

Fontys Paramedische Hogeschool

Opleiding tot Fysiotherapeut



Samenwerking fysiotherapeuten en psychologen

**Een behoefteonderzoek onder eerstelijns
fysiotherapeuten binnen zuidoost Brabant**

Laura van den Groenendaal

Begeleidster: Anke Lahaije
Januari 2014

Versie 1.0

Personalia

Student

Naam	Laura van den Groenendaal
Adres	Ginderover 64, 5591 JR Heeze
Telefoonnummer	06-48520923
E-mailadres	lauravandengroenendaal@gmail.com

Instelling

Naam	Fontys Paramedische Hogeschool
Adres	Ds. Th. Fliednerstraat 2, 5631 BN Eindhoven
Postbus	Postbus 347, 5600 AH Eindhoven
Telefoonnummer	08850 80000

Begeleider

Naam	Anke Lahaije
Adres	Ds. Th. Fliednerstraat 2, 5631 BN, kamer 0.211
Telefoonnummer	0031 8850 81081
E-mailadres	a.lahaije@fontys.nl

Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is tot stand gekomen als afstudeeropdracht van de opleiding Fysiotherapie aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven.

De aanleiding voor dit onderzoek is de toename van psychische aandoeningen binnen Nederland. Fysiotherapeuten komen in de praktijk patiënten tegen die naast hun fysieke klachten tevens psychische klachten kunnen hebben en die klachten kunnen elkaar wederzijds beïnvloeden. Door middel van een survey wordt onderzoek gedaan naar de behoefte aan samenwerking met psychologen.

Tijdens het verwezenlijken van dit onderzoek is een aantal personen van belang geweest door de nodige begeleiding en ondersteuning. Allereerst wil ik Dhr. Chris Burtin bedanken voor zijn rol als coördinator. Daarnaast dank aan Dhr. Steven Onkelinx en Dhr. Jaap Jansen voor het verzorgen van de informatieve colleges. Vervolgens grote dank aan Mevr. Anke Lahaije, voor haar persoonlijke begeleiding, feedback, betrokkenheid en sfeer tijdens de bijeenkomsten. Daarnaast dank aan de leden van ons projectgroepje, voor de fijne samenwerking, de kritische feedback en de goede sfeer tijdens de bijeenkomsten. Op de laatste plaats wil ik mijn familie, vrienden en mijn vriend bedanken, voor hun steun, begrip en betrokkenheid gedurende de tijd van dit onderzoek.

In dit verslag wordt gesproken over respondenten, fysiotherapeuten en patiënten; waar 'hij' geschreven staat, kan zowel 'hij' als 'zij' gelezen worden.

In bijlage I zijn de operante definities terug te vinden.

Samenvatting

Achtergrond

Wereldwijd zijn psychische aandoeningen veelvoorkomend en dit aantal zal naar verwachting blijven groeien. In Nederland lijdt ruim 40% van de bevolking aan enige vorm of een combinatie van stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen. Deze aandoeningen komen we ook tegen in de fysiotherapie. Daarnaast komt somatisatie bij 32% van de fysiotherapiepatiënten voor. De doelstelling van deze survey is het in kaart brengen van de mate van behoefte aan samenwerking met een psycholoog onder de eerstelijns fysiotherapeuten binnen zuidoost Brabant.

Methode

Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van een survey. De survey is opgesteld met gebruik van www.thesistools.com. In totaal zijn er 321 eerstelijns praktijken in zuidoost Brabant aangeschreven. De survey is ingevuld door 80 respondenten. Voor het in kaart brengen van de resultaten is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek en IBM SPSS versie 20.

Resultaten

76% van de respondenten geeft aan behoefte te hebben aan overleg met een psycholoog. Bij het voorkomen van stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen in de praktijk blijkt een significant verschil aanwezig ($p = 0.000$) op het gebied van de behoefte aan samenwerking met een psycholoog. Bij het voorkomen van psychosomatiek in de praktijk is er geen significant ($p = 0.078$) verschil in de behoefte aan samenwerking met een psycholoog.

Conclusie

Binnen de eerstelijns fysiotherapie is er behoefte aan samenwerking met psychologen. Naarmate psychische klachten vaker voorkomen in de praktijk, is er meer behoefte aan samenwerking met psychologen. In geval van samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen heeft een persoonlijk overleg de voorkeur. Voor zowel fysiotherapeuten als patiënten zijn meerdere voordelen van een samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen te benoemen.

Abstract

Background

Mental disorders are a common problem worldwide and are expected to keep increasing. 40% of the Dutch population is estimated to suffer from mood, anxiety, somatoform, substance abuse, attention deficit or conduct disorders. These disorders are also present in physical therapy patients. Research indicates that 32% of physical therapy patients suffer from somatisation disorders. The goal of this survey is to establish the need to collaborate with psychologist among primary care physical therapists in southeastern Brabant.

Methods

A survey was used in this study. The survey was published online via www.thesistools.com and was sent to 321 primary physical therapy practices in southeastern Brabant. In total 80 respondents completed the survey. The results of this survey are processed by using descriptive statistics and IBM SPSS version 20.

Results

76% of the respondents have a need of consulting with psychologists. A significant difference ($p = 0.000$) was found in cases of mood, anxiety, somatoform, substance abuse, attention deficit or conduct disorders with regards to the need to consult (with) a psychologist. In cases of psychosomatics no significant difference ($p = 0.078$) was found in the need for collaboration with a psychologist.

Conclusion

Among primary care physical therapists, there is a need of consulting with psychologists. The more mental disorders occur, the greater the need of consulting with psychologists becomes. A face to face consultation between physiotherapists and psychologists is most preferred in collaboration. Multiple benefits of collaboration between physiotherapists and psychologists can be appointed for both physiotherapists and patients.

Inhoudsopgave

Personalia.....	2
Voorwoord	3
Samenvatting.....	4
Abstract.....	5
Inhoudsopgave	6
1. Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Probleemstelling	7
1.3 Vraagstelling	8
2. Methode	9
2.1 Design.....	9
2.2 Patiëntenpopulatie	9
2.3 Deelnemerspopulatie.....	9
2.5 Data analyse	10
2.6 Ethische paragraaf	10
3. Resultaten.....	11
3.1 Selectieprocedure	11
3.2 Vragenlijst	11
4. Discussie	17
4.1 Discussie	17
4.2 Beperkingen van het onderzoek.....	21
4.3 Sterke punten van het onderzoek.....	22
5. Conclusie	23
5.1 Conclusie	23
5.2 Aanbevelingen	23
6. Referenties	24
Bijlage I Operante definities	26
Bijlage II Vragenlijst	27
Bijlage III Uitnodigingsmail.....	30
Bijlage IV Herinneringsmail	31
Bijlage V Geheimhoudingsverklaring	32
Bijlage VI Resultaten	33
Bijlage VII Beoordelingsformulier projectplan	42
Bijlage VIII Overeenkomst overdracht rechten.....	45

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Waarschijnlijk kent iedereen de verhalen wel; een buurman die een psychose heeft gehad, een familielid met ADHD, een kennis die depressief is of een collega die iemand kent die aan alcohol of drugs verslaafd is (geweest).

Wereldwijd zijn psychische aandoeningen, waaronder depressie en angststoornissen, veelvoorkomende aandoeningen. Ze staan in de top vier van meest voorkomende ziekten. Daarnaast verwacht de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) dat het aantal personen met psychische problemen zal blijven groeien.⁽¹⁾

Het Trimbos-instituut heeft binnen Nederland twee psychiatrisch-epidemiologische studies onder de algemene bevolking afgenomen, NEMESIS-1⁽²⁾ (veldwerkperiode 1996) en NEMESIS-2⁽³⁾ (veldwerkperiode 2007-2009). Het doel van deze studies was actuele gegevens te verkrijgen over het vóórkomen, ontstaan, beloop en de gevolgen van psychische aandoeningen.⁽³⁾ Uit het meest recente onderzoek, NEMESIS-2, komt een lifetime prevalentie van enigerlei As-1 aandoeningen (DSM-IV)⁽⁴⁾ naar voren van 42.7% binnen de Nederlandse bevolking tussen de leeftijden van 18 en 64 jaar. Bij mannen lag het gemiddelde over de leeftijdsgroepen iets hoger dan bij vrouwen, respectievelijk 43.4% en 41.9%. Dat wil zeggen dat ongeveer 4 op de 10 Nederlanders aan enige vorm of een combinatie van stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen zou lijden.⁽³⁾ Deze cijfers laten een groei van 1.5% zien ten opzichte van NEMESIS-1, waarin in 1996 werd vastgesteld dat 41.2% van de Nederlandse bevolking ooit in hun leven aan een psychische aandoening leed.⁽⁵⁾

In 2007 heeft Van der Horst onderzoek gedaan naar het voorkomen van psychische aandoeningen in de eerstelijns fysiotherapie.^{(6) (7)} Van der Horst stelde vast dat somatisatie bij 32% van de patiënten voorkwam. In dit onderzoek werd tevens geconstateerd dat bij 30% van de patiënten distress klachten aanwezig waren. Van het in deze studie onderzochte aantal patiënten bleek 14% last te hebben van depressieve klachten. Daarnaast komt uit dit onderzoek naar voren dat enigerlei vorm van angststoornis aanwezig was bij 6% van de patiënten.^{(6) (7)}

1.2 Probleemstelling

Binnen de opleiding tot fysiotherapeut aan Fontys Paramedische Hogeschool Eindhoven wordt er aandacht besteed aan het screenen op gele vlaggen. Daarnaast wordt er in de colleges en praktijklessen 'gedragswetenschappen' aandacht besteed aan de verschillende typen patiënten en hoe hiermee om te gaan. Tevens worden studenten er binnen de opleiding attent op gemaakt dat gele vlaggen kunnen voorkomen in de praktijk. Indien deze aan de orde zijn en de behandeling in de weg staat of beperken, bestaat er altijd de mogelijkheid de patiënt te adviseren contact op te nemen met een psycholoog. Tevens wordt er op geattendeerd dat de mogelijkheid bestaat om de patiënt door te

verwijzen naar de huisarts om deze problematiek daar te bespreken. Daarnaast worden de fysiotherapeuten opgeleid met een denkwijze vanuit het bio-psycho-sociale model.⁽⁸⁾ In ons beroepsprofiel (KNGF) staat dat de fysiotherapeut attitude, gedrag en leefstijl van de hulpvrager beïnvloedt, gezondheidsproblemen op gebied van functies, activiteiten en participatie opheft, danwel vermindert of helpt deze te compenseren. Daarnaast creëert hij mogelijkheden tot het verbeteren of in stand houden van het participatieniveau, wanneer deze een relatie hebben met de hulpvraag en/of het gezondheidsprobleem.⁽⁹⁾ Echter, fysiotherapeuten zijn specialist op het gebied van het menselijke bewegen⁽⁹⁾ en niet op het gebied van psychische aandoeningen. Gezien de prevalentiecijfers is de kans groot dat er naast de fysieke klachten waarvoor de patiënten bij ons komen, of als oorzaak van de fysieke klachten waarvoor ze bij ons komen, een psychische (co-)morbidity aan ten grondslag ligt. Is onze kennis en kunde voldoende om daarmee om te (blijven) gaan? Of is er in geval van psychische (co-)morbidity behoefte aan samenwerking met een specialist op het gebied van het menselijke brein en daaruit volgend gedrag, de psycholoog?

De doelstelling van dit onderzoek is het inventariseren of er onder de eerstelijns fysiotherapeuten binnen zuid-oost Brabant behoefte is aan samenwerking met psychologen.

1.3 Vraagstelling

De onderzoeksvraag luidt:

'Is er binnen de eerste lijn fysiotherapie behoefte aan samenwerking met psychologen?'

Deelvraag 1:

'Aan welke vorm van samenwerken is (het meest) behoefte?'

Deelvraag 2:

'Wat zijn naar mening van de fysiotherapeut de voordelen voor de patiënt in een opgezette samenwerking?'

Deelvraag 3:

'Wat zijn naar mening van de fysiotherapeut de voordelen voor de fysiotherapeut in een opgezette samenwerking?'

2. Methode

2.1 Design

Middels een vragenlijst werd er onder eerstelijns fysiotherapeuten een steekproef genomen om de behoefte aan samenwerking met psychologen te onderzoeken. Tevens werd een inventarisatie gedaan naar de voordelen van een samenwerking, voor zowel de fysiotherapeuten, als de patiënten. De vragenlijst werd opgesteld aan de hand van stapsgewijze beschrijving met betrekking tot het opstellen van een gestructureerde vragenlijst uit het boek 'Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn', hoofdstuk 17.⁽¹⁰⁾ De volledige vragenlijst is terug te vinden in bijlage II.

De survey is via www.thesistools.com gepubliceerd. Vervolgens hebben alle deelnemers een e-mail ontvangen met daarin de introductie naar dit onderzoek en een link naar de online survey. De begeleidende brief is terug te vinden in bijlage III.

2.2 Patiëntenpopulatie

De vragen binnen de survey die de deelnemerspopulatie voorgelegd kreeg waren voornamelijk gericht op patiënten met psychosomatische klachten en/of stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen.

