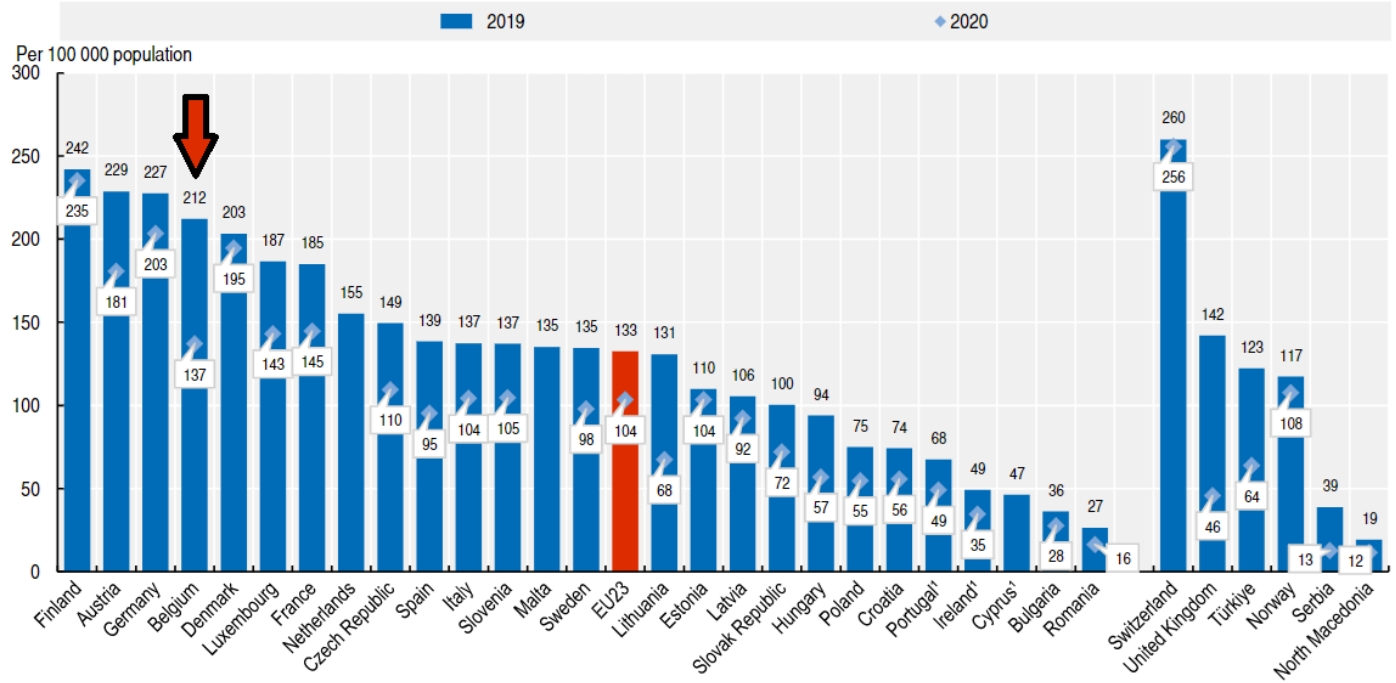
Volgens de OESO[f] behoort België tot de Europese landen met het hoogste percentage knieprothesen per inwoner (zie Figuur 1).[19]

[d] Secundaire diagnosen zijn aandoeningen die aanwezig zijn op het ogenblik van de ziekenhuisopname (naast de hoofddiagnose of reden voor opname) of die zich tijdens de opname bijkomend ontwikkelen. Ze hebben een impact op de zorg voor de patiënt tijdens de opname.

[e] Monodisciplinair artikel 7 van de nomenclatuur

[f] Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling

Figuur 1 – Aantal knieprothesen per 100.000 inwoners in Europa, 2019-2020



Bron: OECD, Health at a Glance 2022 (OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database). Het EU-gemiddelde is ongewogen. In Portugal (vasteland), Ierland, het Verenigd Koninkrijk en Cyprus hebben de gegevens alleen betrekking op chirurgische ingrepen die in openbare ziekenhuizen worden uitgevoerd (in Ierland zou het meetellen van privé ziekenhuizen het aantal operaties in 2020 meer dan verdrievoudigen (110 per 100.000 inwoners)).

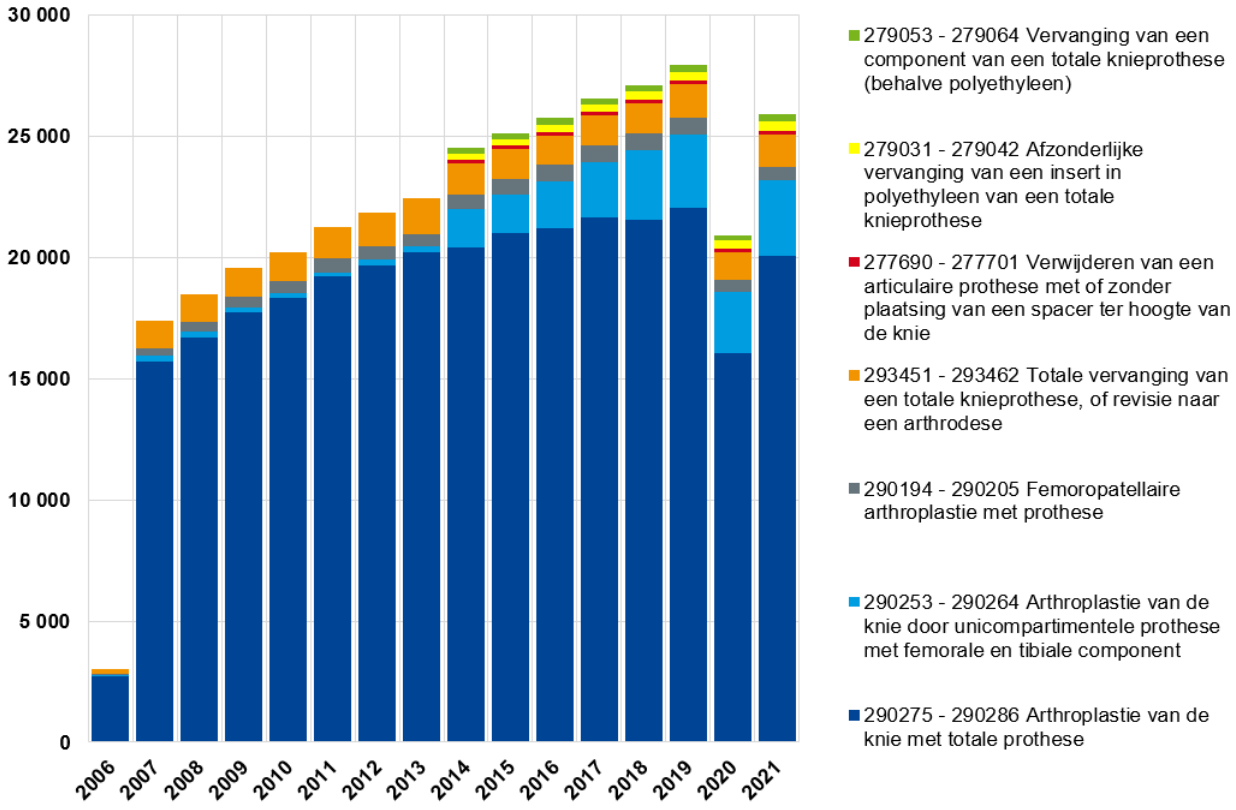
Figuur 2 toont het totale aantal terugbetaalde interventies aan de knie in België. Ze maakt een onderscheid tussen de eerste (primaire) prothesen en revisies (vervanging van de prothese). Niet onverwachts daalde het aantal operaties tijdens de COVID-19-crisis. In 2021 begon het aantal interventies opnieuw te stijgen, zonder het niveau van vóór de pandemie te bereiken.

In 2021 waren er **23 743 primaire vervangingen**; in het blauw (totale knieprothese), lichtblauw (halve knieprothese aan de binnen of -buitenzijde van de knie) en grijs (prothese van de knieschijf), tegenover 25 732 in 2019.

In 2021 waren er **2 169 revisies,** tegenover 2 208 in 2019, in oranje (totale vervanging van de prothese), rood (verwijdering van de prothese), geel en groen (geïsoleerde verwijdering van een deel van de prothese).

Een primaire knievervanging wordt vooraf gepland. Dat verklaart de grotere daling van het aantal primaire ingrepen tijdens het eerste jaar van de pandemie, (-25,9% in 2020) in verhouding tot die van de revisies (-17,3% in 2020).

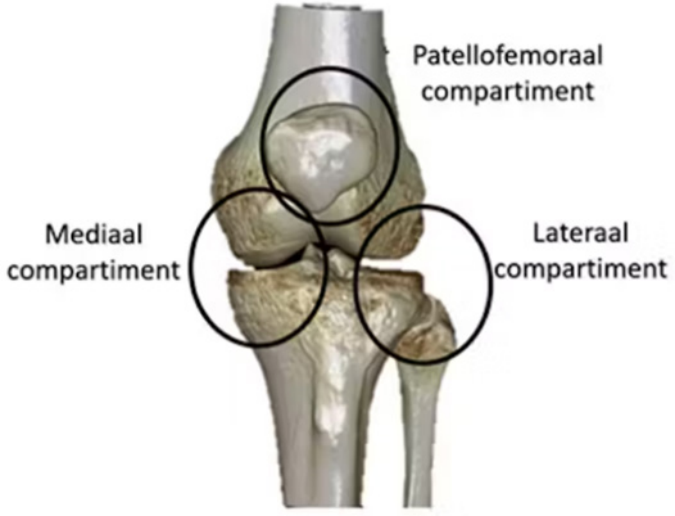
Figuur 2 – Aantal knie interventies terugbetaald in België, 2007 - 2021



Bron RIZIV Doc. N

Tien jaar geleden gebeurden bijna alle primaire knievervangingen met volledige prothesen.[g] Momenteel vertegenwoordigen ze nog 84,5% van de vervangingen.[18] Het aandeel halve knieprothesen (meestal het binnenste of mediale deel van de knie), nam dan weer toe en bereikte 13%.

Figuur 3 – De drie compartimenten van de knie



Bron: website AZ Sint Lucas, Gent

Volgens ORTHOpride was artrose (95%) veruit de belangrijkste indicatie voor **primaire knieprothese**, gevolgd door trauma (1,6%), vasculaire necrose (1,5%), inflammatoire artropathie (0,6%), fractuur (0,5%), eerdere infectie (0,1%) of een andere indicatie (1,0%).

De belangrijkste redenen voor **een revisie** waren volgens ORTHOpride in 2020 aseptische loslating (25%), infectie (23%), instabiliteit (20%), pijn (bijna 19%) en progressieve artrose bij niet-vervangen onderdelen (bijna 12%). Slijtage van het polyethyleen onderdeel en implantaatbreuk waren verantwoordelijk voor respectievelijk 4,2% en 2,1% van de revisies. De mortaliteit 90 dagen na primaire knievervanging of revisie bedroeg ongeveer 0,2%.[20]

2.4. Variatie in de klinische praktijk in ons land

Ondanks het bestaan van internationale richtlijnen voor de aanpak van knieartrose, blijkt de toepassing ervan niet optimaal te zijn.[21] In de eerste lijn werd een lage verwijzing voor kinesitherapie van 41% aangetoond.[22] De toepassing van richtlijnen bleek volgens de literatuur ook moeilijk doordat patiënten niet akkoord gaan met een puur klinische diagnose, en aandringen op medische beeldvorming. Sommigen zijn ook bang dat kinesitherapie de pijn zal verergeren of denken dat knieartrose geen prioritair gezondheidsprobleem is.[21] Een studie bij kinesitherapeuten toonde eveneens aan dat er ook een grote variatie was bij het volgen van richtlijnen.[23] De aanbeveling om te behandelen met oefentherapie werd goed gevolgd, maar ook behandelingen die niet bijdragen aan een goede zorgkwaliteit, zoals massage (in 49%) en gebruik van koude (in 24%) werden vaak toegepast.

Voor de chirurgische aanpak van knieartrose is er in ons land een geografische variatie.[18] Dit blijkt uit een RIZIV-rapport uit 2023. Het aantal knievervangende operaties schommelde van 153 ingrepen per 100.000 inwoners in Brussel tot 260 in Oost-Vlaanderen.[18]

g Bron: RIZIV Doc. N.

3. EEN KWALITEITSSTANDAARD EN KWALITEITSINDICATOREN VOOR DE AANPAK VAN KNIEARTROSE

3.1. Inleiding

We baseerden onze aanpak op de NICE kwaliteitsstandaard in Engeland en de Australische zorgstandaard.

De 90 kwaliteitsstatements en/of -indicatoren die we selecteerden uit de wetenschappelijke literatuur, werden door de externe experts gerangschikt op hun klinische relevantie. Vervolgens bundelden de KCE-experts de verwante statements en/of indicatoren tot één kwaliteitsstatement.

De kwaliteitsstatements Tabel 1 die finaal werden behouden, scoorden het hoogst op klinische relevantie voor de Belgische setting (na consensus met de externe experts). De externe experts voegden twee statements toe aan de lijst, ten eerste om het aantal revisies binnen het jaar na de ingreep te documenteren, en ten tweede de optie om een casemanager aan te wijzen voor patiënten met chronische knieartrose om de continuïteit van de zorg te verbeteren. Voor de meetbare statements hebben we vervolgens kwaliteitsindicatoren gedefinieerd (zie Tabel 2).

Meer informatie over de gevolgde methodologie vindt u in Hoofdstuk 3 van het Wetenschappelijke rapport.

3.2. Een kwaliteitsstandaard voor knieartrose

Tabel 1 toont (per thema) de kwaliteitsstatements die samen de kwaliteitsstandaard vormen. De tabel begint met de dagelijkse aanpak van knieartrose in de eerstelijnszorg. Daarna volgt chirurgie, met pre-operatieve, peri-operatieve en postoperatieve aspecten. Daarna volgen meerdere kwalitatieve statements over revalidatie. Tot slot moeten postoperatieve complicaties zorgvuldig worden opgevolgd. De kwaliteitsstandaard bevat ook een statement voor het verzamelen van pre- en postoperatieve patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROM), met gevalideerde vragenlijsten.[24]

Voor dit rapport integreerden we de eerstelijns- en tweedelijnszorg in één enkele kwaliteitsstandaard, wat een verschil vormt met bv. de NICE-kwaliteitsstandaards.[25, 26] In Engeland worden deze lokaal gebruikt voor kwaliteitsverbetering. Zo kan voor 'informatie en advies' bewijs verzameld worden over de lokale afspraken. Deze stellen dat patiënten regelmatig informatie en advies moeten krijgen over hun knieartrose. De data om dit op te volgen kunnen worden verzameld bij de zorgprofessional, de praktijk of het ziekenhuis.[h] NICE heeft dit uitgewerkt voor verschillende thema's. Ook in ons land kan Tabel 1[i] hiervoor worden gebruikt.

Om deze kwaliteitsstandaard in ons land maximale kansen op implementatie te bieden, zou deze best verder ontwikkeld worden door de regionale kwaliteitsinstituten VIKZ en PAQS. Zo zou er een afzonderlijke standaard voor de eerste en tweede lijn opgemaakt kunnen worden. Met het oog op een goede zorgcontinuïteit gebeurt dit best in overleg met de experts van de eerste en tweede lijn samen, zodat er omtrent verwijzing voldoende duidelijkheid is.

Idealiter wordt voor elk kwaliteitsstatement verder maatregelen uitgewerkt en gecontroleerd tijdens de implementatie; en dan wordt nagegaan of het kwaliteitsstatement is behaald. Op basis daarvan kunnen er kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld die dan kunnen toegevoegd worden aan de lijst van Tabel 2. Noteer dat voor het opstellen van Tabel 2 rekening werd gehouden met de huidige meetbaarheid op basis van de nationale databanken. Om die reden bevat Tabel 2 hoofdzakelijk indicatoren voor patiënten die een ingreep ondergaan, terwijl de meeste patiënten met knieartrose conservatief behandeld worden.

---

[h] Quality statement 3: Information and support | Osteoarthritis in over 16s | Quality standards | NICE

[i] Overview | Osteoarthritis in over 16s | Quality standards | NICE

Er wordt momenteel gewerkt aan een meer uitgebreide gegevensverzameling voor de eerstelijnszorg, o.a. in de nieuwe barometerprojecten ontwikkeld door het Intego-netwerk (zie Sectie 2.1), die momenteel worden uitgevoerd. De eerste gegevensverzameling[j] voor het gebruik van antibiotica[k] vond in oktober 2023 plaats. Deze projecten zouden een inspiratie kunnen zijn voor gegevensverzameling in andere klinische domeinen, waaronder de aanpak van knieartrose.

Tabel 1 – Kwaliteitsstandaard voor de aanpak van knieartrose

Thema	Kwaliteitsstatements	Aan welke lijn vooral gericht?
Diagnose	**Stel** de diagnose artrose klinisch, zonder beeldvorming, bij mensen van 45 jaar of ouder, die activiteit gerelateerde gewrichtspijn hebben en die 's ochtends ofwel geen gewricht gerelateerde stijfheid hebben of stijfheid die niet langer dan 30 minuten duurt.	1
	Identificeer een casemanager voor het zorgtraject vanaf de diagnose, maar vooral wanneer de patiënt chronische klachten heeft, om de patiënt te ondersteunen in de continuïteit van zorg.	1 en 2
Evalueer	**Evalueer en documenteer** tijdens het eerste en de vervolgconsulten de impact van artrose op het functioneren, de levenskwaliteit, de beroepsuitoefening, het humeur, de relaties en de vrijetijdsactiviteiten van de patiënt. **Evalueer** diens behoeften op het gebied van gezondheidsvoorlichting, gezondheidsovertuigingen en de motivatie tot zelfmanagement.	1 en 2
Informatie en advies	**Geef** bij de diagnose en tijdens de vervolgconsultaties informatie over artrose en de aanpak ervan. De informatie wordt afgestemd op de individuele behoeften van de patiënt (bv. op taal en cultuur), in een toegankelijk formaat (mondeling, schriftelijk, online,..). De patiënt moet actief kunnen deelnemen aan het gesprek, waardoor gedeelde besluitvorming mogelijk is en waarbij de aangeboden zorg rekening houdt met multimorbiditeit. Er kan o.a. informatie worden gegeven over de pathologie van artrose, gewrichtsbescherming en gebruik van hulpmiddelen, het aanpassen van de levensstijl en lichaamsbeweging, zelfmanagementstrategieën, over lichaamsgewicht en gewrichtspijn, m.b.t. het werk, het dragen van bepaald schoeisel, oefentherapie, gebruik van medicatie en de neveneffecten en het testen voor bijwerkingen bv. op de nierfunctie.	1 en 2
Kernbehandeling	**Voorzie** een kernbehandeling voor knieartrose, ongeacht leeftijd, ernst van de structurele ziekte, functionele status of pijnniveaus, om pijn en functie te verbeteren. Deze behandeling bestaat uit een combinatie van (begeleide) therapeutische oefeningen afgestemd op de behoefte van de patiënt, bv. lokale spierversterking, algemene aerobe conditie, zelfmanagementprogramma's, gewichtsverlies bij overgewicht.	1 en 2
• **Oefentherapie**	**Zorg** voor (begeleide) therapeutische oefeningen ongeacht leeftijd, ernst van de structurele ziekte, functionele status of pijnniveaus, aangezien dit de pijn en het functioneren zal verbeteren.	1 en 2

j https://www.domusmedica.be/actueel/betere-diabeteszorg-dankzij-een-nieuwe-barometer

k Intego. Barometers [Web page].2023. Available from: https://www.intego.be/barometers