2.3 Deelnemerspopulatie

De doelgroep voor deze survey bestond uit fysiotherapeuten werkzaam in de eerstelijns. Daarnaast dienden zij werkzaam te zijn binnen zuidoost Brabant. Voor de benadering van de deelnemers werden gegevens geëxtraheerd uit de database van www.defysiotherapeut.com. Hier werd op woonplaats gezocht naar fysiotherapeuten of praktijken binnen de eerstelijns; er werd enkel gezocht op woonplaatsen die binnen de gemeenten van zuidoost Brabant vallen. Van sommige praktijken waren er geen e-mailadressen of websites geregistreerd op www.defysiotherapeut.com. In die gevallen werd er op www.google.com op naam en woonplaats van de praktijk gezocht om zo mogelijk alsnog contactgegevens te verkrijgen. Wanneer er van een desbetreffende praktijk geen website of e-mailadres gevonden werd op www.defysiotherapeut.com of via het zoeken op www.google.com, werd deze praktijk niet benaderd voor dit onderzoek.

Inclusiecriteria:

- Fysiotherapeuten werkzaam binnen de eerstelijns.
- Fysiotherapeuten werkzaam binnen een gemeente in zuidoost Brabant.
- Fysiotherapeuten aangesloten bij de database van www.defysiotherapeut.com.
- Fysiotherapeuten met een persoonlijk e-mailadres via de praktijk, of het algemene e-mailadres van desbetreffende praktijk.

2.4 Procedure

De survey werd verwerkt door middel van een online enquête-tool van de website www.thesistools.com. Vervolgens is de volledige lijst met fysiotherapeuten uit zuidoost Brabant aangeschreven middels e-mail. De fysiotherapeuten hebben een e-mail ontvangen met daarin de begeleidende brief, die te vinden is in bijlage III. De e-mail bevatte tevens een link naar de enquête. In totaal werden er 321 praktijken aangeschreven.

De eerste uitnodiging tot deelname aan de survey werd verstuurd op 01-11-2013. Nadat de survey 2 weken online had gestaan is er op 18-11-2013 een herinneringsmail gestuurd naar de volledige deelnemerspopulatie. De herinneringsmail is terug te vinden in bijlage IV. De enquêtes ingevuld tot en met 02-12-2013 zijn meegenomen in dit onderzoek.

2.5 Data analyse

De vragenlijst bestond uit multiple choice vragen, multiple response vragen, open vragen en één rangschikvraag. Voor het analyseren van multiple choice en multiple response vragen is descriptieve statistiek gebruikt. Voor het descriptief analyseren van de data is gebruik gemaakt van IBM SPSS versie 20. Per antwoordmogelijkheid op de multiple choice vragen werd een aantal of percentage van het totale aantal respondenten genomen. De categorische variabelen uit de multiple choice en multiple response vragen werden door middel van een chikwadraattoets of one-way ANOVA geanalyseerd. Hiermee werd onder andere geanalyseerd of er verschillen bestaan tussen de antwoordcategorieën per vraag.

Van continue uitkomsten uit de rangschikvraag werd een gemiddelde genomen, met daarbij een standaarddeviatie. Wanneer er onder de continue uitkomsten een niet-normale verdeling aanwezig was, werd een mediaan met interkwartielranges vernoemd.

In geval van statistische significantie is een P-waarde van 0.05 worden aangehouden.

De open vragen werden kwalitatief geanalyseerd door de onderzoeker.

2.6 Ethische paragraaf

De enquête was volledig anoniem in te vullen, er werden geen persoonlijke gegevens gevraagd of geregistreerd. De antwoorden uit de enquête zijn geheel anoniem ontvangen en verwerkt, dit is ook aan de respondenten gecommuniceerd in de begeleidende brief ter uitnodiging voor deelname aan de enquête. Tevens werd er een geheimhoudingsverklaring meegestuurd, ondertekend door de onderzoeker, de begeleidster en de coördinator van het afstudeerproject. Deze geheimhoudingsverklaring is te vinden in bijlage V.

3. Resultaten

3.1 Selectieprocedure

In totaal zijn er 321 fysiotherapiepraktijken aangeschreven.

Daaruit hebben 80 respondenten de survey ingevuld. Hiervan hebben 11 deelnemers de enquête niet volledig ingevuld. Van de 11 niet volledig ingevulde enquêtes hebben 3 wel antwoord gegeven op de vraag die de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoordt; daarom worden deze 3 enquêtes toch geïnccludeerd. Voor het beantwoorden van de deelvragen zullen enkel de 69 volledig ingevulde enquêtes worden gebruikt.

3.2 Vragenlijst

Demografische gegevens:

De overgebleven 72 respondenten bestonden uit 34 mannen en 38 vrouwen. De mediaan van het aantal jaar dat de respondenten reeds werkzaam zijn als fysiotherapeut is 22 [IQR 10.0, 30.0], met een minimum van 1 en een maximum van 45 jaar. De mediaan van het aantal uren dat de respondenten per week werken is 35.5 [IQR 26.5, 40.0], met een minimum van 15 en een maximum van 55 uren.

Er werd gevraagd naar het beroep of specialisatie van de respondenten. Op deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk, omdat de mogelijkheid bestaat dat een respondent verschillende specialisatiecursussen of –opleidingen heeft gevolgd. Bij aanvang van deze vraag stond ‘algemeen fysiotherapeut’ standaard aangevinkt.

Een overzicht van de beroepen en/of specialisaties van de respondenten is te zien in tabel 1.

Er werd gevraagd naar de werksetting van de respondenten.

64 van de 72 respondenten geven aan werkzaam te zijn in een eerstelijns praktijk en vier respondenten zijn werkzaam in een gezondheidscentrum. Wanneer de respondenten aangaven in een andere werksetting werkzaam te zijn dan een eerstelijns praktijk of een gezondheidscentrum, werd hen gevraagd in wat voor werksetting ze dan werkzaam zijn. De 4 respondenten die hebben aangegeven in een andere werksetting dan eerstelijns praktijk of gezondheidscentrum werkzaam te zijn, gaven aan in een eerstelijns verpleeghuis, een eerstelijns praktijk binnen een gezondheidscentrum of deels in de eerstelijns en deels in een ziekenhuis werkzaam te zijn.

Vervolgens werd de vraag gesteld of er binnen de werksetting van de respondenten een intercollegiaal overleg (mogelijk) is. Op deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk. Van het aantal ingevulde antwoorden, vallen er 5 in de categorie waarbij geen overleg mogelijk is. 39 respondenten gaven aan dat er overleg mogelijk is met alleen fysiotherapeuten. In totaal waren er 54 respondenten die aangaven dat er multidisciplinair overleg mogelijk is binnen hun werksetting, hiervan

gaven 24 respondenten aan dat dit in eigen praktijk mogelijk is en 30 respondenten gaven aan dat dit buiten de eigen praktijk plaats vindt.

Tabel 1.: Beroep(en) en specialisatie(s) van de respondenten.

Antwoord	Frequentie
Algemeen fysiotherapeut	18x
Kinderfysiotherapeut	3x
Algemeen fysiotherapeut + manueel therapeut	14x
Algemeen fysiotherapeut + psychosomatisch fysiotherapeut	6x
Algemeen fysiotherapeut + sportfysiotherapeut	6x
Algemeen fysiotherapeut + anders	5x
Algemeen fysiotherapeut + kinderfysiotherapeut	4x
Algemeen fysiotherapeut + geriatriefysiotherapeut	3x
Algemeen fysiotherapeut + oedeemfysiotherapeut	1x
Algemeen fysiotherapeut + oncologiefysiotherapeut	1x
Algemeen fysiotherapeut + arbeidsfysiotherapeut + manueel therapeut	2x
Algemeen fysiotherapeut + manueel therapeut + oedeemtherapeut	2x
Algemeen fysiotherapeut + manueel therapeut + orofaciaal therapeut	2x
Algemeen fysiotherapeut + oedeemfysiotherapeut + psychosomatisch fysiotherapeut	1x
Algemeen fysiotherapeut + arbeidsfysiotherapeut + anders	1x
Algemeen fysiotherapeut + manueel therapeut + anders	1x
Algemeen fysiotherapeut + manueel therapeut + oedeemfysiotherapeut + orofaciaal therapeut	1x
Algemeen fysiotherapeut + manueel therapeut + oedeemfysiotherapeut + orofaciaal therapeut + psychosomatisch fysiotherapeut	1x

Hierna werd gevraagd naar de bekendheid van Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) en Regionale OndersteuningsStructuren (ROS). Over LOVE gaven 11 van de 72 respondenten aan het te kennen. ROS was bij 32 van de 72 respondenten bekend. Geen van de respondenten heeft deelgenomen aan LOVE of is aangesloten bij ROS.

Vervolgens werd er gevraagd naar het voorkomen van psychosomatiek en overige psychische aandoeningen, zoals stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen in de praktijk.

Bijna 71% van de respondenten gaf aan minimaal 1x in de week patiënten te zien waarbij psychosomatiek meespeelt in de klachten. 16,7% gaf aan deze patiënten minimaal eens per maand, maar minder dan eens per week te treffen. In 11,1% van de gevallen kwam psychosomatiek minstens eens per jaar, maar minder dan eens per maand voor. Van de 72 respondenten gaf 1 respondent aan dat dit nooit voorkwam in de praktijk.

In geval van de stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen gaf 51,4% van de respondenten aan dit minimaal eens per week in de praktijk tegen te komen. Deze aandoeningen kwamen bij 29,2% van de antwoorden minimaal eens per maand, maar minder dan eens per week voor. 13,9% gaf aan deze patiënten minimaal eens per jaar, maar minder dan eens per maand te zien. 2,8% geeft aan dat deze aandoeningen nooit in de praktijk voorkomen en nog eens 2,8% geeft aan niet te weten of dit voorkomt en/of hoe vaak dit in de praktijk voorkomt.

Op de vraag of de respondenten weten hoe om te gaan met patiënten met psychosomatische klachten en/of stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen, gaf tweederde van de respondenten aan hier goed mee om te kunnen gaan. 30,6% van de respondenten gaf aan hier mee om te kunnen gaan, maar er wel moeite mee te hebben. Van de 72 respondenten gaven 2 respondenten aan niet goed om te kunnen gaan met patiënten met psychosomatische klachten en/of stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen.

Vervolgens werd degenen die aan hebben gegeven goed of met moeite om te kunnen gaan met deze patiënten de vraag gesteld op welke manier zij hiermee hebben leren omgaan. 21 respondenten gaven aan hiervoor een verdiepende opleiding of cursus te hebben gevolgd en 42 respondenten gaven aan dat dit voort is gekomen uit ervaring. Hierbij was 'anders, namelijk' ook een antwoordmogelijkheid, dit werd door 7 van de 70 respondenten geantwoord. Wanneer die antwoordmogelijkheid werd gekozen, kregen de respondenten de mogelijkheid om middels een invulscherm aan te geven op welke andere manier dan een opleiding, cursus of ervaring zij hebben leren omgaan met patiënten met psychosomatische klachten en/of stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen. De antwoorden op deze open vraag zijn te vinden in tabel 3.

Tabel 3: Antwoorden op de open vraag hoe de respondenten hebben leren omgaan met patiënten met psychosomatische klachten en/of stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen.

Antwoord; Anders, namelijk...	Frequentie
Zowel verdiepende opleiding/cursus als ervaring	2x
Via eigen psychologen	1x
Tevens afgestudeerd neuropsycholoog	1x
Master of Education afstudeerrichting ambulant residentieel orthopedagoog	1x
In verpleegtehuizen gewerkt	1x
Verbijzondering psychosomatiek	1x

Op de vraag of er onder de respondenten behoefte is aan samenwerking met een psycholoog in geval van patiënten met psychosomatische klachten en/of stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen gaven 4 van de 72 respondenten aan minimaal eens per

week behoefte aan samenwerking met een psycholoog te hebben. 21 van de 72 respondenten gaven aan minimaal eens per maand, maar minder dan eens per week behoefte te hebben aan overleg. 30 van de 72 respondenten gaven aan minimaal eens per jaar, maar minder dan eens per maand behoefte te hebben aan overleg met een psycholoog. 6 respondenten gaven als antwoord nooit behoefte te hebben aan overleg met een psycholoog. 11 respondenten gaven aan niet te weten of ze behoefte hebben aan overleg, of niet te weten hoe vaak zij behoefte hebben aan overleg.

Hierna werd de respondenten gevraagd of er nog andere momenten of gevallen, dan de reeds genoemde problematiek, voorkwamen in de praktijk, waarbij zij mogelijk behoefte zouden hebben aan overleg met een psycholoog. Hierop gaf bijna 60% aan dat dit niet aan de orde is. De overige 40% werd gevraagd om hiervan aan te geven wat deze gevallen dan zouden zijn. De antwoorden hierop zijn door de onderzoeker gecategoriseerd en zijn te vinden in tabel 4. Een overzicht van de originele antwoorden van de respondenten is terug te vinden in de bijlage VI, tabel a.