Thema	Kwaliteitsstatements	Aan welke lijn vooral gericht?
	Verwijs de patiënt door naar de kinesitherapeut voor een gepersonaliseerd oefen- en bewegingsprogramma op basis van behoeften, voorkeuren, zelfmotivatie en vermogen om oefeningen uit te voeren (bv. lokale spierversterking, algemene aerobe conditie, functionele oefeningen, gangrevalidatie). **Beoordeel** de mate waarin de kinesitherapeutische behandeldoelen zijn bereikt. **Zet** de oefeningen minstens 3 tot 6 maanden **voort,** voordat wordt doorverwezen om chirurgie te overwegen. **Zorg** vóór de operatie voor een geïndividualiseerd, gestructureerd en progressief oefenprogramma om een fysiologisch trainingseffect te bereiken. Dit programma omvat ten minste het volgende: krachttraining aan de bovenste extremiteit (ter voorbereiding op het gebruik van loophulpmiddelen en transfers), functionele krachttraining aan de onderste extremiteit zoals getolereerd, oefeningen voor het bewegingsbereik van de onderste extremiteit en looptraining met instructie voor het gebruik van loophulpmiddelen.	
• **Voeding**	**Adviseer** een persoon met (knie)artrose met overgewicht of obesitas dat gewichtsverlies de kwaliteit van leven en fysiek functioneren zal verbeteren en de pijn zal verminderen. **Bied** ondersteuning bij het vastleggen van een doel voor gewichtsverlies. Leg uit dat elk gewichtsverlies waarschijnlijk gunstig is, maar dat 10% van het lichaamsgewicht verliezen waarschijnlijk beter is dan 5%. **Verwijs** voor dieetadvies, indien nodig.	1
• **Medicatie en vitamines**	**Gebruik** medicatie (eerste keuze orale en lokale ontstekingsremmers[β], tweede keuze paracetamol) alleen naast niet-farmacologische behandelingen en ter ondersteuning van therapeutische oefeningen, en in de laagste effectieve dosis voor de kortst mogelijke tijd. **Bied** een injectie van het kniegewricht met ontstekingsremmer (corticosteroïd) aan bij patiënten met erge pijn door ontsteking van de knie. **Geef** informatie over de risico's van medicijngebruik en **volg** bijwerkingen op. **Bied geen** orale narcotica (sterke of zwakke opioïden) aan, inclusief tramadol (zwak opioïd). Deze zorgen voor een significante toename van bijwerkingen en zijn niet effectief in het verbeteren van pijn of functie bij knieartrose; tenzij ze slechts sporadisch worden gebruikt voor kortdurende pijnverlichting en als alle andere farmacologische behandelingen niet verdragen worden of gecontra-indiceerd of niet effectief zijn. **Bied geen** TNF-remmers, Interleukine-1 inhibitoren, glucosamine, chondroïtine, vitamin D, of visoliën aan.	1 en 2
• **Andere interventies**	**Bied geen** van de volgende elektrotherapeutische behandelingen aan wegens onvoldoende bewijs van voordeel: transcutane elektrische zenuwstimulatie (TENS); ultrasoundtherapie; interferentiële therapie; lasertherapie; gepulseerde kortegolftherapie; neuromusculaire elektrische stimulatie (NMES). **Bied geen** acupunctuur, dry needling of manuele therapie zonder therapeutische oefentherapie aan. **Bied** geen intra-articulaire hyaluron injecties aan. **Bied geen** artroscopie met lavage en/of debridement aan bij patiënten met een primaire diagnose van knieartrose.	1 en 2

Thema	Kwaliteitsstatements	Aan welke lijn vooral gericht?
Knieprothese verwijzing	**Overweeg** om door te verwijzen voor prothese als de gewrichtssymptomen (zoals pijn, stijfheid, verminderde functie of progressieve gewrichtsvervorming) de levenskwaliteit aanzienlijk beïnvloeden en een niet-chirurgische behandeling (therapeutische oefeningen, gewichtsverlies, pijnverlichting) die al minstens 6 maanden wordt aangeboden niet effectief of niet geschikt is.	1
Pre-operatief • **Informatie**	**Zorg** voor multidisciplinaire pre-operatieve voorlichting in een geschikte vorm (persoonlijk, video, teleconsultatie, informatie op papier). **Bied** de mogelijkheid om vragen te stellen en om een familielid of andere naaste te laten deelnemen. Moeten op zijn minst worden besproken: chirurgische procedure, risico's en voordelen, verwachtingen van de patiënt, strategieën voor pijnbestrijding, voorbereiding thuis, hulpmiddelen, postoperatieve zorg en revalidatie. **Informeer** de patiënt dat de inname van heldere vloeistoffen* tot 2 uur voor anesthesie en een vastenperiode van 6 uur worden aanbevolen. **Bied** mensen met geïsoleerde mediale compartimentele artrose de keuze tussen een gedeeltelijke of volledige knieprothese. Bespreek de mogelijke voordelen en risico's van elke optie.	2
• **Evaluatie**	**Evalueer** sociale participatie, inclusief zorgactiviteiten, betaald/onbetaald werk, vrijetijds- en sportactiviteiten. **Evalueer** sociaal functioneren in een niet-residentiële zorgomgeving. Dit omvat ook het voorhanden zijn van ondersteuning, toegang tot veilig en efficiënt vervoer (voor en na de operatie), veiligheid thuis en valrisicofactoren, begeleiding bij het voorbereiden van de thuisomgeving om veiligheid, toegankelijkheid en onafhankelijk dagelijks functioneren te bevorderen, behoefte aan hulpmiddelen, apparatuur en mobiliteitshulpmiddelen. **Documenteer** het type en de ernst van comorbiditeiten, waaronder hart- en vaatziekten waarvan hoge bloeddruk, chronische nierziekte, obesitas (BMI ≥ 30 kg/m2), longaandoeningen, diabetes, ondervoeding, rugpijn of andere gewrichtsproblemen/pijn in de onderste ledematen, angst en depressie, tolerantie voor opioïden, cognitieve stoornissen. **Spoor op, onderzoek en corrigeer** bloedarmoede vóór de ingreep om het herstel na de operatie te bevorderen. **Verzamel** pre-operatieve PROM's over het knieprobleem met gevalideerde gezondheidsvragenlijsten en vergelijk deze met de PROM's na de operatie.	2
Knieprothese • **Interventies**	**Bied** veneuze trombo-embolie (VTE)-profylaxe aan bij een electieve operatie als het VTE-risico groter is dan het risico op bloedingen, in overeenstemming met het lokale beleid. **Bied** de keuze aan tussen regionale anesthesie in combinatie met lokale infiltratie analgesie (LIA) of algehele anesthesie in combinatie met LIA. Voeg een perifere zenuwblokkade toe op voorwaarde dat dit de operatie niet aanzienlijk vertraagt, aangezien dit een vroege en veilige mobilisatie kan vertragen. **Dien niet** routinematig sedativa toe om angst pre-operatief te verminderen. **Dien niet** routinematig spinale opioïden toe vanwege de kans op bijwerkingen die het herstel vertragen. **Dien niet** routinematig epidurale analgesie toe.	2

Thema	Kwaliteitsstatements	Aan welke lijn vooral gericht?
	Geef voor verminderd postoperatief bloedverlies (indien geen nierinsufficiëntie) intraveneus tranexaminezuur en 1 g tot 2 g plaatselijk intra-articulair tranexaminezuur verdund in zoutoplossing na de laatste spoeling en vóór wondsluiting (totale gecombineerde dosis tranexaminezuur niet meer dan 3 g). Bij nierinsufficiëntie alleen een verlaagde dosis intraveneus tranexaminezuur geven.	
• **Chirurgie**	**Gebruik** een gestandaardiseerd klinisch zorgpad tijdens het acute zorgverblijf. **Geef** systemische antimicrobiële profylaxe in overeenstemming met het lokale beleid en de beschikbaarheid. **Optimaliseer** peri-operatieve glucosecontrole (<126mg/dl) en postoperatieve misselijkheid en braken. **Gebruik** blaaskatheters **niet** routinematig. **Handhaaf** een normale lichaamstemperatuur peri- en postoperatief door voorverwarming en actieve opwarming van patiënten intraoperatief om het herstel na de operatie te bevorderen.	2
Postoperatief • **Medicatie**	**Bied** routinematig analgesie voor verbeterd herstel, paracetamol of ontstekingsremmers[β] aan voor patiënten zonder contra-indicaties. **Bied geen** gabapentinoïden aan als aanvulling op een multimodaal analgesieregime voor verbeterd herstel.	2
• **Mobilisatie en eerste rehabilitatie**	**Mobiliseer** de patiënt (na de operatie) op dezelfde dag nog van de operatie. **Begin** met revalidatie door een kinesitherapeut of ergotherapeut op de dag van de operatie indien mogelijk en niet meer dan 24 uur na de ingreep. **Ga door** met dagelijkse mobilisatie waaronder (minimaal): actief bewegingsbereik van de onderste ledematen, isometrische en isotonische versterking van de onderste ledematen met kleine bewegingen, bedmobiliteit en transfer training, evenwichts- en gangrevalidatie (vlakke ondergrond en op trappen, indien aanwezig in de thuisomgeving). **Documenteer** de reden waarom de patiënt niet gemobiliseerd kan worden. **Gebruik geen** continue passieve beweging als de patiënt de geopereerde knie actief kan bewegen. **Bereik** vóór ontslag naar huis, onder begeleiding van de ergotherapeut en/of kinesitherapeut, ten minste de volgende functionele resultaten (indien geen significante peri-operatieve complicaties): zelfstandig in/uit bed en op/van stoel en toilet stappen; veilig lopen met een geschikt hulpmiddel op vlakke oppervlakken en trappen (indien geschikt voor thuissituatie); zelfstandig de basisactiviteiten van het dagelijks leven uitvoeren met behulp van de bijbehorende apparatuur; onafhankelijkheid aantonen in het oefenprogramma voor thuis.	2
• **Ontslag**	**Betrek** de patiënt bij het ontslagtraject. **Geef advies** vóór ontslag over het managen van activiteiten van het dagelijks leven en oefenprogramma's voor thuis en mobilisatie, en advies over zelfsturende revalidatie. Dit betekent dat er een duidelijk begrip is van de revalidatiedoelen en het belang van de voorgeschreven oefeningen om deze te bereiken. Bied een aanspreekpunt aan voor advies en ondersteuning. Documenteer (overdrachtsformulier, ontslagbrief) dat de gebeurtenis plaatsvond of werd geannuleerd, geweigerd of andere. Deze informatie kan dan worden gebruikt, bij een vervolgafspraak, overdracht van zorg naar een andere revalidatieaanbieder of -setting (bv. overdracht van acute zorg naar ambulante zorg), verwijzing naar een andere revalidatieaanbieder (bv. verwijzing naar kinesitherapie of ergotherapie).	2