Tabel 4: Andere momenten of gevallen waarbij de respondenten (mogelijk) behoefte hebben aan een samenwerking met een psycholoog.

Antwoord; Ja, namelijk...	Frequentie
Indien nodig / noodgevallen / bij twijfel	6x
Overige aandoeningen waarvan bekend is dat psychogene factoren een rol kunnen spelen in klachten en behandeling	6x
Casuïstiekbespreking	3x
Sturing bij levensstijl- of gedragsverandering	2x
Behandelen van kinderen met problemen	1x
Structurele ondersteuning naast motivational interviewing	1x
Evaluatie van behandeling	1x
Gedragsverandering als gevolg van bijvoorbeeld CVA of Parkinson	1x
Palliatieve zorg	1x
Toevoeging aan ons eigen vak	1x
Omdat er soms tegenstrijdige aanpak /begeleiding is	1x

Vervolgens werd de respondenten gevraagd om aan te geven wat zij de beste vorm voor het opzetten van een samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen zouden vinden. In de vraag stonden 6 antwoordmogelijkheden en de respondenten werd gevraagd deze antwoorden te rangschikken door cijfers te geven. 1 was hierbij de beste optie en 6 de minst goede optie. In tabel 5 wordt aangegeven hoe vaak elke antwoordmogelijkheid werd aangemerkt als beste optie voor samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen.

Tabel 5: Beste optie voor samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen.

Antwoord	Frequentie
Persoonlijk (face-to-face) overleg tussen psycholoog en fysiotherapeut	30x
Telefonisch overleg tussen psycholoog en fysiotherapeut	18x
Persoonlijk (face-to-face) overleg tussen patient, psycholoog en fysiotherapeut	8x
Schriftelijk (brief of mail) overleg tussen psycholoog en fysiotherapeut	8x
Forum waar zowel psychologen als fysiotherapeuten vragen kunnen stellen en antwoorden kunnen geven (inhoud is afgeschermd voor niet-forumleden)	4x
Anders	0x

In de laatste meerkeuzevraag werd de respondenten gevraagd of zij bereid zouden zijn mee te werken aan een opzet van samenwerking tussen psycholo(o)g(en) en fysiotherapeut(en).

Van de 72 respondenten gaven er 12 aan dit heel belangrijk te vinden en bereid te zijn vrije tijd op te offeren voor de opzet van een samenwerking. Nog eens 22 respondenten gaven aan dit belangrijk te vinden en binnen werktijd mee te willen werken aan een opzet van samenwerking. 33 van de respondenten gaven aan het goed te vinden als er een samenwerking zou komen, maar niet bereid te zijn om mee te werken aan de opzet hiervan. 5 van de 72 respondenten gaven aan de samenwerking overbodig te vinden.

Met 2 open vragen werd de mening van de respondenten gevraagd over de voordelen van een samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen. Één vraag bevat de voordelen voor de fysiotherapeut(en) en de andere vraag bevat de voordelen voor de patiënten. De antwoorden op de vragen zijn terug te vinden in de tabellen 6 en 7. In tabel 6 en 7 zijn de antwoorden van de respondenten gecategoriseerd door de onderzoeker. Een lijst met letterlijk gegeven antwoorden is terug te vinden in bijlage VI, tabellen b en c.

Tabel 6: De voordelen van een samenwerking voor de fysiotherapeut

Antwoord	Frequentie
Meer inzicht en kennis over problematiek en aanpak	34x
Gerichter behandelen door optimale benadering	20x
Behandeling / behandeldoelen gezamenlijk afstemmen	9x
Eenduidige aanpak en informatie uit beide beroepsgroepen	6x
Kortere lijnen / drempelverlagend	3x
Ik zie weinig voordelen	1x

Tabel 7: De voordelen van een samenwerking voor de patiënt

Antwoord	Frequentie
Gerichter behandelen door optimale benadering	34x
Meer inzicht en kennis over problematiek en aanpak	12x
Eenduidige aanpak en informatie uit beide beroepsgroepen	9x
Kortere lijnen / drempelverlagend	6x
Schept vertrouwen bij patiënten	5x
Beter inzicht en motivatie bij patiënt	2x
Terugkoppeling en advies	1x
Weet ik niet	1x

Door middel van een open vraag werd de respondenten gevraagd of zij verder nog iets toe te voegen of mede te delen hadden met betrekking tot het onderwerp van de survey.

Het merendeel heeft hier 'nee' of niets ingevuld. Een aantal respondenten gaf aan het een interessant en belangrijk onderwerp te vinden. Tevens gaf een aantal respondenten aan het opzetten van een samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen een goed initiatief te vinden. Een lijst met letterlijk gegeven antwoorden is terug te vinden in bijlage VI, tabel d.

Er is gekeken of er een verschil zit tussen de behoefte aan samenwerking met psychologen op basis van geslacht van de respondenten. Er blijkt geen verschil aanwezig tussen mannen en vrouwen in hun behoefte aan samenwerking met psychologen (chikwadraat $p = 0,055$). Zie bijlage VI, tabel e.

Vervolgens is er door middel van variantieanalyse bekeken of er verschil is in de behoefte aan samenwerking met psychologen op basis van het aantal dienstjaren en aantal uren dat de respondenten per week werkzaam zijn als fysiotherapeut. Op basis van aantal dienstjaren (ANOVA $p = 0,438$) en aantal uren dat de respondenten per week werkzaam zijn (ANOVA $p = 0,447$) zit geen significant verschil tussen de groepen in behoefte aan samenwerking. Zie bijlage VI, tabellen f en g.

Ook tussen de verschillende specialisaties bleek er geen significant verschil in de behoefte aan samenwerking met psychologen. (Chikwadraat $p = 0,113$).

Het lijkt er op dat naarmate psychosomatiek minder vaak voorkomt in de praktijk, de behoefte aan samenwerking met psychologen ook afneemt (Chikwadraat $p = 0,078$).

Hoe meer stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen voorkomen in de praktijk, hoe groter de behoefte aan samenwerking blijkt te zijn (Chikwadraat $p = 0,000$). Zie bijlage VI, tabellen h en i.

4. Discussie

4.1 Discussie

Middels een survey werd er in dit onderzoek bekeken of de eerstelijns fysiotherapeuten uit zuidoost Brabant behoefte hebben aan een samenwerking met psychologen.

Er is een significant ($p = 0.000$) verschil gevonden tussen de behoefte aan samenwerking bij het voorkomen van stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen in de praktijk. Hieruit blijkt dat hoe vaker deze stoornissen voorkomen in de praktijk, hoe groter de behoefte is aan samenwerking met psychologen. Bij het voorkomen van psychosomatiek in de praktijk is geen significant verschil tussen de groepen aanwezig, maar er lijkt wel een duidelijke trend aanwezig. Deze trend doet vermoeden dat hoe minder vaak psychosomatiek in de praktijk voorkomt, hoe kleiner de behoefte is aan samenwerking met een psycholoog. De reden dat in geval van psychosomatiek de behoefte aan samenwerking groter is dan bij stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen zou kunnen worden verklaard, doordat ruim 70% van de respondenten aangeeft dat psychosomatiek minimaal eens per week voorkomt in de praktijk en de andere psychische aandoeningen bij 51% van de respondenten minimaal eens per week voorkomt. Uit meerdere onderzoeken is ook gebleken dat (psycho)somatiek van alle psychische klachten binnen de fysiotherapie het meest voorkomt.⁽⁶⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ In hun boek 'Psychology in the physical and manual therapies' beschrijven Kolt en Anderson dat met name het kennen en herkennen van psychische aandoeningen van groot belang is.⁽¹⁵⁾ Studies van Jellema et al⁽¹⁶⁾ en van Nicholas et al⁽¹⁷⁾ concluderen dat niet zozeer de interventies gebaseerd op psychologische strategieën tot effectieve resultaten zullen leiden, maar juist de kunde van het herkennen van psychosociale risicofactoren bij patiënten. Enkel bij patiënten waar psychosociale risicofactoren zijn gediagnosticeerd, heeft het behandelen met interventies gebaseerd op psychologische strategieën een beter effect dan een reguliere fysiotherapeutische behandeling.⁽¹⁸⁾ In het boek 'gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut' wordt gesproken over ondersignalering, onderdiagnostiek en onderbehandeling van psychopathologische afwijkingen binnen de gehele eerstelijns.⁽¹⁴⁾ Deze gegevens zouden deels het significante verschil in de behoefte aan samenwerking met een psycholoog, naarmate stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen meer of minder de praktijk voorkomen, kunnen verklaren. Wanneer een fysiotherapeut bekend is met psychische aandoeningen en goed in staat is deze te herkennen bij zijn patiënten, zal deze psychische factoren ook eerder meenemen in zijn behandeling en daarbij mogelijk vaker behoefte hebben aan samenwerking met een psycholoog. Anderzijds kan dit ook betekenen, dat wanneer bepaalde psychische problematiek niet bekend is bij de behandelend fysiotherapeut en deze het hierdoor niet herkent bij zijn patiënt, de behoefte aan samenwerking met een psycholoog ook minder groot zal zijn. Dit, omdat 'het psychische probleem' dan simpelweg niet gesignaleerd wordt en dus geen obstakel zal vormen. De cijfers omtrent de ondersignalering, onderdiagnostiek en onderbehandeling van psychopathologische afwijkingen binnen de eerstelijns zoals besproken in het

boek 'Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut'⁽¹⁴⁾, zullen inmiddels veranderd zijn ten opzichte van het moment van publiceren van dat boek. Op het moment van publiceren, was de fysiotherapeut enkel toegankelijk middels verwijzing van de huisarts. Tegenwoordig is er sprake van Directe Toegang Fysiotherapie (DTF) en zal de verhouding hierin mogelijk anders liggen, omdat de huisarts niet meer alle patiënten eerst screent alvorens ze bij een fysiotherapeut terecht komen.

Samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen binnen de eerstelijnszorg en een multidisciplinaire aanpak van klachten kan voor zowel de betrokken beroepsgroepen, als de patiënt voordelen bieden. Enerzijds vindt er verbetering op het gebied van vraaggerichtheid plaats, omdat er door middel van samenwerking onder andere beter kan worden aangesloten bij de vraag van patiënten.⁽¹⁹⁾ Daarnaast komt het de kwaliteit van de zorg ten goede.⁽¹⁹⁾ Tevens zorgt een samenwerking tussen verschillende disciplines ervoor dat er doelmatig en efficiënt gewerkt kan worden.⁽¹⁹⁾

In geval van psychische aandoeningen is door middel van meerdere onderzoeken aangetoond dat bewegen een positief effect heeft op het gebied van afname van psychische klachten en op het gebied van kwaliteit van leven. Zo omschrijven Vancampfort et al⁽²⁰⁾ en Fossati et al⁽²¹⁾ dat een combinatie van cognitieve gedragstherapie en bewegen tot minder depressieve symptomen leidt bij patiënten met eetbuistoornissen ten opzichte van cognitieve gedragstherapie alleen.⁽²⁰⁾⁽²¹⁾ Daarnaast is aangetoond dat het volgen van een wandelprogramma resulteerde in significant minder depressieve symptomen.⁽²²⁾⁽²³⁾ Op het gebied van kwaliteit van leven werd tevens verbetering geconstateerd na de combinatie van bewegen en cognitieve gedragstherapie.⁽²⁴⁾ Kumar en Kim⁽²⁵⁾ beschrijven het positieve effect dat lichaamsbeweging heeft op psychische aandoeningen zoals depressie, stemmingswisselingen, middelenmisbruik en somatoforme aandoeningen.⁽²⁶⁾ Dit onderzoek toonde tevens aan dat in geval van psychische aandoeningen een juiste mate van inspanningsniveau grotere voordelen voor de gezondheid heeft dan neuropsychiatrische medicijnen.⁽²⁶⁾ Daarnaast wordt geconcludeerd dat bewegingstherapie een goede kosten-effectieve behandelstrategie is bij depressies en chronische pijn.⁽²⁶⁾ In een RCT van Vancampfort⁽²⁷⁾ over de voordelen van fysiotherapie binnen de multidisciplinaire aanpak bij schizofrenie wordt geconcludeerd dat fysiotherapie een meerwaarde is in de behandeling van schizofrenie, maar dat het ook een positief effect heeft op de nevensymptomen zoals depressie en sociale stoornissen.⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾

Een aanzienlijk deel van de rol die een fysiotherapeut zou kunnen hebben in een multidisciplinaire behandeling van psychische aandoeningen is hiermee vastgesteld, aangezien fysiotherapeuten specialist zijn op het gebied van menselijk bewegen.⁽⁹⁾ Over de rol die een psycholoog zou kunnen spelen bij fysiotherapeutische patiënten, al dan niet met psychische (co-)morbiditeit, is weinig literatuur te vinden. Wel is bekend dat in de huidige multidisciplinaire samenwerkingsverbanden voornamelijk huisartsen, fysiotherapeuten en eerstelijnspsychologen het meeste vertegenwoordigd zijn.⁽³²⁾ In deze survey werd naast de mate van behoefte aan samenwerking met een psycholoog in geval van patiënten met psychosomatische klachten en/of stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen, tevens gevraagd of er onder de respondentenpopulatie ook

behoefte bestaat aan samenwerking met psychologen in andere gevallen of op andere momenten. 29 van de 72 respondenten gaven aan ook op andere momenten of bij andere gevallen behoefte te hebben aan samenwerking met een psycholoog. Het gaat hierbij voornamelijk om andere aandoeningen waarvan bekend is dat psychogene factoren een rol spelen in de klachten en/of de behandeling. Daarnaast gaven de respondenten aan dat bij twijfel, noodgevallen of voor casuïstiekbespreking een samenwerking met een psycholoog uitkomst zou kunnen bieden. In dit onderzoek geeft ruim 76% van de respondenten aan minimaal eens per jaar behoefte te hebben aan samenwerking met een psycholoog. De kans bestaat dat op deze vraag vaker positief is geantwoord, omdat hier specifiek om gevraagd werd en omdat de aandacht van de respondenten door het onderwerp van de survey reeds gevestigd was op psychische aandoeningen. Bij de vraag of er op andere momenten of bij andere gevallen behoefte is aan samenwerking moet er nagedacht worden over andere zaken dan waar de aandacht van de respondent reeds op gevestigd was. Het kan lastig zijn om op dat moment te schakelen en op goede voorbeelden te komen. Het is vaak makkelijker een antwoord te geven op een vraag waar je keuzemogelijkheden hebt, dan het beantwoorden van een open vraag.

Uit deze survey komt naar voren dat de voornaamste rol die een psycholoog kan hebben in de multidisciplinaire samenwerking, de rol van overlegmogelijkheid is, indien noodzakelijk. Zo kiezen veruit de meeste respondenten voor een persoonlijk, mondeling overleg tussen beide beroepsgroepen als de beste optie voor het vormgeven van een samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat wanneer casussen schriftelijk besproken zouden worden, er kans is op (mis)interpretaties door de lezer. In geval van telefonisch of face to face overleg bestaat de kans om verduidelijking te vragen en op een bepaald punt door te discussiëren, waar dat in schriftelijk overleg niet direct mogelijk is. Daarnaast is gesproken overleg vaak sneller dan schriftelijk. Een aantal respondenten geeft aan de patiënt in dit gesprek te willen betrekken. Mogelijk zou er voor deze optie gekozen kunnen worden, omdat de patiënt dan persoonlijk betrokken is bij dit overleg. Hierdoor is hij direct op de hoogte van hetgeen besproken is en zo niet afhankelijk van de rapportage van de fysiotherapeut. De patiënt heeft hierbij de mogelijkheid tot het stellen van vragen en heeft een actievere rol in zijn herstel. Uit onderzoek komt naar voren dat zorggebruikers onder andere belang hechten aan informatie en bejegening vanuit zorgverleners, maar ook continuïteit, toegankelijkheid en zorg dichtbij huis belangrijk vinden.⁽³²⁾ Daarnaast willen patiënten meedenken en meebeslissen over de behandeling en de behandelaar.⁽³²⁾ Dit zou aansluiten bij een samenwerking tussen fysiotherapeut en psycholoog, waarbij de patiënt betrokken wordt in het overleg. Er is bij deze vraag in de survey niet gevraagd om beargumentatie van de keuze. De betrokkenheid van de patiënt bij zijn eigen revalidatie speelt naast andere psychologische factoren een belangrijke rol in het revalidatieproces.⁽¹⁵⁾ Deze betrokkenheid is weer afhankelijk van een aantal psychologische factoren, waarvan communicatie en de relatie tussen therapeut en patiënt er twee zijn.⁽¹⁵⁾ Aan het einde van een revalidatieproces dient de fysiotherapeut er in samenwerking met de patiënt voor gezorgd te hebben dat de patiënt er zowel lichamelijk als geestelijk klaar voor is weer deel te nemen aan activiteiten en participatie, welke voorafgaand en tijdens de revalidatie nog niet of beperkt mogelijk

waren. Door psychologische factoren te betrekken in het revalidatieproces, zal dit leiden tot een betere uitkomst van de revalidatie.⁽¹⁵⁾

Er bestaan reeds samenwerkingsverbanden tussen eerstelijns zorgaanbieders. In deze survey is gevraagd naar de bekendheid van en de betrokkenheid bij LOVE en ROS. Binnen de opzet van deze samenwerkingsverbanden vallen onder andere de beroepsgroepen fysiotherapie en psychologie. LOVE bestaat al sinds 2004 en is opgericht door eerstelijns-brancheorganisaties Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).⁽³³⁾ ROS bestaat sinds 2012 en zij staan voor het volgende; ROS'en stimuleren integratie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg. Zij bieden ondersteuning in de eerste lijn. ROS'en zouden de eerstelijnszorg verbinden, verbeteren en versterken.⁽³⁴⁾ Vanaf 1 januari 2014 gaat 'InEen', een vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg, van start. Dit gaat een samenwerking zijn tussen drie fusiepartijen; Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK), Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijnszorg (LVG) en Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN).⁽³⁵⁾ Op bestuurlijk niveau is het belang van het creëren van een sterke eerstelijns door samenwerking tussen de verschillende eerstelijns beroepsgroepen vastgesteld. Echter, uit deze survey blijkt dat de respondenten van dit onderzoek slecht op de hoogte zijn het bestaan van de reeds bestaande samenwerkingsverbanden zoals LOVE en ROS. Slechts 11 van de 72 respondenten zeggen op de hoogte te zijn van het bestaan van LOVE. 32 van de 72 respondenten kennen ROS. Wat zeer opvallend is, is dat er geen enkele respondent is aangesloten bij ROS. Daarnaast heeft ook geen enkele respondent van deze survey deelgenomen aan de opzet van LOVE. Een woordvoerder van LOVE gaf in correspondentie met de onderzoeker reeds aan dat LOVE is opgesteld aan de hand van bestuurlijke beslissingen; het werkveld is bij de opzet niet betrokken.⁽³⁶⁾ De respondenten van deze survey blijken ook bij het uiteindelijke complete project niet betrokken te zijn geweest.

In één van de vragen van de survey werd de respondenten gevraagd of er in hun huidige werksetting een mogelijk aanwezig is tot intercollegiaal overleg. 5 respondenten gaven aan dat dit niet mogelijk is binnen hun werksetting. De overige respondenten gaven aan dat er intercollegiaal overleg met enkel fysiotherapeuten, danwel multidisciplinair binnen de eigen praktijk of buiten de eigen praktijk mogelijk is. 23 respondenten hebben enkel de mogelijkheid tot overleg met fysiotherapeuten, dus in 60% van de gevallen blijkt multidisciplinair overleg mogelijk te zijn. Dat is een redelijk percentage, maar als er gekeken wordt naar de inspanningen op bestuurlijk- en overheidsniveau voor wat betreft multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, is dit maar een laag percentage. Hierin is mogelijk een samenhang aanwezig in het gebrek aan kennis van het bestaan van en deelname aan de reeds bestaande samenwerkingsverbanden onder de respondenten aan deze survey. Echter geeft dit percentage wel aan dat er nog voldoende ruimte is om multidisciplinaire samenwerkingsverbanden te realiseren.

In het gebied waar de respondenten van deze survey werkzaam zijn ligt het aantal personen met psychisch onwelbevinden op 30.2%, dat is 0.4% onder het landelijk gemiddelde. Psychiatrische stoornissen komen met 18.3% in dit gebied 2.9% minder voor dan over het hele land gemiddeld genomen. Stemningsstoornissen komen 1.5% minder voor binnen het gebied waar de respondenten werkzaam zijn ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Daarnaast komen angststoornissen binnen het afnamegebied 1.8% minder voor dan binnen heel Nederland.⁽³⁷⁾ Echter, deze cijfers komen voort uit een schatting uit de (verouderde) onderzoeksresultaten uit NEMESIS-1⁽²⁾ en onderzoek van het CBS.⁽¹⁾⁽²⁾ Uit de vergelijking tussen de cijfers uit NEMESIS-1⁽²⁾ en NEMESIS-2⁽³⁾ komt naar voren dat er op het gebied van de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking weinig veranderd is in de loop van de jaren. Het CBS concludeert dat de resultaten uit hun onderzoeksgegevens sterk overeenkomen met de resultaten uit NEMESIS-1⁽²⁾ en NEMESIS-2⁽³⁾ en daardoor gebruikt kunnen worden voor nader onderzoek op het gebied van geestelijke (on)gezondheid binnen Nederland.⁽¹⁾ Tevens blijkt uit onderzoek van het CBS⁽¹⁾ dat Noord-Brabant op het gebied van geestelijke ongezondheid gemiddeld scoort ten opzichte van de overige 11 provincies.⁽¹⁾ Echter, het percentage voor geestelijke ongezondheid binnen Noord-Brabant ligt in dit onderzoek op 13.2%, met een standaardfout van 0.6 (SE = 0.6; 95-BI: 12.4-13.9). De provincie waar geestelijke ongezondheid het minst voorkomt scoort gemiddeld 11.3% (SE = 0.8; 95-BI: 9.8-12.9) en de 2 provincies met de hoogste geestelijke ongezondheid scoren gemiddeld 15.3% met standaardfouten van 0.4 (95-BI: 14.5-16.1) en 0.6 (95-BI: 14.1-16.4). Noord-Brabant scoort in de grote onderzoeken gemiddeld op het gebied van geestelijke ongezondheid in vergelijking met de overige 11 provincies binnen Nederland. Daarnaast is de spreiding tussen de cijfers niet extreem groot. Noord-Brabant lijkt hierdoor representatief voor de rest van Nederland. Echter, door het gebrek aan informatie over statistische toetsing van de verschillen tussen de verschillende provincies, is niet met zekerheid te stellen dat er in dit huidige onderzoek sprake is van een representatieve steekproef.

4.2 Beperkingen van het onderzoek

Om te beginnen is een aantal algemene factoren met betrekking tot survey-onderzoek beperkend geweest voor dit onderzoek. Zo is de validiteit van een survey zwak, omdat niet altijd duidelijk is of datgene wordt gemeten wat beoogd was.⁽³⁸⁾ Daarnaast is er geen mogelijkheid om door te vragen na een gegeven antwoord. De anonimiteit van deze survey draagt daar nog meer aan bij, want zo kan ook niet achteraf om verduidelijking gevraagd worden. Bij survey onderzoek is er tevens een kans dat er 'sociaal wenselijke' antwoorden worden gegeven. Mogelijk is daar in deze survey minder sprake van, vanwege de volledige anonimiteit. Tevens is er kans op 'tunnelvisie' met betrekking tot het onderwerp. Aangezien het merendeel van de vragen over hetzelfde onderwerp gaat, is er kans dat de vragen met betrekking tot een ander onderwerp lastiger te beantwoorden zijn.

Daarnaast is het gebrek aan ervaring met survey-onderzoek een beperkende factor geweest in dit onderzoek. Zo heeft de onderzoeker geen ervaring met het opstellen van survey-vragen en de daarbij horende antwoordmogelijkheden. Hieruit is nu een beperking gebleken met betrekking tot de beroepen en specialisaties. Hierop hebben de respondenten meer dan één antwoord kunnen geven,

waardoor er geen gegevens per beroepsgroep of specialisatie in SPSS konden worden ingevoerd en van daaruit conclusies konden worden getrokken. Een andere beperking in dit onderzoek is dat er voor een aantal vragen een (te) breed scala aan antwoordmogelijkheden was, waardoor, ondanks het redelijke aantal respondenten, er per antwoordcategorie onvoldoende antwoorden waren gegeven om een significant verschil aan te kunnen tonen door middel van een chikwadraattoets. Door gebrek aan ervaring met het opstellen van survey-onderzoek is er tevens geen controlevraag toegevoegd om daarmee te ondervangen of de gegeven antwoorden niet 'random' ingevuld zijn. Nog een beperkende factor van dit onderzoek, is dat het niet duidelijk is hoe groot de daadwerkelijk aangeschreven populatie is, omdat veelal de algemene e-mailadressen van eerstelijnspraktijken zijn aangeschreven. In de uitnodigingsmail is verzocht om de uitnodiging door te sturen naar alle werkzame fysiotherapeuten binnen de praktijk, echter is er geen controle mogelijk om te achterhalen om hoeveel fysiotherapeuten dit gaat. Hierdoor kan er geen responsrate worden berekend, omdat niet bekend is hoeveel individuele fysiotherapeuten de uitnodiging voor de survey ontvangen hebben. Daarnaast is elke ingevulde survey uniek en voor de onderzoeker niet te achterhalen door wie deze is ingevuld. Er is dan ook geen controle mogelijk op dubbele deelname aan de survey door eenzelfde fysiotherapeut. Als laatste kan er niet direct met eerder onderzoek worden vergeleken door gebrek aan onderzoek met hetzelfde onderwerp en dezelfde doelgroep.