Thema	Kwaliteitsstatements	Aan welke lijn vooral gericht?
• **Late revalidatie**	**Voorzie** minimaal 6 weken post-acute revalidatiekinesitherapie (gedocumenteerde gestandaardiseerde aanpak) met toezicht op therapietrouw, met strategieën voor pijnbeheersing, actieve bewegingsoefeningen voor de knie, progressieve weerstandstraining voor de spieren van de onderste ledematen, statische en dynamische balanstraining, houdings- en kernstabiliteitstraining, gangrevalidatie (inclusief gebruik van hulpmiddelen en verschillende oppervlakken), functionele oefeningen (inclusief traplopen, opstaan uit/gaan zitten in een stoel), een oefenprogramma voor thuis en voorlichting over hoe de oefeningen kunnen worden voortgezet. **Bied** begeleide groeps- of individuele poliklinische revalidatie aan mensen die problemen hebben met dagelijkse activiteiten of met aanhoudende functionele beperkingen die leiden tot specifieke revalidatiebehoeften of die vinden dat zelfgestuurde revalidatie niet voldoet aan hun revalidatiedoelen.	1 en 2
• **Patiënt rapporteringen**	**Verzamel** postoperatieve PROMs over het knieprobleem met gevalideerde gezondheidsvragenlijsten na 6 maanden EN na 12 maanden. Vergelijk met de PROMs van vóór de operatie.	1 en 2
Complicaties na chirurgie	**Volg** de patiënt op voor diepe postoperatieve wondinfecties, postoperatieve longembolie of diepe veneuze trombose, urineweginfectie en andere complicaties. **Verwijs** indien nodig door voor heropname. **Documenteer** het aantal revisies binnen het jaar na de ingreep.	1 en 2

**water, koffie en thee zonder melk, niet-koolzuurhoudende dranken, fruitsap zonder pulp (appelsap), en energiedranken. βNiet-steroïdale anti-inflammatoire middelen=NSAIDs.*

3.3. Kwaliteitsindicatoren voor knieartrose

In Tabel 2 worden de kwaliteitsindicatoren weergegeven die samen met de externe experts in dit rapport werden geselecteerd. Verdere operationalisering wordt best opgenomen door de kwaliteitsinstituten VIKZ en PAQS, samen met experten uit het veld. Dit houdt o.a. in: het vastleggen van teller, noemer, in- en exclusiecriteria op basis van de nomenclatuur- en ICD-10-BE codes, het bepalen van termijnen waarbinnen men die codes kan opzoeken in de gegevensbanken, het bepalen van een streefwaarde voor elke indicator, en het bepalen van case-mix variabelen, enz.

Nadien moeten de technische definities gevalideerd worden, of anders gezegd, de overeenkomst tussen wat gemeten wordt met administratieve gegevens en wat in de medische dossiers voor elke kwaliteitsindicator wordt nagegaan. Aan de hand van de resultaten kan dan worden geverifieerd of, en in welke mate, de zorgkwaliteit beantwoordt aan de doelstellingen van de kwaliteitsindicator.

Voor meer achtergrondinformatie over de kwaliteitsindicatoren en het consensusproces verwijzen we u naar het Wetenschappelijk rapport.

Tabel 2 – Kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van knieartrose

Thema	Beschrijving kwaliteitsindicator	Type indicator
Diagnose	Aandeel patiënten van 45 jaar of ouder met een primaire knievervangende ingreep (noemer) die een standaard röntgenfoto (RX) of beeldvorming door magnetische resonantie (MRI) in de XX maanden vóór de ingreep voorgeschreven kregen door een huisarts (IMA-gegevens)	Proces
	Aandeel patiënten van 45 jaar of ouder met een primaire knievervangende ingreep (noemer) die door een arts-specialist (nog te bepalen) MRI-beeldvorming in de XX maanden vóór de ingreep voorgeschreven kregen (IMA-gegevens)	Proces
Interventie met geneesmiddelen	Jaarlijks aantal patiënten met een forfait voor chronische pijn voor artrose (IMA-gegevens) (Hoofdstuk IV-geneesmiddelen) vergeleken met het aantal per jaar in de voorgaande jaren	Beschrijvend en proces
	Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) met een terugbetaling van een voorschrift voor opioïden (ATC=N02A) in de XX maanden vóór de ingreep (IMA-gegevens)	Proces
Verbetering van chirurgie	Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) met een rode bloedcellen telling of hemoglobine (nomenclatuurcode nog te bepalen) X maanden vóór de dag van de ingreep (TCT- of IMA-gegevens)	Proces
Pre-operatief	Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) met minstens één van de (te bepalen systemisch antibiotica) opgelijste geneesmiddelen op de dag van de ingreep (TCT- of IMA-gegevens)	Proces
	Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) die intraveneus tranexaminezuur (ATC=B02AA02) op de dag van de ingreep toegediend kregen (TCT- of IMA-gegevens)	Proces
	Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) met minstens één van de opgelijste geneesmiddelen (in overeenstemming met het nationale beleid voor de preventie van veneuze trombo-embolie (VTE); te bepalen welke geneesmiddelen moeten worden opgevolgd: apixaban, dabigatran, rivaroxaban, enoxaparine, nadroparine calcium, tinzaparine natrium, fondaparinux gegeven op het moment van de ingreep (TCT- (tijdens ziekenhuisopname) of IMA-gegevens (op de dag van de ingreep en de daaropvolgende dagen))	Proces

Intraoperatief	Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) met ICD-10-BE blaaskatheterisatiecode (0T9B00Z, 0T9B30Z, 0T9C00Z, 0T9C30Z) op de dag van de ingreep (MZG gegevens)	Proces
	Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) met (a) injectie met opioïden in de wervelkolom (te bepalen welke geneesmiddelen moeten worden opgevolgd), of (b) epidurale analgesie zoals vastgelegd in de MZG (TCT-gegevens – (a) ook meetbaar in de IMA-gegevens wanneer terugbetaald)	Proces
	Aandeel patiënten met primaire knievervangende ingreep (noemer) met (a) regionale anesthesie in combinatie met lokale infiltratie-analgesie (LIA) of (b) algemene anesthesie in combinatie met LIA zoals geregistreerd in de MZG (TCT-gegevens)	Proces
Postoperatief	Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) met kinesitherapie op de dag van de ingreep (datum van start van de kinesitherapie beschikbaar in TCT- of IMA-gegevens), geïdentificeerd door nomenclatuurcodes 558950 – 558961, 558014 – 558025, 558810 – 558821, 558832 – 55884	Proces
Complicaties	Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) met ICD-10-BE diepe postoperatieve wondinfecties (juiste ICD-10-BE codes nog te bepalen) in de 90 dagen na de ingreep (TCT-gegevens)	Outcome
	a) Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) met postoperatieve longembolie (code I26.0 of I26.9) in de 90 dagen na de ingreep (TCT-gegevens) (b) Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) met diepe veneuze trombose (DVT) (I82,8 of I80 nader te bepalen) in de 90 dagen na de ingreep (IMA-gegevens, identificatie met antitrombotica medicatie (DOAC of LMWH)) (c) Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) opnieuw opgenomen met DVT in de 90 dagen na de ingreep (TCT-gegevens) NB: (b+c) koppeling van TCT-IMA-gegevens om opnames voor DVT vast te leggen (juiste I82,8 of I80 codes nog te bepalen)	Outcome
	Aandeel patiënten met een primaire knievervangende ingreep (noemer) met mortaliteit of heropname in de 90 dagen na de ingreep (IMA- en/of TCT-gegevens voor nog te definiëren infectiecodes). NB: of koppeling van TCT-IMA-gegevens om heropnames wegens infectie op te sporen	Outcome
	Aandeel patiënten met primaire knievervangende ingreep (noemer) met revisie binnen 1 jaar na de ingreep (IMA-of TCT-gegevens)	Outcome

Nota: XX te bepalen in de fase van de verdere uitwerking van de indicatoren, gebaseerd op wetenschappelijk bewijs of expert consensus

De eerste twee indicatoren gaan over de indicatie voor een **RX of MRI bij de diagnose van knieartrose**. Voor een diagnose door de eerste lijn is beeldvorming niet nodig, omdat deze op klinische basis kan worden gesteld. In de tweede lijn is wel een klinisch en radiologisch (RX, maar niet MRI) onderzoek nodig, voor de diagnose en de voorbereiding op een operatie. Deze aanbevelingen komen overeen met de huidige richtlijn van de *Belgian Society of Radiology* (gepubliceerd in 2010). Deze richtlijn werd in 2016 door de federale overheid overgenomen voor een sensibiliseringscampagne rond het correcte gebruik van medische beeldvorming.[27]

In de literatuur wordt een kwaliteitsindicator inzake het gebruik van pijnmedicatie voorgesteld. We stellen voor om het jaarlijks aantal patiënten met een forfait voor chronische pijn door artrose/artritis (ingevoerd in januari 2022) op te volgen.

Dit is een beschrijvende kwaliteitsindicator, die de evolutie van de zorgkwaliteit op het vlak van pijnbestrijding kan weergeven. Paracetamol wordt aan patiënten die niet over dit attest beschikken, immers niet terugbetaald. In dat geval kan het gebruik ervan niet worden teruggevonden in de administratieve databanken.

De volgende indicatoren worden van **groot belang geacht voor de klinische uitkomst van een knievervanging**. Het opsporen van bloedarmoede door het **meten van de hemoglobine** vóór een knievervangende operatie kan infecties en slecht herstel voorkomen. **Antibiotica** moeten worden gegeven op de dag van de operatie en hoewel dit waarschijnlijk al zeer vaak gebeurt, moet men streven naar een 100% naleving door de arts. Ook de **toediening van tranexaminezuur** op de dag van de ingreep is zeer belangrijk. Dit kan in de routine data voor intraveneuze toediening worden vastgesteld. Het routinematig plaatsen van **blaaskatheters** wordt afgeraden, tenzij dit absoluut noodzakelijk is.

Twee indicatoren gaan over **trombo-embolie**: er is een procesindicator voor het gebruik van profylaxe (antitrombotica medicatie) tegen veneuze trombo-embolie (VTE) en een uitkomstindicator die de incidentie van longembolie of diepe veneuze trombose (DVT) meet na een knievervangende operatie. De indicator over profylaxe meldt dat daarvoor het beleid van het land moet worden gevolgd. Hierover bestaan er in België echter nog geen aanbevelingen. De *Belgian Society on Thrombosis and Haemostasis* meldt dat ze momenteel overweegt om deze te ontwikkelen. Zodra deze beschikbaar zijn, kan het meten van beide indicatoren helpen om deze zorgkwaliteit optimaal op te volgen.