4.3 Sterke punten van het onderzoek

Betrouwbaarheid van een survey is hoog, wanneer de vragen eenduidig gesteld zijn, zodat een respondent deze maar op één manier kan uitleggen.⁽³⁸⁾ In dit onderzoek is een duidelijke afbakening aangegeven met betrekking tot de psychische aandoeningen; bij de desbetreffende vragen stond telkens de definitie van de psychische aandoeningen vermeld. Sterk aan dit onderzoek is, dat in tegenstelling tot de oprichting van LOVE en ROS, in dit onderzoek het directe werkveld betrokken is, er is gevraagd naar hun mening en hun behoefte aan samenwerking. Naar aanleiding van het raadplegen van databases PubMed en ScienceDirect is gebleken dat er naar dit onderwerp weinig onderzoek gedaan is.⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾ Er kan hierdoor niet met eerder onderzoek worden vergeleken, echter, dat gegeven maakt dit onderzoek uniek. Bestaande onderzoeken over multidisciplinaire samenwerkingen zijn voornamelijk vanuit oogpunt van een huisarts bekeken, niet vanuit fysiotherapeuten. Eveneens is multidisciplinaire samenwerking vanuit bestuurlijk niveau bekeken en niet vanuit het werkveld. Ook hieruit blijkt dat dit onderzoek uniek is. Als allerlaatste vraag in de survey werd gevraagd of de respondenten verder nog iets toe te voegen of mede te delen hadden met betrekking tot het onderwerp van de survey. Hieruit kwam naar voren dat een aantal van de respondenten het een goed initiatief en belangrijk onderwerp vindt.

5. Conclusie

5.1 Conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken dat er binnen de eerstelijns fysiotherapie behoefte is aan samenwerking met psychologen. In dit onderzoek is aangetoond dat er naarmate psychische klachten vaker voorkomen in de praktijk, er meer behoefte is aan samenwerking met psychologen. Met name de mogelijkheid tot overleg in geval van psychische (co-)morbiditeit is gewenst. Daarnaast geven de respondenten aan ook in geval van overige aandoeningen waarvan bekend is dat psychogene factoren een rol kunnen spelen in de klachten en/of de behandeling, bij noodgevallen of voor casuïstiekbespreking een samenwerking met psychologen gewenst is. Daarnaast is uit dit onderzoek duidelijk geworden dat in geval van samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen een persoonlijk (face-to-face) overleg de voorkeur heeft. Een aantal respondenten gaf aan telefonisch overleg, of persoonlijk overleg waar de patiënt bij betrokken wordt de beste vorm van samenwerking te vinden.

Het grootste voordeel voor fysiotherapeuten in geval van samenwerking met een psycholoog zou volgens dit onderzoek met name het vergroten van kennis en inzicht over psychische problematiek en aanpak daarvan zijn. Daarnaast zijn gerichter kunnen behandelen en het gezamenlijk opstellen van behandeldoelen voordelen van een samenwerking die uit dit onderzoek naar voren komen. Vanuit het oogpunt van de fysiotherapeuten is het grootste voordeel voor de patiënt, dat de fysiotherapeut hierdoor gerichter kan behandelen door een optimale benadering. Ook doen patiënten er hun voordeel mee doordat de fysiotherapeuten hun kennis en inzicht over psychische problematiek en aanpak daarvan kunnen vergroten. Tevens kan er door een samenwerkingsverband eenduidige informatieverstrekking en aanpak komen vanuit beide beroepsgroepen.

5.2 Aanbevelingen

Vanuit invalshoek van dit onderzoek, is er weinig eerder onderzoek gedaan; het is daarom raadzaam om dit in de toekomst grootschaliger te doen. Met name omdat er vanuit bestuurlijk niveau wel gewerkt wordt aan het opzetten van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden binnen de eerstelijns zorg. Tevens zou een implementatieonderzoek kunnen worden uitgevoerd na het opstarten van 'InEen', om zo de voor- en nadelen voor het werkveld te inventariseren. Uit de correspondentie met een woordvoerder van LOVE en uit deze survey is gebleken dat het werkveld weinig tot niet betrokken is in de reeds bestaande multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Daarom kan het raadzaam zijn het werkveld te betrekken in het opzetten van samenwerkingsverbanden, alhoewel uit dit onderzoek is gebleken dat hoe minder behoefte er is aan samenwerking, hoe kleiner de bereidheid is aan meewerken aan de opzet van een samenwerking.

6. Referenties

1. Driessen M. Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2011. p. 32.
2. Vollebergh W, de Graaf R, ten Have M, et al. Psychische stoornissen in Nederland. Utrecht: Trimbos Instituut; 2003. p. 90.
3. De Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos Instituut; 2010. p. 178.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. American Psychiatric Publishing; 2000. p. 980.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2000. p. 980.
6. Van der Horst M, Terluin B, Lucas C. De invloed van depressie en angst in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Ned Tijdschr Fysiother. 2007; 117 (1): 15–22.
7. Mulders N, Boersma R, Ijntema R, Coppoolse R. Beroepscompetentieprofiel Psychosomatische fysiotherapie NFP. Amersfoort: Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie; 2009. p. 39.
8. Engel G. The need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine. Science. 1977; 196 (4286): 129–136.
9. Van Loon LM. Het beroepsprofiel van de fysiotherapeut. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2005. p. 36.
10. Migchelbrink F. Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Utrecht: SWP; 2006. p. 177–191.
11. Van der Horst M, Lindeboom R, Lucas C. De prognostische waarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Ned. Tijdschr. voor Fysiother. 2005; 115 (4): 102–7.
12. Woudhuizen D, Grundmeijer H. De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij patiënten verwezen naar een fysiotherapeut. Huisarts Wet. 1997; 40 (12): 585–8.
13. Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ. MDR Solk en Somatorme Stoornissen. Utrecht: Trimbos Instituut; 2011. p. 117.
14. Van Burken P, Swank J. Gezondheidspsychologie voor de Fysiotherapeut. Houten/Diegen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000. p. 262.
15. Kolt G, Andersen M. Psychology in the physical and manual therapies. London: Elsevier Limited; 2004. p. 383.
16. Jellema P, van der Windt D, van der Horst HE, Blankenstein AH, Bouter LM, Stalman W. Why is a treatment aimed at psychosocial factors not effective in patients with (sub)acute low back pain? Journal of the International Association for the Study of Pain [Internet]. 2005; 118 (3): 350–359.
17. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. Physical Therapy [Internet]. 2011; 91 (5): 737–753.
18. Nicholas MK, George SZ. Psychologically informed interventions for low back pain: an update for physical therapists. Physical Therapy [Internet]. 2011; 91 (5): 765–776.
19. Konings J. Samenwerken in de eerste lijn; een handreiking voor zorgverleners. Amersfoort: LOVE; 2004. p. 92.
20. Vancampfort D, Vanderlinden J, Pieters G, et al. Bewegingsgerichte interventies in de multidisciplinaire behandeling van eetbuistoornissen; een literatuuronderzoek. Tijdschrift voor Psychiatrie 2012; 54 (8): 719–730.

21. Fossati M, Amati F, Painot D, Reiner M, Haenni C, Golay A. Cognitivebehavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord.* 2004; 9: 134–138.
22. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT, et al. Cognitive Behavioral Therapy, Behavioral Weight Loss, and Sequential Treatment for Obese Patients with Binge Eating Disorder; A Randomized Controlled Trial. *J Consult Clin Psychol.* 2011; 79 (5): 675–685.
23. Pendleton VR, Goodrick GK, Poston WS, Reeves RS, Foreyt JP. Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *Int J Eat Disord.* 2002; 31: 172–184.
24. Vancampfort D, Vanderlinden J, Adriaens A, Knapen J, Pieters G, Probst M. Lifestyle lichaamsbeweging bij personen met een eetbuisoornis. *Acco;* 2009. p. 87–104.
25. Kumar SP, Jim A. Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. *Indian J. Palliat. Care [Internet].* 2010;16 (3): 138–146.
26. Tkachuk GA, Martin GL. Exercise therapy for patients with psychiatric disorders: Research and clinical implications. *Prof Psychol Res Pr.* 1999; 30: 275-280.
27. Vancampfort D, Probst M, Helvik Skjaerven L, Catalán-Matamoros D, Lundvik-Gyllensten A, Gómez-Conesa A, et al. Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Phys. Ther. [Internet].* 2012; 92 (1): 11–23.
28. Faulkner G, Biddle S. Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: a review of the literature. *J Ment Heal.* 1999; 8: 441–457.
29. Faulkner GEJ, Taylor AH. Exercise, Health and Mental Health: Emerging Relationships. London: Taylor & Francis Ltd; 2005. p. 27–45.
30. Ellis N, Crone D, Davey R, Grogan S. Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis: a critical review. *Br J Clin Psychol.* 2007; 46: 95–111.
31. Holley J, Crone D, Tyson P, Lovel I G. The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: a systematic review. *Br J Clin Psychol.* 2011; 50: 84–105.
32. Hansen J, van Greuningen M, Batenburg S. Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Utrecht: NIVEL; 2010. p. 101.
33. Multidisciplinair samenwerken. Internetpagina LOVE 2004. Beschikbaar via: <http://www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl>. Geraadpleegd 2013 September 4.
34. Regionale Ondersteunings Structuren. Internetpagina Regionale Ondersteunings Structuren. Beschikbaar via: <http://www.lvg.org/leden/regionale-ondersteuningsstructuren>. Geraadpleegd 2013 September.
35. InEen. Internetpagina InEen. Beschikbaar via: <http://www.ineen.nl/>. Geraadpleegd 2013 December 9.
36. Multidisciplinair samenwerken. Internetpagina LOVE 2004. Beschikbaar via: <http://www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl/contact>. Emailcorrespondentie 2013 September 4.
37. Nivel. Vraag Aanbod Analyse Monitor. Internetpagina VAAM 2011. Beschikbaar via: <http://vaam.nivel.nl/demografie>. Geraadpleegd 2013 December 9.
38. Dubbeldam M, Goedmakers W. Integraal management: instrument van verandering? Assen: Van Gorcum; 2003. p. 536.
39. PubMed. Internetpagina PubMed. Beschikbaar via: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
40. ScienceDirect. Internetpagina ScienceDirect. Beschikbaar via: <http://www.sciencedirect.com/>.

Bijlage I Operante definities

Lifetime prevalentie:

Het vóórkomen van een aandoening 'ooit' in het leven.

DSM-schaal:

Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Classificatiesysteem voor psychische aandoeningen, uitgegeven en opgesteld door de American Psychiatric Association.

DSM-IV-TR is de vierde versie en stamt uit 2000.

As-1 aandoeningen:

- Enigerlei stemmingsstoornissen (depressieve stoornis, dysthemy, bipolaire stoornissen)
- Enigerlei angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie zonder paniekstoornis, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis)
- Enigerlei somatoforme aandoeningen (somatisatiestoornis, conversiestoornis, hypochondrie)
- Enigerlei middelenstoornis (alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid, drugsmisbruik, drugsafhankelijkheid)
- Enigerlei aandachtstekort- of gedragsstoornis (ADHD, gedragsstoornis, oppositioneel-opstandige stoornis)

Somatisatie:

- Somatisatie is een neiging lichamelijke klachten te ervaren en te uiten, deze toe te schrijven aan lichamelijke ziekte en er medische hulp voor te zoeken, terwijl er geen somatische pathologie gevonden wordt die de klachten voldoende verklaart (Lipowski, 1988).
- Volgens DSM-IV is er een onderscheid in 7 verschillende somatische stoornissen (32):
 - Conversiestoornis
 - Pijnstoornis
 - Hypochondrie
 - Morfodysforie
 - Ongedifferentieerde somatoforme stoornis
 - Somatisatiestoornis
 - Somatoforme stoornis NAO (niet anderszins omschreven)

Cognitieve gedragstherapie:

Een psychotherapeutische behandeling, bestaat uit een combinatie van cognitieve therapie, waarbij voornamelijk wordt uitgegaan van de invloed van het denken op het gevoelsleven en het doen en gedragstherapie, waarbij het gedrag van de patiënt centraal staat. (33)

Bijlage II Vragenlijst

1.	Wat is uw geslacht?	
2.	Hoeveel dienstjaren bent u reeds werkzaam?	
3.	Hoeveel uur per week bent u werkzaam als fysiotherapeut?	

4. **Wat is uw beroep? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- ☐ Algemeen fysiotherapeut
- ☐ Arbeidsfysiotherapeut
- ☐ Bekkenfysiotherapeut
- ☐ Geriatriefysiotherapeut
- ☐ Kinderfysiotherapeut
- ☐ Manueeltherapeut
- ☐ Oedeemfysiotherapeut
- ☐ Oncologie fysiotherapeut
- ☐ Orofaciaal fysiotherapeut
- ☐ Psychosomatisch fysiotherapeut
- ☐ Sportfysiotherapeut
- ☐ Anders, namelijk

5. **In wat voor setting bent u werkzaam?**

- ☐ Eerstelijns praktijk
- ☐ Gezondheidscentrum
- ☐ Anders, namelijk

6. **Is er binnen uw werksetting een intercollegiaal overleg (mogelijk)? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- ☐ Ja, met alleen fysiotherapeut(en)
- ☐ Ja, multidisciplinair, binnen eigen praktijk/instelling
- ☐ Ja, multidisciplinair, buiten eigen praktijk/instelling
- ☐ Nee

7. **Bent u bekend met het LOVE project?**

- ☐ Ja, ik ken het
- ☐ Ja, ik heb hieraan deelgenomen
- ☐ Nee

8. **Bent u op de hoogte van het bestaan van Regionale OndersteuningsStructuren (ROS)?**

- ☐ Ja, ik ken het
- ☐ Ja, ik ben er bij aangesloten
- ☐ Nee

9. **Heeft u patiënt(en) in behandeling (gehad) waarbij psychosomatiek meespeelt in de klachten?**

- ☐ ≥ 1x in de week
- ☐ ≥ 1x per maand, maar minder dan 1x in de week
- ☐ ≥ 1x per jaar, maar minder dan 1x in de maand
- ☐ Nooit
- ☐ Weet ik niet

- Enigerlei **stemmingsstoornissen** (depressieve stoornis, dysthymie, bipolaire stoornissen)

- Enigerlei **angststoornissen** (paniekstoornis, agorafobie zonder paniekstoornis, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis)

- Enigerlei **somatoforme stoornissen** (somatisatiestoornis, conversiestoornis, hypochondrie)

- Enigerlei **middelenstoornis** (alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid, drugsmisbruik, drugsafhankelijkheid)

- Enigerlei **aandachtstekort- of gedragsstoornis** (ADHD, gedragsstoornis, oppositioneel-opstandige stoornis)

10. **Heeft u patiënt(en) in behandeling (gehad) met stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen?**

- ☐ ≥ 1x in de week
- ☐ ≥ 1x per maand, maar minder dan 1x in de week
- ☐ ≥ 1x per jaar, maar minder dan 1x in de maand
- ☐ Nooit
- ☐ Weet ik niet

11. **Weet u hoe u om moet gaan met patiënten met psychosomatische klachten en/of stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen?**

- ☐ Ik kan hier goed mee om gaan
- ☐ Ik kan er mee om gaan, maar heb hier moeite mee
- ☐ Ik kan hier niet goed mee om gaan (ga verder met vraag 13)

12. **Hoe heeft u hiermee leren omgaan?**

- ☐ Verdiepende opleiding / cursus
- ☐ Ervaring
- ☐ Anders, namelijk

13. **Heeft u behoefte aan overleg met een psycholoog in geval van patiënten met psychosomatische klachten en/of stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen?**

- ☐ ≥ 1x in de week
- ☐ ≥ 1x per maand, maar minder dan 1x in de week
- ☐ ≥ 1x per jaar, maar minder dan 1x in de maand
- ☐ Weet ik niet
- ☐ Nee, nooit

14. **Zijn er andere momenten of gevallen waarbij u behoefte heeft of zou kunnen hebben om samen te werken met een psycholoog?**
- Ja, namelijk.....
 - Nee
15. **Welke vorm van samenwerking zou volgens u het beste passen? (Rangschik van beste optie naar minst goed optie)**
- Persoonlijk (face-to-face) overleg tussen psycholoog en fysiotherapeut
 - Persoonlijk (face-to-face) overleg tussen patient, psycholoog en fysiotherapeut
 - Telefonisch overleg tussen psycholoog en fysiotherapeut
 - Schriftelijk (brief of mail) overleg tussen psycholoog en fysiotherapeut
 - Forum waar zowel psychologen als fysiotherapeuten vragen kunnen stellen en antwoorden kunnen geven (inhoud is afgeschermd voor niet-forumleden)
 - Anders, namelijk
16. **Zou u bereid zijn mee te werken aan een opzet van samenwerking tussen psycholo(o)g(en) en fysiotherapeut(en)?**
- Ja, ik vind dat heel belangrijk, ik zou er vrije tijd voor opofferen
 - Ja, ik vind het belangrijk en zou er aan mee willen werken binnen werktijd
 - Nee, ik vind het goed als het er komt, maar wil aan de opzet ervan niet meewerken
 - Nee, ik vind de samenwerking overbodig
17. **Wat zijn in uw ogen de voordelen van een samenwerking tussen psycholo(o)g(en) en fysiotherapeut(en) voor de fysiotherapeut?**
-
-
18. **Wat zijn in uw ogen de voordelen van een samenwerking tussen psycholo(o)g(en) en fysiotherapeut(en) voor de patiënt?**
-
-
19. **Heeft u verder nog iets toe te voegen of mede te delen met betrekking tot dit onderwerp?**
-
-

Hartelijk dank voor uw medewerking aan deze enquête!

Bijlage III

Uitnodigingsmail

Beste fysiotherapeut,

Komt u ze in de praktijk ook tegen, patiënten met ADHD, depressieve stemming of psychosomatische klachten? De Nederlandse overheid geeft aan dat 42% van de bevolking lijdt aan een vorm van gedragsstoornis en dat dit percentage stijgende is.

Zijn wij, fysiotherapeuten, op grond van onze opleiding en ervaring kundig genoeg om dit te herkennen en er mee om te (blijven) gaan, of kunnen wij daar af en toe wel hulp van een psycholoog bij gebruiken?

Ik vraag me dit af en heb er daarom voor gekozen om in mijn afstudeerscriptie onderzoek te doen of eerstelijns fysiotherapeuten binnen zuidoost Brabant behoefte hebben aan een samenwerking met psychologen.

Ik wil u vragen mij te helpen deze vraag te kunnen beantwoorden door 10 minuten de tijd te nemen en mijn enquête in te vullen.

U kunt de enquête starten door op de volgende link te klikken:

<http://www.thesistools.com/web/?id=372378>

Indien ik deze mail heb verzonden naar uw algemene contact e-mailadres, wil ik u vragen zo vriendelijk te zijn de mail door te sturen naar uw collega's, zodat iedere fysiotherapeut in uw praktijk de mogelijkheid heeft mee te werken aan dit onderzoek.

U wordt tijdens het invullen van de enquête niet gevraagd uw naam, e-mailadres of andere persoonlijke gegevens in te vullen. Als u de enquête invult, zullen de antwoorden anoniem worden opgeslagen. Alle verkregen gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Zie hiervoor ook de geheimhoudingsverklaring in de bijlage.

Als u geïnteresseerd bent in de resultaten van mijn onderzoek, kunt u mij dit laten weten door te mailen naar l.vandengroenendaal@student.fontys.nl. Na het afronden van het onderzoek, zal ik u het uiteindelijke verslag medio februari 2014 doen toekomen per mail.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw moeite, tijd en interesse!

Met vriendelijke groet,

Laura van den Groenendaal

Student Fysiotherapie Fontys Paramedische Hogeschool Eindhoven

Bijlage IV Herinneringsmail

Beste fysiotherapeut,

In het kader van mijn afstudeerproject heb ik u twee weken geleden gevraagd mijn survey over de behoefte aan samenwerking met psychologen in te vullen. Uw mening is voor dit onderzoek van belang.

Aangezien dit onderzoek volledig anoniem wordt ingevuld, weet ik niet wie van u al heeft meegewerkt aan het onderzoek, vandaar dat iedereen deze mail ontvangt.

Een aantal van u heeft de survey al ingevuld, diegenen wil ik hartelijk danken voor het delen van hun mening. Ik waardeer uw tijd en moeite ten zeerste. Verder kunt u deze herinneringsmail als niet verzonden beschouwen.

Degenen die de survey nog niet hebben ingevuld, wil ik nogmaals vragen dit te doen, het neemt slechts enkele minuten tijd in beslag en uw mening is voor mij belangrijk.

De survey bevat 17 vragen en zal ongeveer 10 minuten van uw tijd vragen.

U kunt de survey starten door op de volgende link te klikken:

<http://www.thesistools.com/web/?id=372378>

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw moeite, tijd en interesse!

Met vriendelijke groet,

Laura van den Groenendaal

Student Fysiotherapie Fontys Paramedische Hogeschool Eindhoven

Geheimhoudingsverklaring

Naam: Laura van den Groenendaal

Studentnr: 2042884

Titel:

Samenwerking fysiotherapeuten en psychologen; een behoefteonderzoek onder eerstelijns fysiotherapeuten in zuidoost Brabant.

Inhoud (omschrijving):

Deze survey zal zich richten op de vraag naar en behoefte aan de samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen, vanuit het oogpunt van fysiotherapeuten. Daarnaast wordt er een inventarisatie gedaan naar de voordelen van een samenwerking voor zowel de fysiotherapeuten, als de patiënten.

1. Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven verbindt zich door ondertekening van deze verklaring, informatie met betrekking tot de verstrekte gegevens en uit onderzoek verkregen resultaten waarvan in het kader van bovengenoemd project praktijkgericht onderzoek kennis wordt genomen en waarvan bekend is of redelijkerwijs begrepen kan worden dat dit als geheim of vertrouwelijk wordt beschouwd, strikt geheim te houden.
2. Tevens geldt deze geheimhoudingsverplichting voor de werknemers van Fontys Paramedische Hogeschool, evenals voor anderen die op enigerlei wijze uit hoofde van hun functie toegang hebben of kennis nemen van bedoelde informatie.
3. Bovenstaande laat onverlet dat de student het project praktijkgericht onderzoek kan uitvoeren volgens geldende voorschriften en regels.

Student:

Naam: Laura van den Groenendaal



(handtekening)

Datum: 29/10/2013

Begeleider:

Naam: Anke Lahaije

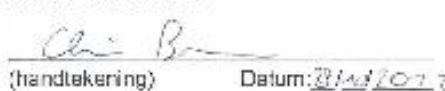


(handtekening)

Datum: 29/10/2013

Coördinator: voor ontvangst

Naam: Chris Burlin



(handtekening)

Datum: 31/10/2013

Bijlage VI Resultaten

Tabel a: Letterlijk gegeven antwoorden op de vraag in welke gevallen of op welke momenten er behoefte is aan overleg met psychologen.

Letterlijke antwoorden
Behandelen van kinderen met problemen
structurele ondersteuning naast motivational interviewing.
indien nodig
Noodgevallen
Casuïstiekbespreking
kort na een behandeling, hoe reageerd een patient op een bepaalde behandeling
stress gerelateerde pijnklachten, handvatten bieden ter bevordering van actieve copingstijl
aandoeningen waarbij bekend is dat externe/psychogene factoren een rol kunnen spelen in het behandelen van klachten
bij twijfel over de juiste aanpak
gedragsveranderingen tgv aandoening bv CVA en Parkinson
palliatieve zorg
voor diverse problematieken.
weet geen specifiek iets op te noemen
opzetten samenwerking omdat er meer uit dit soort overleg te halen valt voor beide partijen
omdat er soms tegenstrijdige aanpak /begeleiding is
in samenwerking, als we beiden dezelfde patient behandelen, voor onderling overleg
wanneer spanningsgerelateerde klachten aanwezig zijn door andere factoren dan bovengenoemd. bv wanneer iemand perfectionistisch van aard is en dit op het werk en prive leidt tot spanningen
voor uitgebreider sturing in levensstijlverandering
in relatie met traumatische en chronische pijn
bij behoefte
incidenteel naar aanleiding van rapportages
Wanneer ik mensen veelvuldig moet confronteren met hun gedrag, wat de lessure geen goed doet
bij aanhoudende klachten zonder aanwijsbare oorzaak. Het hele traject van arts orthopeed etc is al doorlopen, maar men blijft met klachten zitten. Om burn-out etc te voorkomen en mensen beter te kunnen helpen.
zelden

Tabel b: Letterlijk gegeven antwoorden op de vraag wat de voordelen van samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen zijn voor fysiotherapeuten.