Tussen ziekenhuizen bestaat er een grote variabiliteit inzake het gebruik van **anesthetica**. Vaak wordt er een ruggeprik gegeven (spinale of rachi-anesthesie) die beide benen verdoofd, maar deze wordt afgeraden wegens het effect op de mobiliteit van de patiënt na de ingreep. Wat wel wordt aangeraden in combinatie met een algemene anesthesie of lokaal zenuw blok, is lokale infiltratie anesthesie (LIA), een plaatselijke verdoving van de knie in hoge concentraties.

Het voordeel van LIA is dat de patiënt sneller mobiel is na de operatie, nl. twee uur na de operatie.[28] Momenteel belemmert de onduidelijke registratie van anesthesie in de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG) (zie Bijlage 1.3, Tabel 44 van het Wetenschappelijke rapport) het opvolgen van het gebruik van de aanbevolen LIA. Ook de nomenclatuur is hiervoor niet specifiek genoeg.

Op de dag zelf van de operatie moeten patiënten al **oefeningen** opstarten met een kinesitherapeut. Momenteel wordt dit echter vaak uitgesteld tot de dag na de operatie. Voorlopig is dit niet goed meetbaar in de nomenclatuur (zie 3.5).

Postoperatieve complicaties: van groot klinisch belang zijn diepe wondinfecties, longembolie of diepe veneuze trombose, heropname, revisie van de prothese en mortaliteit. In België wordt 'Postoperatieve longembolie of diepe veneuze trombose bij volwassenen na heup- of knieprothese' reeds gerapporteerd binnen de Europese OESO[I].[29] Voor deze indicator wordt de tijdsduur van de ziekenhuisopname gebruikt.[29]

[I] Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling

Een uitbreiding naar 90 dagen follow-up, dus ook na het ontslag uit het ziekenhuis, kan de detectie van embolische incidenten vergroten en de zorgkwaliteit verbeteren. De sterfte- en heropnameregistratie zijn reeds een onderdeel van de ORTHOpride-analyse (zie Hoofdstuk 2). De experts stelden ook voor om als kwaliteitsindicator het aantal revisies binnen het jaar na de ingreep op te nemen.

3.4. Behoefte aan meetbare oefentherapie

Lichaamsbeweging wordt in alle richtlijnen aanbevolen om pijn bij artrose en andere chronische pathologieën te voorkomen en te verminderen.[10, 7, 15, 30] Door regelmatig te oefenen, kan het lichaamsgewicht onder controle worden gehouden en kunnen blessures worden voorkomen. Milde tot matige aerobe fysieke activiteit (20-30 min, 2-3/week) gecombineerd met milde tot matige krachtoefeningen van de onderste ledematen en rug, kan de pijn verminderen, het fysieke functioneren en de levenskwaliteit verbeteren.[23, 14, 30]

Het is wel belangrijk om deze oefeningen aan te passen aan de patiënt, en dit kan het beste gebeuren door een kinesitherapeut. Daarna kan de patiënt de oefeningen op individuele basis voortzetten, liefst met regelmatige opvolging door een kinesitherapeut of bv. een beweegcoach (Bewegen op verwijzing-coaches - Vlaanderen). Uit de literatuur blijkt echter dat er een grote variatie is bij de inzet van **kinesitherapie bij (gevorderde) knieartrose voorafgaand aan een operatie of in de eerste lijn**, ondanks de consensus in de richtlijnen.[23,.31] In de eerste lijn passen kinesitherapeuten de kerntherapie van lichaamsbeweging goed toe (meer dan 80%), maar geven ook regelmatig behandelingsmodaliteiten die niet bijdragen aan zorg van hoge kwaliteit, bv. massage (49%), thermobehandeling (24%), en elektrotherapie (15%) werden vaak toegepast.[23]

De elektrotherapie (TENS en NMES[m]), kan niet geïdentificeerd worden op basis van de nomenclatuur of MZG gegevens. Zowel de richtlijnen als de experts stellen echter dat deze technieken niet geïndiceerd zijn voor knieartrose. Ook kinesitherapeuten zijn er zich over het algemeen meer en meer van bewust dat TENS en NMES niet langer een goede praktijk zijn, maar ontvangen er nog steeds voorschriften voor van artsen. De zorgkwaliteit zou verbeterd kunnen worden door op te volgen hoeveel behandelingen met TENS en NMES er nog worden gegeven voor pijnbestrijding bij knieartrose. Er zullen daarvoor wel specifieke nomenclatuurcodes moeten worden gecreëerd.

Na een volledige knieprothese gebeurt het opstarten van lichaamsoefeningen best zo snel mogelijk en binnen de 24 uur (maar bij voorkeur enkele uren na de operatie) na de ingreep om de (actieve) mobilisatie van de patiënt te bevorderen. Voor deze revalidatie kan een monodisciplinaire of multidisciplinaire aanpak aangewezen zijn. Een multidisciplinaire aanpak wordt altijd opgestart door een arts-specialist in de fysische geneeskunde. Het houdt in dat naast een kinesitherapeut ook andere zorgprofessionals (zoals diëtisten, ergotherapeuten, psycholoog) worden betrokken.

De nomenclatuurcode voor de aanpak van knieartrose door lichaamsoefeningen valt onder het (monodisciplinaire) artikel 7 of het (multidisciplinaire) artikel 22 van de nomenclatuur (zie Tekstkader 3). Beide zijn echter **onvoldoende specifiek**. Bij de multidisciplinaire behandeling is het namelijk niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen alle verschillende types interventies en zorgverleners die eronder vallen. Zo kan een terugbetaling onder dat artikel 22 betrekking hebben op voedingsadvies door een diëtist, oefeningen met of elektrotherapie door een kinesitherapeut, interventies door een ergotherapeut enz. Daardoor kan de zorgkwaliteit m.b.t. lichaamsoefeningen met een kinesitherapeut momenteel niet worden opgevolgd.

---

[m] Neuromusculaire Elektrische Stimulatie (NMES) en Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie (TENS). Via zelfklevende elektrodes op de huid dient het apparaat elektrische prikkels toe, om pijn te verminderen.

Tekstkader 3 – Artikel 7 en 22 van de RIZIV-nomenclatuur

Artikel 7 van de Bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de RIZIV-nomenclatuur somt de nomenclatuurcodes op voor de terugbetalingen waarvoor de kwalificatie van een kinesitherapeut vereist is. De nomenclatuur is gebaseerd op verschillende parameters, waarvan de belangrijkste zijn: het profiel van de patiënt (pathologie), de plaats van de dienst (de praktijk van de kinesitherapeut, ambulant of in een ziekenhuis, psychiatrische verzorgingstehuizen, thuis, enz.) en de duur van de sessie. Het type zorg kan niet worden afgeleid uit de gebruikte codes (behalve voor manuele lymfedrainage).

Artikel 22 van de Bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de RIZIV-nomenclatuur somt de nomenclatuurcodes op voor de terugbetalingen waarvoor de kwalificatie van arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie vereist is. De nomenclatuurcode bepaalt dat het multidisciplinaire team 1) minimaal twee zorgprofessionals moet omvatten, waarvan één een kinesitherapeut OF een ergotherapeut EN een andere paramedicus, en dat 2) minimaal twee van de volgende technieken moet worden aangeboden: revalidatie door beweging, psychomotorische therapie, elektrotherapie bij motorische stoornissen of pijn, mechanotherapie, oefeningen met uitwendige prothese, orthese of complexe technische hulpmiddelen, hydrotherapie in een zwembad.

De kinesitherapeut registreert de behandeling(en) in het patiëntendossier. De nomenclatuurcode kan zowel 'kinesitherapie' als elke andere aangeboden 'techniek' omvatten.

3.5. Nood aan kwaliteitsvolle gegevens om de zorgkwaliteit te meten

Zonder betrouwbare data is er uiteraard geen kwaliteitsmeting mogelijk. Zoals een recent KCE-rapport meldt, "*zijn nationaal routinematig verzamelde gegevens relatief goedkope, uitgebreide informatiebronnen met een stabiele longitudinale structuur*".[32] De administratieve databanken hebben allemaal hun eigen specifieke kenmerken, voordelen en beperkingen.

3.5.1. Sterktes van de administratieve databanken

In België zijn er verschillende betrouwbare bronnen beschikbaar om de zorgkwaliteit van knieartrose te meten en op te volgen. In de eerste plaats zijn de **facturatiegegevens van de ziekenhuizen** (in de databanken van het IMA[n] en TCT[o]) een bron van informatie over de geleverde zorg, toch als deze wordt terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering.

Dankzij de registratie van de **klinische gegevens** door gebruik te maken van de ICD-10-BE-classificatie, die de internationale classificaties ICD-10-CM (voor diagnoses) en ICD-10-PCS (voor procedures) combineert, kunnen de MZG nuttige informatie geven. De Technische cel koppelt de MZG-gegevens aan de facturatiegegevens van de ziekenhuizen, en combineert zo de sterktes van de twee databanken.

Bij knie vervangende operaties kan ook **het ORTHOpride register** gebruikt worden om de zorgkwaliteit te meten (zie Tekstkader 2). Het bevat specifieke klinische informatie die in de andere databanken ontbreekt.

Mogelijke koppelingen tussen bestaande administratieve databanken kunnen worden gefaciliteerd door het recent opgerichte **Gezondheids(zorg)data agentschap**. Dit agentschap werd in het voorjaar van 2023 opgericht[p].

[n] Intermutualistisch Agentschap

[o] Technische Cel

[p] Wet van 14 maart 2023 houdende oprichting en organisatie van het Gezondheids(zorg)data-agentschap, *B. S. 3 april 2023*

3.5.2. Beperkingen van de databanken

De **routinematige registratie van klinische informatie uit de eerstelijnszorg** ontbreekt meestal in België. Sommige nuttige gegevens kunnen enkel worden gehaald uit de medische dossiers van patiënten, maar dit is niet systematisch mogelijk, enkel in het kader van dure onderzoeksprojecten.

Klinische resultaten van bv. bloed- of urineonderzoek uit de eerste- en tweedelijnszorg ontbreken ook doorgaans in de databanken, net als de PROMs[q] en PREMs[r] (zie verder, Sectie 3.6), omdat ze niet routinematig worden verzameld.