Letterlijke antwoorden
Maken van goede afspraken. Komt de behandeling Ten goede. clienten zijn vaak heel open is goed als Je weet hoe de psycholoog omgaat met de problematiek Zodat je als Fysio per ongeluk niet iets heel anders zegt
Duidelijkheid voor de fysiotherapeut. Doorsturen van patienten met psychische klachten naar een psycholoog die ik weet goed zal zijn voor mijn patient
Hiermee beschik je over korte lijnen om expertise in te schakelen daar waar nodig, je blijft beide in je eigen domein (deels overlapt het elkaar en daar kun je goede afspraken over maken) op deze wijze versterkt je elkaar enorm en ben je in staat om de beste zorg & service te verlenen aan je patiënten/cliënten.
inzicht
goede afstemming over bepaalde zaken, inzicht creëren in functioneren en geen dubbel werk verrichten.
meer kennis, mogelijkheden om behandeling te verbeteren
beter kennis van klachten patient en afstemming van therapie op waar psycholoog aan werkt
Klachten zijn veelal multifactorieel bepaald en moeten dus veelal ook multifactorieel behandeld worden. Dat geeft beter resultaat.
Samen komen tot een optimale benadering en daardoor gericht kunnen behandelen

De kwaliteit van de behandeling gaat omhoog omdat je de patient nog beter kunt ondersteunen
handvatten om beter met problematiek om te kunnen gaan
Meer handvaten in omgang met psychologische problemen. makkelijker doorverwijzen indien nodig. beter kunnen beoordelen wat de invloed is van psychologische factoren op herstel
Behandeling fysiotherapeut aanpassen, terugkoppeling
angststoornissen aanpakken
Het meer inzicht hebben in het psychologische vlak in plaats van alleen het fysieke en mentale vlake van de patient
korter behandeltraject voor de patient, door meer begrip
holistische benadering; de fysiotherapeut krijgt handvatten, adviezen en kennis toegereikt vanuit de psychologie. Dit maakt de fysiotherapeut bij psychosomatische klachten een meer geschikte behandelaar.
verrijking van kennis en kunde
lichamelijke klachten worden altijd beïnvloed door de psyché
Gerichtere pten zorg
Aangezien een van onze medewerkers psycholoog is zijn de voordelen erg duidelijk. Hulp bij maken behandelplan en overnemen deel behandeling, met name ook de chronische pijn klachten
kennis nemen van elkaars werkterrein en de gebruik van elkaars kennis, inzichten en vaardigheden
Ik zie weinig voordelen.
Gebruik maken van de expertise van een deskundige op het gebied van gedrag en daarmee samenhangende problematiek.
onbekend
meer inzicht en mogelijkheden om aan te grijpen bij behandeling
verbreden kennis en adequater kunnen benaderen, behandelen
Kennisuitwisseling en overleg
patient kunnen bieden waar deze recht op heeft en mogelijk meer baat bij heeft
kennen van meer handvatten voor de behandelingen. \r\nAndere aanpak voor patiënt die kan leiden tot een beter behandelresultaat.
Behandeldielen afstemmen
Klankbord bij twijfel\r\nAanvulling van elkaars behandeling (afstemming behandelplannen)
betere benadering vd patient
gerichter kunnen beïnvloeden bij therapie
doelen/thema's afstemmen. \r\nOok een thema op verschillende manieren aangrijpen binnen de eigen behandelsetting.
betere coördinatie en afstemming omgang met stoornissen vanuit zowel somatisch als psychologisch perspectief en daardoor betere behandeling.
sneller en vaker gericht en succesvoller aanpak
patient kan gebaat zijn bij multidisciplinaire behandeling in 1 ste lijn. Ik heb hier geen kader voor. En sta er dan alleen voor.
achtergrond informatie en naar patient toe 1 lijn trekken.
De pt wordt meer in zijn 'totaal' gezien en behandeld. De fysio krijgt wellicht meer handvatten om de pt te behandelen.
problemen van patient kan ik dan beter begrijpen, en kan vragen hoe ik hier het beste op kan reageren als ik dat zelf niet kan bedenken.
completer behandelplan kunnen bieden. Je horizon verbreden.
om af te stemmen wat een ieder op zijn gebied voor de patient kan betekenen. Ik denk hierbij toch wel vnl. aan psychosomatische fysiotherapeuten. Daar deze m.i. hiervoor wel de meeste expertise hebben. Wat niet weg neemt dat een algemeen fysiotherapeut ook al veel voorbereidend werk zou kunnen doen door niet alleen biomedisch te denken maar meer vgl. het biopsychosociaal model.
inzicht vergroten
structuur van de psychologisch adviezen doorvoeren in de fysiotherapeutische aanpak
breder hulp bieden
voor beide partijen meer voordeel uit te halen, disciplines kunnen elkaar aanvullen
meer inzicht
samenwerking om tot 1 lijn te komen, geen tegenstrijdige doelen.
soms loop je vast op psychosomatische oorzaken/achtergronden
beter/meer inzicht in problematiek krijgen

Meer achtergrondinfo en betere mogelijkheid tot begeleiden
optimaliseren van de zorg voor je patiënt vergroten van kennis en inzicht in de problematiek van je patiënt
door de samenwerking kan uiteindelijk de effectiviteit van de Ft behandeling verbeterd worden. Ook de kennis van de fysio omtrent deze problematiek wordt zo verbeterd.
feedback
hulp bij moeilijke patienten, zodat die nog beter geholpen worden
de deskundigheid van de eerstelijns psycholoog benutten in de behandeling en de mogelijkheid kennis uit te wisselen.
meer kennis en kunde
het komen van een mogelijk nog adequatere aanpak en komen tot doelstellingen
Pt. wordt misschien beter en blijvend van zijn klachten afgeholpen
beter inzicht krijgen hoe een pt zijn/haar klachten ervaart en er mee om kan gaan
Een betere overall aanpak van klachten. De helft van de fysieke klachten bij mensen komt voor uit psychosomatische problematieken. OP die manier hebben we meer handvaten om mensen te kunnen helpen met goede zorg, waarbij de patiënt zijn participatie(probleem) centraal staat.
ondersteuning, afstemming
Verbetering van kennis en kunde
Sparren is altijd belangrijk. Van andere disciplines leer je altijd weer dingen.

Tabel c: Letterlijk gegeven antwoorden op de vraag wat de voordelen van samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychologen zijn voor patiënten.

Letterlijke antwoorden
Eenduidigheid Zelfde manier van aanpak er ontstaat zo geen verwarring Voor de client meer specifieke (dus betere) zorg voor de patient
zie bovenstaande, dit geldt ook voor de patiënt
motivatie
meest afgestemde individuele zorgverlening met hoogst haalbare kwaliteit.
behandeling wordt effectiever
Patient bemerkt dat hulpverleners samenwerken om hem/haar zo goed mogelijk te begeleiden. Ook bij moeilijke opdrachten aan patient werkt dit versterkend.
zie hierboven
Betere benadering waardoor gerichtere behandeling wat de snelheid van bereiken van doelen ten goede zal komen
je weet waar je op moet letten leert dingen herkennen
eenduidigheid
beter herstel
terugkoppeling en advies
Betere afstemming, waardoor je doelgerichter kunt werken
Meer begrip, meer behandelmogelijkheden en multidisciplinair
patient voelt zich gehoord en begrepen
de patiënt krijgt de meest waardevolle behandeling die mogelijk is; op lichamelijk en geestelijk vlak
Verder kijken dan het lichamelijke alleen, psychologen krijgen vaker te maken met psychische problematiek dan ik
sneller herkenning van de klachten
Kortere lijnen tussen zorgverleners
Adequate behandeling
niet geheel duidelijk
Zaken als drempel/pleinvrees, fobieën moeten m.i. aangepakt worden voordat een pt bij de fysiotherapeut komt. Voor de pt. is het een voordeel dat hij/zij beide kan consulteren maar baat hij/zij niet van een samenwerkingsverband
Het afstemmen van de beste aanpak om het gezondheidsprobleem / hulpvraag zo goed mogelijk te benaderen.
onbekend
beter behandeling van de patient

zie 17 dus sneller resultaat
Betere behandeling/resultaat
de juiste zorg in zijn/haar geval genieten
ik kan nog meer voor de patiënt betekenen en patiënt ervaart dat wij ons best voor hem doen en kan zelf ook invloed uitoefenen
Multidisciplinaire overleg om samen tot goed behandelkamer te komen
Meer op de individuele patiënt afgestemde zorg\r\nVerlaging van drempel naar psycholoog
optimale beh van de klacht op somatisch en psychisch vlak
adequater benadering
meer duidelijkheid voor de persoon, hoewel verwarring ook zinvol kan zijn om mogelijke verandering van inzichten te krijgen.
eenduidige aanpak.verhaal ten aanzien van problemen waar pat. mee wordt geconfronteerd.
eerder tot de kern van probleem en sneller effect
idem
betere en effectievere behandeling
Zie bovenstaand.
pt voelt zich misschien beter begrepen
Ja. alle (para)medische samenwerking zal voordelig zijn voor de patiënt
Vele voordelen waarvan m.n. niet op je eigen eiland blijven zitten.
adequate hulp pt
Eenduidig beleid, geen tegenstrijdige adviezen
groter vangnet
meervoudige aanpak, zaken worden niet tegengesproken, geeft meer duidelijkheid
meer 1 lijn strategie
zie 17.
betere zorg en aanpak van oorzakelijkheden
breder aanpak
zorg beter afgestemd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken en daarmee minder tegenstrijdige adviezen
optimaliseren van de zorg voor je patiënt
het verkrijgen van beter inzicht in de oorzakelijke factoren van de klacht en belemmerende factoren voor herstel wordt zo duidelijk. Pt krijgt tools mee van beide partijen om te komen tot een zo groot mogelijke effectiviteit van de behandeling
betere en passender zorg
betere hulp, multidisciplinaire hulp
de fysiotherapeut mag en kan aanraken(haptonomisch perspectief)\r\nde psycholoog is hier niet vertrouwd mee.\r\noefenstof kan gevarieerd worden denk aan persensus-transensus-consensus\r\n;in de groep od individueel
sneller beter, beter begrepen.
gerichte patientbenadering
Beter inzicht in zijn gedrag waardoor hij/zij zichzelf misschien tekort doet.
psychische en somatische benadering
De patient kan gebruik maken van een netwerk van specialisten die helpt coach en ondersteund om weer zonder problemen te kunnen functioneren.
kan nuttig zijn
eenduidigheid voor patient
Patiënt meer centraal
Klachten kunnen vanuit meerdere gezichtsvelden bekeken worden.
betere persoonlijke aanpak voor de pt

Tabel d: Letterlijk gegeven antwoorden op de vraag; 'Heeft u verder nog iets toe te voegen of mede te delen met betrekking tot dit onderwerp?'.

Letterlijke antwoorden	
Respondent 1	Nee geen opmerkingen of aanvullingen\r\n
Respondent 2	nee
Respondent 3	--nvt--
Respondent 4	
Respondent 5	nee
Respondent 6	nee
Respondent 7	nee
Respondent 8	Psycholoog en psychosomatisch fysiotherapeut kunnen elkaar goed aanvullen in de behandeling
Respondent 9	.
Respondent 10	We hebben al maandelijks overleg tussen huisarts, psycholoog, praktijkondersteuner, oefentherapeut en fysiotherapeut
Respondent 11	Wij werken binnen onze setting al intensief samen met o.a. de psychologen.
Respondent 12	nee
Respondent 13	nee
Respondent 14	Nee
Respondent 15	Ik denk dat het erg belangrijk kan zijn om contact te hebben tussen beide disciplines, zodat de patient optimaal behandeld kan worden
Respondent 16	nee
Respondent 17	Nee, ik denk dat het een goede insteek zou kunnen zijn
Respondent 18	nee
Respondent 19	ik zou graag op de hoogte gehouden worden met betrekking tot dit onderwerp. met name biologische aspecten, functioneren van de hersenen in relatie tot gedrag spreken mij erg aan. ik zie daarom veel potentie in dit samenwerkingsverband
Respondent 20	geen toevoegingen
Respondent 21	nee
Respondent 22	nee
Respondent 23	nee
Respondent 24	goed initiatief
Respondent 25	Zowel fysiotherapeuten als psychologen moeten luisteren naar het verhaal van de pt. Om meerdere therapievormen tegelijkertijd te volgen versterkt een pt in zijn "ziektebeleving".
Respondent 26	nee
Respondent 27	nee
Respondent 28	Ik heb op de praktijk een lichaamsgerichte psychotherapeute waarmee ik af en toe overleg
Respondent 29	Ik heb een praktijk voor kinderfysiotherapie.
Respondent 30	Nee
Respondent 31	---
Respondent 32	nee
Respondent 33	
Respondent 34	nee
Respondent 35	Heb vooral kinderen met ADHD en PDd- NOS
Respondent 36	Nee
Respondent 37	nee
Respondent 38	werken naar gezondheidscentra waar ook 1e lijns psychologen werkzaam zijn.