Tussen de ziekenhuizen kan er een verschil zijn tussen **de wijze waarop zij de medische patiëntendossiers registreren in de MZG**. Bepaalde informatie wordt soms over- of juist ondergeregistreerd, o.a. omwille van de manier waarop ziekenhuizen worden gefinancierd. Een regelmatige kwaliteitscontrole van de MZG door de overheid is daarom zeer belangrijk. Onlangs pleitte het KCE voor een versterking van de MZG - audits en adviseerde het om financiële sancties juridisch mogelijk te maken voor het niet naleven van de coderingsrichtlijnen, want de wettelijke basis ontbreekt momenteel.[32]

Op dezelfde manier kunnen de **facturatie-instructies en -codes ook verschillend worden geïnterpreteerd** door verschillende facturatiesystemen of zorgverleners (hoewel, in tegenstelling tot de MZG-registratie, hier wel boetes mogelijk zijn bij fraude of systematische fouten). Voor de niet-meetbare kwaliteitsindicator 'Voer geen artroscopie uit met lavage en/of debridement' worden bv. zelden de codes voor diagnostische artroscopie gebruikt. Over het algemeen worden knieartroscopieën gefactureerd met de codes voor meniscectomieën. Daarom kon dit ook niet worden opgenomen in de kwaliteitsindicatoren (Tabel 2).

Het gebruik van **niet-terugbetaalde geneesmiddelen** vormt een andere belemmering voor het meten van de zorgkwaliteit. Andere interventies, zoals het geven van informatie aan de patiënt, kunnen ook niet worden gemeten, omdat er geen specifieke nomenclatuurcode voor bestaat.

Zelfs als interventies worden vergoed, zijn een aantal nomenclatuurcodes te ruim en te vaag, om een goede meting van kwaliteitsindicatoren mogelijk te maken. Dit is bijvoorbeeld het geval met artikel 22 (zie Sectie 3.4).

Een ander nadeel van de huidige administratieve databanken, die in principe niet bedoeld zijn om de kwaliteit van zorg te meten, is de **lange duurtijd** tussen het verlenen van de zorg en de beschikbaarheid van de betrokken gegevens, waardoor een snel meten van de zorgkwaliteit wordt belemmerd. Bovendien duurt het lang voordat een koppeling tussen databanken mogelijk is (bv. meer dan twee jaar voor TCT-gegevens). Als daarbij dan nog de toestemming van het Informatieveiligheidscomité van de Kruispuntbank vereist is, lopen de vertragingen vaak nog meer op.

3.6. Patiëntgerapporteerde uitkomsten en ervaringen voor patiëntgerichte zorg

Patiëntgerichte zorg houdt in dat patiënten betrokken worden als actieve partners.[33] De meting van deze dimensie van zorgkwaliteit is het onderwerp van veel onderzoek. Ze richt zich op de herkenning van de behoeften, wensen en voorkeuren van patiënten, de kwaliteit van de communicatie met de zorgverlener (wat een scala aan vaardigheden vereist, zoals luisteren, iets kunnen uitleggen, hoffelijkheid) en de betrokkenheid van patiënten en hun familie bij de zorg. Nagaan of zorg patiëntgericht is, vormt een grote uitdaging.

Om deze patiëntgerichtheid in kaart te brengen, kan een **Patient Reported Outcome Measures (PROM)** en **Patient Reported Experience Measures (PREM)** gebruikt worden. Het zijn gebruiksvriendelijke, gestandaardiseerde vragenlijsten, die bij de patiënt peilen naar hoe deze zijn eigen gezondheid beoordeelt (klachten, nevenwerkingen van de behandeling, enz.) (PROMs) en wat zijn ervaringen waren met het zorgproces (bv. wachttijd voor de eerste afspraak, contact met artsen en andere zorgverleners,…) (PREMs).

[q] Patient Reported Outcome Measures / patiëntgerapporteerde uitkomsten

[r] Patient Reported Experience Measure / patiëntgerapporteerde ervaringen

Als vragenlijst voor de PROMs rond de aanpak van knieproblemen wordt meestal de *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score* (KOOS) gebruikt. De experts waren er voorstander van om één knieartrose-specifieke PROM en één PROM voor algemene aspecten te selecteren en vertalen zodat ze in heel België gebruikt zouden worden. Ze kunnen dan in de ambulante zorg en idealiter vóór en na de operatie gemeten worden op een specifiek tijdstip. Deze zijn bij voorkeur gelijkaardig aan de PROMs die in naburige Europese landen gebruikt worden. Voorlopig zijn er geen PREMs specifiek voor de aanpak van knieartrose beschikbaar, maar de meer algemene PREMs kunnen hier ook gebruikt worden.

De belangrijkste uitdaging zal zijn om deze gegevensinzameling te organiseren en te systematiseren, want in België verzamelen zorgverleners PROMs en PREMs (nog) niet systematisch. Meer informatie over PROMs en PREMs vindt u in KCE-rapport 303 (2018).

Om de patiëntgerichtheid bij het meten van de zorgkwaliteit te verbeteren, kunnen naast PROMs of PREMs ook **kwaliteitsindicatoren voor zorgprocessen** gedurende het hele zorgtraject worden gemeten, aan de hand van een vragenlijst. Zo kan ook de zorgkwaliteit van niet-operatieve, ambulante of kinesitherapeutische zorg worden gemeten. Er bestaan al dergelijke vragenlijsten, maar deze worden enkel binnen klinische studies aan patiënten voorgelegd.[34, 35] Voor ons land kan de vertaling en validatie van dergelijke vragenlijsten worden overwogen, zoals dat ook gebeurt in andere landen.

3.7. Naar een geïntegreerd zorgtraject voor knieartrose?

De internationale richtlijnen voor de aanpak van knieartrose wijzen unaniem op het belang van patiëntgerichte, multimodale[s] en multidisciplinaire zorg.[7-9, 25] Deze zorg zou niet alleen tot uiting moeten komen in procesindicatoren, maar ook in structuurindicatoren. Een aantal voorbeelden hiervan zijn de inzet en coördinatie van verschillende types van gekwalificeerde zorgverleners en het gebruik van zorgtrajecten, zowel voor de eerste als tweede lijn.

In België bestaat er (nog) geen zorgtraject voor knieartrose. De kwaliteitsstatements in dit rapport beschrijven het verloop van het ziekteproces van een patiënt, van diagnose met vroegtijdige klachten naar een chronische knieartrose, met verwijzingen voor oefentherapie, dieet, en in een later stadium naar de tweede lijn voor een opinie omtrent een eventuele chirurgische ingreep. Een zorgtraject organiseert en coördineert de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische aandoening. Bij een multidisciplinair zorgtraject voor knieartrose zouden verschillende partijen betrokken zijn, afhankelijk van het stadium van de aandoening, met naast de patiënt, bv. de huisarts, kinesitherapeut en/of beweegcoach, chirurg, arts fysische geneeskunde, diëtist, en eventueel een zorgcoördinator.

[s] Multimodale zorg is een combinatie van verschillende soorten therapiën, bv. geneesmiddelen, oefeningen, chirurgie, dieet, enz

3.8. Conclusie

Artrose is de meest voorkomende gewrichtsaandoening en het aantal gevallen met (knie)artrose neemt steeds toe, door de vergrijzende bevolking. Helaas bestaat er geen curatieve behandeling. De aanpak is er vooral op gericht om de ziekteprogressie te vertragen, de symptomen van de patiënt te temperen en diens mobiliteit en levenskwaliteit te verbeteren. Voor de meerderheid van de patiënten volstaat begeleide oefentherapie en is een chirurgische ingreep niet nodig.

Om de zorgkwaliteit van de aanpak van knieartrose in ons land te meten en te verbeteren, kreeg het KCE de vraag om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor de Belgische context.

We ontwikkelden eerst een kwaliteitsstandaard (Tabel 1). Deze kan verder uitgewerkt worden door de eerste lijn in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen, en door de tweede lijn, samen met het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en het *Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et la Sécurité des patients (PAQS)*. Vervolgens definieerden we kwaliteitsindicatoren (Tabel 2), die het VIKZ en het PAQS ook verder kunnen operationaliseren en implementeren, samen met experten van het terrein.

Deze standaard en indicatoren set zijn *evidence-based*, dus gebaseerd op robuuste wetenschappelijke gegevens. De huisarts en de kinesitherapeut spelen een belangrijke rol in de conservatieve behandeling van de patiënt met knieartrose en staan in voor de zorgcontinuïteit.

In dit project werd de preventie van knieartrose niet bestudeerd. Dit zal nochtans belangrijk zijn om op de langere termijn een antwoord te bieden op de toenemende prevalentie. De opkomende evidentie voor een vroegtijdige conservatieve behandeling moet ook nauwlettend in het oog gehouden worden. Ook hierover kunnen betrouwbare wetenschappelijke gegevens worden verzameld.

AANBEVELINGEN[t]

Aan het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ), en het Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS), de zorgverleners van de eerste en tweede lijn, en de wetenschappelijke verenigingen van de zorgverleners betrokken bij de zorg voor patiënten met knieartrose

1. Finaliseer, verspreid en implementeer de kwaliteitsstandaard voor de aanpak van knieartrose. Werk hiervoor samen met experten uit het veld van de eerste en tweede lijn.
   a) Ontwikkel voor elk kwaliteitsstatement een maatstaf die opgevolgd kan worden tijdens de implementatie, om na te gaan of en in welke mate het kwaliteitsstatement werd toegepast.
   b) Selecteer en vertaal één algemene en één knie-specifieke patiënt-gerapporteerde uitkomstmaat (PROM) voor heel België. Deze kan idealiter minstens voor en na de operatie gemeten worden op een specifiek tijdstip, dat vergelijkbaar is met andere Europese landen. Hierbij moeten de patiëntenverenigingen betrokken worden zodat rekening gehouden wordt met de behoeften van de individuele patiënt.

Aan de ministers van Volksgezondheid van de gefedereerde entiteiten, het VIKZ, en het PAQS

2. Werk de kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van knieartrose verder uit.

   Doe dit samen met experten uit het veld. Dit houdt o.a. het volgende in: het vastleggen van teller, noemer, in- en exclusiecriteria op basis van nomenclatuur- en ICD-10-BE codes, het bepalen van termijnen waarbinnen men die codes kan opzoeken in de gegevensbanken, het bepalen van een streefwaarde voor elke indicator, en het bepalen van case-mix variabelen. Valideer vervolgens de technische definities en de overeenkomst tussen wat gemeten wordt met administratieve gegevens en met de medische dossiers voor elke kwaliteitsindicator.

Aan de zorgverleners betrokken bij de zorg voor patiënten met knieartrose

3. Informeer de patiënten over het bestaan van het chronische pijnforfait voor de doelgroep met chronische pijn veroorzaakt door chronische artritis/artrose, en begeleid hen zo nodig bij de aanvraag.

[t] Het KCE is als enige verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

Aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

4. Bekijk de mogelijkheid om bij een volgende herziening van de nomenclatuur (artikel 7 en 22), meer specifieke post-hoc evaluatie van de betrokken zorgverleners en gebruikte therapeutische modaliteiten, zoals elektrotherapie, mogelijk te maken, met het oog op het verlenen van feedback om de zorgkwaliteit te verbeteren.
5. Specifieer de huidige code voor 'artroscopie met meniscestomie', en voeg bepaalde voorwaarden toe, zodat deze alleen bij bepaalde diagnoses kan gebruikt worden.

Aan de federale minister van Volksgezondheid

6. Blijf inzetten op het meten van onder meer antibioticaprofylaxe bij totale knieprothese, van patiëntentevredenheid (PREMs), en van patiëntgerapporteerde uitkomstmaten (PROMs), bv. via het Pay-for-Performance programma.
7. Zet verder in, in het kader van de betrouwbaarheid, op de controle van de validiteit van de Minimale ziekenhuisgegevens, zodat een volledige en uniforme registratie wordt verkregen voor alle ziekenhuizen (zie bv. de onderregistratie van blaaskatheter).

Aan Healthdata.be

8. Blijf inzetten op het optimaliseren van kwalitatieve dataregistratie, waaronder ook het ORTHOpride register, die de traceerbaarheid en monitoring van kwaliteit van zorg toelaat.

Aan het Gezondheids(zorg)data-agentschap

9. Zet verder in op de integratie van de gezondheidsinformatiesystemen en een vlotte toegankelijkheid van de bestaande databanken, bv. ORTHOpride.

Aan de Belgian Society on Thrombosis and Haemostasis (BSTH), het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, en de universitaire ziekenhuizen

10. Start een experten werkgroep om de krijtlijnen uit te werken voor het gebruik van antitrombotica in de preventie van een diepe veneuze trombose en longembolie bij een knieprothese operatie.

Aan de bevoegde overheden, wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen die informatie verspreiden over de zorg voor patiënten met knieartrose

11. Blijf inzetten op het verschaffen van correcte informatie over de aanpak van knieartrose (op basis van recente '*evidence-based'* informatie).

Aan de wetenschappelijke gemeenschap die onderzoek verricht naar de zorg van patiënten met knieartrose

12. Om de vragen te beantwoorden waarop wij nog geen empirisch onderbouwde antwoorden hebben, moet onderzoek worden verricht naar de volgende onderwerpen:
    a) Hoe kan de continuïteit van de knieartrosezorg gewaarborgd worden in termen van een optimale samenwerking tussen de eerste en tweede lijn met inbegrip van de kinesitherapeut en/of andere paramedische zorgverleners?
    b) Is er plaats voor een zorgcoördinator, en welke zorgverlener zou deze rol kunnen opnemen om de continuïteit van de zorg voor een chronische patiënt te verbeteren?

REFERENTIES

1. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990-2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Rheumatol. 2023;5(9):e508-e22.
2. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. Lancet. 2019;393(10182):1745-59.
3. Spitaels D, Mamouris P, Vaes B, Smeets M, Luyten F, Hermens R, et al. Epidemiology of knee osteoarthritis in general practice: a registry-based study. BMJ Open. 2020;10(1):e031734.
4. Murphy L, Schwartz TA, Helmick CG, Renner JB, Tudor G, Koch G, et al. Lifetime risk of symptomatic knee osteoarthritis. Arthritis Rheum. 2008;59(9):1207-13.
5. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis & Rheumatology. 2020;72(2):220-33.
6. Bennett B, Coventry E, Greenway N, Minchin M. The NICE process for developing quality standards and indicators. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2014;108(8-9):481-6.
7. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of Osteoarthritis of the Knee (NonArthroplasty) Evidence-Based Clinical Practice Guideline. 2021. Available from: https://www.aaos.org/oak3cpg
8. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Surgical Management of Osteoarthritis of the Knee. Clinical Practice Guideline. 2022. Available from: https://www.aaos.org/quality/quality-programs/lower-extremity-programs/surgical-management-of-osteoarthritis-of-the-knee/
9. National Institute for Health and Care Excellence. Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder. NICE guideline [NG157]. 2020. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng157

10. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management. NICE guideline [NG226]. 2022. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng226

11. National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infections: prevention and treatment. NICE guideline [NG125]. 2020. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng125

12. National Institute for Health and Care Excellence. Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism. NG89. 2018. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng89

13. Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, Middleton RG, Reed M, Sahota O, et al. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(®)) Society recommendations. Acta Orthop. 2020;91(1):3-19.

14. Kampshoff CS, Peter WFH, van Doormaal MCM, Knoop J, Meerhoff GA, Vliet Vlieland TPM. KNGF-richtlijn Artrose heup-knie: Conservatieve, pre- en postoperatieve behandeling 2018. Available from: https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/atrose-heup-knie/downloads/kngf-richtlijn-artrose-heup-knie-2018.pdf

15. The Royal Australian College of General Practitioners. Guideline for the management of knee and hip osteoarthritis. 2nd edn. East Melbourne, Vic: RACGP. 2018.

16. Vlaamse Overheid. [cited October 8th 2023]. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/

17. e-gezondheid portaal INAMI - RIZIV. QERMID©ORTHOpride. 2022/01/18/14:05:51. Available from: https://www.ehealth.fgov.be/nl/beroepsbeoefenaars-in-de-gezondheidszorg/diensten/qermidorthopride

18. Meeus P, Dalcq V, Beauport D, Declercq K, Hoekx L, Sierens K, et al. RIZIV – INAMI. Medical practice variations: Knee prosthesis. 2023. Available from: https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations/musculoskeletal-system/lower-limbs/knee-prosthesis

19. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2022. 2022.

20. ORTHOpride. Belgian Hip and Knee Arthroplasy Register. Annual Report. 2022.

21. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Desfosses J, Luyten F, Verschueren S, Van Assche D, et al. Barriers for guideline adherence in knee osteoarthritis care: A qualitative study from the patients' perspective. Journal of evaluation in clinical practice. 2017;23(1):165-72.

22. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Grypdonck L, Dusar FR, Aertgeerts B, Luyten FP, et al. Quality of Care for Knee Osteoarthritis in Primary Care: A Patient's Perspective. Arthritis care & research. 2020;72(10):1358-66.

23. Spitaels D, Hermens R, Van Assche D, Verschueren S, Luyten F, Vankrunkelsven P. Are physiotherapists adhering to quality indicators for the management of knee osteoarthritis? An observational study. Musculoskeletal science & practice. 2017;27:112-23.

24. Desomer A Van den Heede Koen, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, Cleemput I. Het gebruik van patiëntuitkomsten en -ervaringen (PROMs/PREMs) voor klinische en beleidsdoeleinden – Synthese. Health Services Research (HSR) Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2018. KCE Reports 303As. D/2018/10.273/37.

25. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis in over 16s. Quality standard [QS87]. 2022. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/qs87

26. National Institute for Health and Care Excellence. Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder. Quality standard [QS206]. 2022. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/qs206/chapter/Quality-statements

27. Belgian Society of Radiology. Correct use of medical imaging [Web page].2010. Available from: https://www.bsr-web.be/resources/guidelines

28. Kerr DR, Kohan L. Local infiltration analgesia: a technique for the control of acute postoperative pain following knee and hip surgery: a case study of 325 patients. Acta Orthop. 2008;79(2):174-83.

29. OECD. Healthcare Quality and Outcomes (HCQO) indicators 2022-23 Definitions. 2022. Available from: https://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf

30. Brosseau L, Taki J, Desjardins B, Thevenot O, Fransen M, Wells GA, et al. The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part two: strengthening exercise programs. Clin Rehabil. 2017;31(5):596-611.

31. Grenier JP, Rothmund M, Missmann M. Variation in the utilisation of physiotherapy in patients with advanced knee osteoarthritis prior to total knee arthroplasty a systematic review. Musculoskeletal Care. 2023;21(2):338-54.

32. Camberlin C, Obyn C, Neyts M. Transversale Budget impact analyses: mogelijkheden bij het gebruik van administratieve databanken. Method. Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 369A. DOI: 10.57598/R369AS. 2023.

33. OECD. Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality. 2017. Available from: https://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf

34. Østerås N, Tveter AT, Garratt AM, Svinøy OE, Kjeken I, Natvig B, et al. Measurement properties for the revised patient-reported OsteoArthritis Quality Indicator questionnaire. Osteoarthritis Cartilage. 2018;26(10):1300-10.

35. Teo PL, Hinman RS, Egerton T, Dziedzic KS, Kasza J, Bennell KL. Patient-reported quality indicators to evaluate physiotherapy care for hip and/or knee osteoarthritis- development and evaluation of the QUIPA tool. BMC musculoskeletal disorders. 2020;21(1):202.

COLOFON

Titel:	Een kwaliteitsstandaard en kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van knieartrose – Synthese
Auteurs:	Vicky Jespers (KCE), Cécile Camberlin (KCE), Ans Van Ginckel (KCE), Justien Cornelis (KCE), Roos Leroy (KCE)
Project facilitator:	Els Van Bruystegem (KCE)
Data-extractie, transformatie en upload:	Cécile Camberlin (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Mats De Jaeger (KCE), Leen Verleye (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Externe experten:	Olivier Bruyère (Uliège), Pierre Burton (SORBCOT – Société royale belge de chirurgie orthopédique et de traumatologie), Axel de Aguirre (Huisartspraktijk Axel de Aguirre), Anita De Backer (RIZIV-INAMI, Eenheid Audit Ziekenhuizen), Liesbet De Baets (VUB - Vrije Universiteit Brussel)), Isabel De Boosere (ReumaNET vzw), Svin Deneckere (VIKZ), Jolien De Rijck (AZ Sint Blasius Dendermonde), Dirk De Wachter (VIKZ), Claire Gazotti (RIZIV-INAMI), Yves Henrotin (Fondation Arthrose, ULiège), Sigrid Janssens (KU Leuven), Marlies Kaerts (UZ Leuven), Kirsten Kerremans (AZ Sint Blasius), Céline Labie (KU Leuven), Natacha Laeremans (ReumaNET vzw), Frank Luyten (KU Leuven, UZ Leuven), Céline Mathy (Fondation Arthrose), Jo Nijs (VUB, UZ Brussel), Nils Runge (VUB), Quentin Schoonvaere (PAQS asbl), Emmanuel Thienpont (Cliniques universitaires Saint Luc Bruxelles), Johan Vanlauwe (UZ Brussel), Philippe Van Overschelde (Belgian Knee Society), Peter Verdonk (BVOT - Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie), Frank Verheyden (Heilig Hart Ziekenhuis Lier), Jan Victor (UZ Gent, UGent)
Externe validatoren:	Nina Østerås (Center for treatment of Rheumatic and Musculoskeletal Diseases (REMEDY), Diakonhjemmet Hospital, Oslo, Noorwegen), Lies Grypdonck (RIZIV – INAMI), Paul Baker (South Tees Hospitals NHS Foundation Trust, Verenigd Koninkrijk)
Acknowledgements:	Wij bedanken graag Cécile Oury (ULiège, BSTH) en Andrée Mangin (KCE) voor hun ondersteuning.
Belangen KCE experten:	Het KCE is een federale instelling die wordt gefinancierd door het RIZIV, door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De opdracht van het KCE bestaat erin de beleidsmakers te adviseren over beslissingen inzake gezondheidszorg en ziekteverzekering op basis van wetenschappelijk en objectief onderzoek. Het moet de best mogelijke oplossingen identificeren en belichten, in het kader van een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, rekening houdend met de groeiende vraag en de budgettaire beperkingen. Het KCE heeft geen belangen in bedrijven (commerciële of niet-commerciële, d.w.z. ziekenhuizen en universiteiten), verenigingen (bv. beroepsverenigingen, vakbonden), personen of organisaties (bv. lobbygroepen)

die door de uitvoering van de aanbevelingen positief of negatief (financieel of anderszins) zouden kunnen worden beïnvloed. Alle experten die betrokken waren bij het schrijven van het verslag of het peer-reviewproces hebben een belangenverklaring ingevuld. Informatie over mogelijke belangenconflicten staat in de colofon van dit verslag. Alle leden van het team van KCE-experten leggen jaarlijks een belangenverklaring af en nadere gegevens daarover zijn op verzoek verkrijgbaar.

Gemelde belangen:

‘‘Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict’’.

Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Paul Baker (Lid van de British Orthopaedic Association (BOA), lid van de British Association for Surgery of the Knee (BASK)), Isabel De Boosere (Reumanet als belangenorganisatie voor reumapatiënten), Nina Østerås (Joint Effort Initiative Implementation Working Groep van de OARSI met als doel de adoptie van de beste zorgprogramma’s voor artrose te versnellen), Emmanuel Thienpont (Lid van het uitvoerend comité van de European Knee Society), Johan Vanlauwe (Vereniging Belgische Orthopedie en Traumatologie: secretaris), Philippe Van Overschelde (Belgische Knee Society), Peter Verdonk (BVAS, BVOT, BKS, ESSKA, ISAKOS, ICRS, MoRE), Frank Verheyden (President Belgian Knee Society), Jan Victor (BVOT, Belgian Knee Society, European Knee Society, American Knee Society)

Eigenaar van maatschappelijk kapitaal, opties, aandelen of andere financiële instrumenten: Yves Henrotin (Artialis sa), Peter Verdonk (CONMED-royalties)

Houder van intellectuele eigendomsrechten (patent, ontwikkelaar van een product, copyrights, trademarks, etc.): Jan Victor (Octrooien onder licentie van Smith and Nephew en Corin)

Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Axel de Aguirre (Verslag over de implementatie van EBPracticenet voor de conservatieve behandeling van artrose van de knie en heup), Céline Labie (Doctoraatsstudente)

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker (‘principal investigator’) of onderzoeker: Paul Baker (NIHR Grant Holder – 2 NIHR onderzoeksprojecten, OPAL Study – Occupational Advice for patients undergoing arthroplasty of the lower limb, OPAL Trial – Occupational Support for patients undergoing arthroplasty of the lower limb), Liesbet De Baets (PREMEO Trial: I 'integratie van cognitieve gedragstherapie therapie voor slapeloosheid naar beste zorgpraktijken voor patiënten met knieartrose en slapeloosheid - Een gerandomiseerde gecontroleerde studie), Yves Henrotin (CUBO (Tilman), WOBESMART (Nestlé), T-MOTION (Naturex), LASARE (4P-PHARMA)), Marlies Kaerts (Onderzoeker van de wetenschappelijke studie: “Gezondheidsstatus, objectieve fysieke fitheid en gebruik van fysiotherapie bij artritis psoriatica” aan UZ/KU Leuven (S65783)), Céline Labie (Studieonderzoeker: Naar therapie op maat voor mensen die lijden aan artrose: de toegevoegde waarde van cognitieve gedragstherapie bij

slapeloosheid bij mensen die lijden aan knieartrose en slapeloosheid (PREMEO studie)), Jo Nijs (Verschillende lopende onderzoeken naar de behandeling van knieartrose), Nina Østerås (hoofdonderzoeker van twee gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken op afstand zorg voor axiale spondyloartritis en jicht, voor een populatiegebaseerde longitudinale cohortstudie naar artrose en hoofd van de werkgroep “Innovatieve benaderingen van zorg op afstand” in het REMEDY-centrum. Co-promotor van een doctoraatsstudent met een gerandomiseerde studie over digitale oefeningen bij knie-/heupartrose), Nils Runge (scriptiefinanciering als onderdeel van PREMEO-onderzoek), Philippe Van Overschelde (Mobiele applicatie voor revalidatie RCT-Patiënt gerapporteerde revalidatie-uitkomst en kwaliteit van leven in IT-literatuurpatiënten die een primaire knie- of heupartroplastiek ondergaan en gerandomiseerd naar revalidatie met of zonder mogelijk gebruik van een mobiele applicatie), Peter Verdonk (LIPOGEM vs Hyaluronic Acid RCT), Jan Victor (Atlasstudie (Moximed), Move Up-studie voor RIZIV)

Een beurs, honoraria of fondsen voor een personeelslid of een andere vorm van compensatie voor het uitvoeren van onderzoek in het kader van het vorige punt: Olivier Bruyère (Onderzoekssubsidie (gedurende de laatste 5 jaar) van Biophytis, IBSA, Mylan, TRB), Jo Nijs (Onderzoeksfonds voor onderzoek naar de behandeling van artrose van de knie. Deze onderzoeksfondsen worden (deels) beheerd door mij, in mijn rol aan de VUB (als PI of co-PI) van deze projecten), Jan Victor (FWO financiering voor doctoraatsonderzoek naar uitlijning en revisie van totale knieprothesen)

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Olivier Bruyère (Consultatie- of lezingskosten van Amgen, Aptissen, Biophytis, IBSA, Mylan, Novartis, Orifarm, Sanofi, UCB en Viatris), Pierre Burton (Amplitude, ICB), Dirk De Wachter (VIKZ), Yves Henrotin (Tilman, Kiomed , Expanscience, Nestlé, 4P-Pharma, Geenequine, Grunenthal), Natacha Laeremans (Als vrijwilliger voor een bedrijfsproject via ReumaNet vzw), Peter Verdonk (LIPOGEM, CARTIHEAL, CONMED, AQTOR)

Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Pierre Burton (Amplitude, ICB), Liesbet De Baets (Cursus over slaapmanagement bij een populatie met chronische pijn, inclusief mensen met artrose), Isabel De Boosere (Reumanet doet vrijwilligerswerk voor Grünenthal (vrijwilligers vergoeding) - een farmaceutisch bedrijf dat een medicijn ontwikkelt voor vrijwilligers Reumanet voor het FAGG - aanvraag voor een pilootstudie voor een medicijn tegen artrose), Yves Henrotin (Tilman, Kiomed, Expanscience, Lahbra, Nestlé), Céline Labie (Als onderdeel van mijn proefschrift), Nina Østerås (Gesubsidieerde reizen en accommodatie voor de EULAR 2023 Congres en het Scandinavische Reumatologie Congres 2023), Nils Runge (Reiskosten en tijdvergoeding voor een presentatie op het Physio 2023 Congres in Duitsland (thema: slapeloosheid en chronische pijn)), Frank Verheyden (Soms spreek ik op bijeenkomsten georganiseerd door Smith en Nephew)

	Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Paul Baker (Voormalig lid van de NICE Guidelines Committee (NG157) en lid van de NICE Quality Standards Committee (deze functies eindigden respectievelijk in 2020 en 2021)), Olivier Bruyère (Lid van de European Society for Aspects klinische en economische studies van osteoporose, artrose en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (ESCEO) die richtlijnen heeft ontwikkeld op het gebied van artrose), Svin Deneckere (Directeur van VIKZ. De resultaten van dit onderzoek kunnen leidend zijn voor het ontwerp van nieuwe indicatoren binnen de VIKZ), Emmanuel Thienpont (Hoofd Orthopedie -Afdeling Traumatologie, Universitaire Klinieken Sint-Luc, Brussel), Johan Vanlauwe (Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie: secretaris), Peter Verdonk (Voormalig voorzitter van de BKS, nieuwe voorzitter van de BVOT), Frank Verheyden (Voorzitter van de Belgian Knee Society), Jan Victor (BKS, EKS) **Andere mogelijke belangen die kunnen leiden tot een potentieel of reëel belangenconflict:** Isabel De Boosere (Als Reumanet-vrijwilliger neem ik ook deel aan de stuurgroep van het KCE COGENIUS-project over knieartrose en postoperatieve kniepijn)
Layout:	Ine Verhulst, Joyce Grijseels
Disclaimer:	• **De externe experten werden op twee momenten geraadpleegd tijdens dit project. Ten eerste om schriftelijke feedback te leveren en ten tweede om deel te nemen aan een vergadering, om consensus te bereiken over de klinische relevantie van de standaard en indicatoren.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. De externe experten en validatoren zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Projectnummer:	2021-09
Publicatiedatum:	19 december 2023
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Osteoarthritis, Knee; Humans; Quality of Health Care; Quality Indicators, Health Care; Quality Assurance, Health Care

NLM classificatie: WE 870

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2023/10.273/37

ISSN: 2466-6432

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties.

https://doi.org/10.57598/R375AS



Hoe refereren naar dit document? Jespers V, Camberlin C, Van Ginckel A, Cornelis J, Leroy R. Een kwaliteitsstandaard en kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van knieartrose – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2023. KCE Reports 375As. D/2023/10.273/37

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.