Respondent 39	Het lijkt mij zinvol dat fysiotherapie nog veel meer de mens in zijn geheel kan gaan zien. Aandacht voor de mens hebben. Aanraking lijkt in de huidige opleiding fysiotherapie helaas steeds minder belangrijk te zijn (evidence based). Massagevormen kunnen juist een belangrijke manier zijn om contact te maken. Fysiotherapie kan bij psychosomatische klachten juist hiervan dan ook gebruik maken.
Respondent 40	nee
Respondent 41	snelle overleglijn met een "onafhankelijke psycholoog" zoals wij ook de huisarts kunnen bellen, maar er is vaak geen behandeld psycholoog.
Respondent 42	in praktijk merk ik dat kostenaspect vaak (negatieve) rol speelt voor patiënt. Hij / zij moet psycholoog grotendeels zelf betalen en dat ik bij deze kwetsbare groep vaak niet mogelijk
Respondent 43	nee
Respondent 44	-
Respondent 45	op onze praktijk loopt een psycholoog rond, dus wij hebben dat face to face overleg al, als we dat nodig vinden.
Respondent 46	nee
Respondent 47	Ik vind het een goed onderzoek item.\r\nGoede ontwikkeling voor de aanstaande fysiotherapeuten, het biopsychosociale model. Niet allen maar biomedisch.\r\nEr is nog steeds binnen de beroepsgroep een afkeer naar erkenning van deze problematiek.
Respondent 48	neen
Respondent 49	nee
Respondent 50	x
Respondent 51	nee
Respondent 52	nvt
Respondent 53	nee
Respondent 54	-
Respondent 55	nee
Respondent 56	
Respondent 57	nee
Respondent 58	er moet wel sprake zijn van een bereidheid van beide kanten en gevoel van gelijkheid als je een samenwerking wilt aangaan. Respect voor elkaars kennis, kunde en ervaring is dan van groot belang.
Respondent 59	In de praktijksituatie waarin ik werk dwz niet in een multidisciplinair centrum staat de psycholoog verder van je af en ken je deze mensen vaak ook niet. Ik geef mensen wel aan dat ze via de huisarts naar de psycholoog kunnen en dit behulpzaam kan zijn bij het verbeteren van hun klachten.
Respondent 60	neen
Respondent 61	nee
Respondent 62	heb reeds jaren een intensieve samenwerking met eerste lijns psycholoog
Respondent 63	Het zou goed zijn als fysio's meer op de hoogte zouden zijn van specialisaties binnen hun eigen vakgebied en zouden leren meer samen te werken daarbinnen. De regulier fysio heeft minder zicht op wanneer een psycholoog in te schakelen dan de psychosomatische fysiotherapeut.
Respondent 64	onderscheid maken tussen de volwassen patient en het kind;\r\nen wellicht dus een separate opzet voor kindfysiotherapeuten in de regio
Respondent 65	Stress is een steeds grotere bron van irritatie in onze mij. dit zie je dus ook afgespiegeld binnen de pt. populatie.
Respondent 66	nee
Respondent 67	nee

Respondent 68	schoenmaker blijf bij je leest!
Respondent 69	nee
Respondent 70	nee
Respondent 71	Heb helaas ook meerdere slechte ervaringen met psychologen. Ben erg kritisch in samenwerking. Heb nu één psycholoog waar ik mee samenwerk en voor de rest erg huiverig hiervoor. Ik vind de kwaliteit en betrouwbaarheid vaak erg slecht helaas.
Respondent 72	nee

Tabel e: Chikwadraattoets; de behoefte aan samenwerking met psychologen op basis van geslacht van de respondenten

		Behoeft					Total
		Minimaal 1x in de week	Minimaal 1x per maand, maar minder dan 1x in de week	Minimaal 1x per jaar, maar minder dan 1x in de maand	Weet ik niet	Nooit	
geslacht	Man	3	9	12	4	6	34
	vrouw	1	12	18	7	0	38
Total		4	21	30	11	6	72

Pearson Chi-Square $P = 0.055$

Tabel f: One-way ANOVA toets; de behoefte aan samenwerking met psychologen op basis van het aantal dienstjaren

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Minimaal 1x in de week	4	30,50	12,396	6,198	10,77	50,23	16	45
Minimaal 1x per maand, maar minder dan 1x in de week	21	18,64	10,535	2,299	13,85	23,44	1	37
Minimaal 1x per jaar, maar minder dan 1x in de maand	30	20,73	12,287	2,243	16,15	25,32	3	40
Weet ik niet	11	18,27	9,758	2,942	11,72	24,83	1	32
Nooit	6	19,67	15,603	6,370	3,29	36,04	2	38
Total	72	20,20	11,721	1,381	17,45	22,96	1	45

Between groups $p = 0.438$

Tabel g: One-way ANOVA toets; de behoefte aan samenwerking met psychologen op basis van het aantal uren dat de respondenten per week werkzaam zijn

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Minimaal 1x in de week	4	32,00	9,798	4,899	16,41	47,59	20	40
Minimaal 1x per maand, maar minder dan 1x in de week	21	33,81	8,807	1,922	29,80	37,82	16	50
Minimaal 1x per jaar, maar minder dan 1x in de maand	30	35,60	8,846	1,615	32,30	38,90	18	55
Weet ik niet	11	30,55	12,801	3,860	21,95	39,15	15	52
Nooit	6	38,33	5,164	2,108	32,91	43,75	30	45
Total	72	34,33	9,352	1,102	32,14	36,53	15	55

Between groups $p = 0.447$

Tabel h: Chikwadraattoets; de behoefte aan samenwerking met psychologen op basis van het voorkomen van psychosomatiek in de praktijk.

		Behoefte					Total
		Minimaal 1x in de week	Minimaal 1x per maand, maar minder dan 1x in de week	Minimaal 1x per jaar, maar minder dan 1x in de maand	Weet ik niet	Nooit	
Voorkomen Psychosomatiek	Minimaal 1x in de week	4	17	21	5	4	51
	Minimaal 1x per maand, maar minder dan 1x in de week	0	3	6	3	0	12
	Minimaal 1x per maand, maar minder dan 1x in de week	0	1	3	3	1	8
	Nooit	0	0	0	0	1	1
	Total	4	21	30	11	6	72

Pearson Chi-Square $P = 0.078$

Tabel i: Chikwadraattoets; de behoefte aan samenwerking met psychologen op basis van het voorkomen van stemmings-, angst-, somatoforme-, middelen-, aandachtstekort- of gedragsstoornissen in de praktijk.

		Behoefte					Total
		Minimaal 1x in de week	Minimaal 1x per maand, maar minder dan 1x in de week	Minimaal 1x per jaar, maar minder dan 1x in de maand	Weet ik niet	Nooit	
Voorkomen Psychische aandoening	Minimaal 1x in de week	4	14	15	2	2	37
	Minimaal 1x per maand, maar minder dan 1x in de week	0	6	9	5	1	21
	Minimaal 1x per jaar, maar minder dan 1x in de maand	0	0	6	4	0	10
	Nooit	0	0	0	0	2	2
	Weet ik niet	0	1	0	0	1	2
	Total	4	21	30	11	6	72

Pearson Chi-Square $P = 0.000$

**B4 Beoordelingsformulier projectplan**

Naam: Laura van den Groenendaal

Studentnr: 2042884

Begeleider: Anke Lahaije

Interne onafhankelijke beoordelaar: Chris Burtin

Datum: 31 oktober 2013

Titel: Samenwerking fysiotherapeuten en psychologen

Vorm	Feedback
Taalgebruik is professioneel. Weinig tot geen typ-, spel- en taalfouten. Zinsbouw is correct.	ja
Het plan ziet er zorgvuldig uit. De lay-out is helder, en ondersteunend aan de inhoud.	Ja
Literatuurverwijzingen, in lopende tekst en in literatuurlijst, worden gegeven volgens de Schrijfwijzer (Wouters, 2013)	Ja, op een paar kleine inconsequenties na
Oordeel	Voldoende / onvoldoende

Inleiding	Feedback
De context met daarin de ervaren knelpunten / problemen zijn voldoende helder beschreven (probleembeschrijving).	Nee; veel te veel info en daardoor onduidelijk
Uit de probleembeschrijving, blijkt de maatschappelijke en paramedische relevantie	ja
Uit de probleembeschrijving en probleemanalyse (probleemstelling) volgt een logische en relevante onderzoeksvraag (vraagstelling).	ja
De geformuleerde onderzoeksvraag is helder geformuleerd, voldoende afgebakend en haalbaar.	ja
Oordeel	Voldoende / onvoldoende

Methode	Feedback
De relevante elementen van het onderzoeksontwerp worden voldoende beschreven en uitgewerkt. Bij (kwantitatief of kwalitatief) praktijkonderzoek onder andere: Selectieproces van deelnemers	ja

• Meetinstrumenten / meetprotocol • Analysemethode Bij systematisch literatuuronderzoek onder andere: • Zoekstrategie (databanken, zoektermen, selectiecriteria) • Analysemethode	Uitgebreid beschreven
Het onderzoeksontwerp is geschikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden en wordt voldoende overtuigend beargumenteerd.	ja
Bij praktijkonderzoek is tevens de ethische paragraaf inclusief de informatiebrief en het toestemmingsformulier toegevoegd. Ze voldoen aan de hiervoor geldende eisen	Ja; Toestemming nvt
Oordeel	<i>Voldoende / onvoldoende</i>

Projectproduct (indien van toepassing)	<i>Feedback (of niet van toepassing, -NVT-)</i>
Het projectproduct sluit aan bij de probleembeschrijving en de onderzoeksvraag (vraagstelling)	nvt
Het projectproduct is bruikbaar voor de gekozen doelgroep	nvt
Het projectproduct sluit aan bij de wens van de opdrachtgever	nvt
Oordeel	<i>Voldoende / onvoldoende / NVT</i>

Tijdsplan	<i>Feedback</i>
Het tijdsplan geeft voor het project als geheel een globale fasering en tijdbesteding en voor de eerstkomende weken een gedetailleerdere invulling, inclus de belangrijke contact- en inlevermomenten.	ja
Het tijdsplan is gezien de vraagstelling en de gekozen methode en de te verwachten uitkomsten realistisch	ja
Oordeel	<i>Voldoende / onvoldoende</i>

Begrote kosten (indien van toepassing)	Feedback (of niet van toepassing, -NVT-)
Er wordt een helder inzicht gegeven in de te verwachten soorten kostenposten en de ureninvestering van derden	ja
Er wordt een helder inzicht gegeven in de verdeling van deze kosten (projectleider, opleiding, opdrachtgever, deelnemers e.d.)	ja
Oordeel	Voldoende / onvoldoende / NVT

Literatuur	Feedback
Gebruikte en nog te gebruiken literatuur is specifiek en in voldoende omvang genoemd	ja
De literatuur is relevant en recent genoeg.	ja
Oordeel	Voldoende / onvoldoende

N.B. elke afzonderlijke rubriek dient als geheel voldoende te zijn. Doch elk afzonderlijk punt kan aanleiding geven tot een onvoldoende beoordeling van de desbetreffende rubriek

Beoordeling:	Voldoende/ Onvoldoende
Toelichting: Project plan is duidelijk en uitvoerbaar. De inleiding is veel te breed en daardoor onduidelijk. Flink in schrappen en de meeste tekst naar de discussie verplaatsen. Dan wordt hij weer kort en krachtig (zoals hij was!)	

Naam 2^o beoordelaar (begeleider):

Anke Lahaije

Datum + Handtekening

31/11/2013



Naam 1^o beoordelaar

(interne onafhankelijke beoordelaar):

Chris Burtin

Datum + Handtekening

31/11/2013





B9 Overeenkomst overdracht rechten

OVEREENKOMST

houdende overdracht van rechten en de plicht tot
overdracht/retournering van data, software en andere middelen

Ondergetekenden:

1. de ~~heer~~/mevrouw Laura Johanna Michael Maria Greenendaal ^{van den} [volledige
namen als vermeld in paspoort], woonachtig te 5591 JR Heeze [postcode,
woonplaats] aan de Ginderover 64 [adres en huisnummer], hierna aan te
duiden als "Student"

en

2. Stichting Fontys h.o.d.n. Fontys Hogescholen, Rachelsmolen 1, 5612 MA Eindhoven, hierna
"Fontys"

CONSIDERANS

- A. Student studeert aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven en heeft in het kader van zijn/haar studie, al dan niet tezamen met derden en/of in opdracht van derden, (diverse) activiteiten verricht, of zal deze nog verrichten, in het kader van onderzoeken die onder supervisie staan van het lectoraat van Fontys Paramedische Hogeschool. Voornoemde activiteiten zullen hierna worden aangeduid als "Lectoraat Studieactiviteiten". Ten tijde van ondertekening van deze verklaring superviseert het lectoraat van Fontys Paramedische Hogeschool in ieder geval de onderzoeken die zijn opgesomd in bijlage 1, maar deze opsomming is niet uitputtend en kan in de toekomst veranderen.
- B. Het is voor Fontys Paramedische Hogeschool van essentieel belang dat (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten ongehinderd en zonder enige beperking verder kunnen worden ontwikkeld en toegepast door Fontys Paramedische Hogeschool en/of voor onderwijs van andere studenten kunnen worden gebruikt. Fontys wil in ieder geval – maar niet uitsluitend – (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten (i) kunnen delen met en/of over te dragen aan derden, (ii) op eigen naam kunnen publiceren, waarbij Student mogelijk als co-auteur kan worden vernoemd mits dit gezien de omstandigheden redelijk is, (iii) kunnen gebruiken als basis voor nieuwe onderzoeksprojecten.

- C. Als op (uitwerkingen van) Lectoraat Studietoelichtingen intellectuele eigendomsrechten (komen te) rusten en/of daaraan verwante aanspraken van Student, wensen partijen – het onder (B) genoemde in aanmerking nemend – dat Fontys Paramedische Hogeschool de enige rechthebbende ten aanzien van deze rechten en aanspraken is. Student wenst dan ook al zijn/haar huidige en toekomstige intellectuele eigendomsrechten alsook daaraan verwante aanspraken met betrekking tot (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen aan Fontys over te dragen, onder de hierna te noemen voorwaarden;
- D. Student wenst voorts de verplichting op zich te nemen – wederom het onder (B) genoemde in aanmerking nemend – om alle door hem/haar in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen door hem/haar verzamelde data aan Fontys over te dragen en geen kopieën daarvan te bewaren, en eveneens alle in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen aan hem/haar door Fontys verstrekte eerder verzamelde data, software en/of andere middelen, zoals meet- en testapparatuur, aan Fontys te retourneren zonder kopieën daarvan te bewaren, dit alles onder de hierna te noemen voorwaarden.

KOMEN OVEREEN ALS VOLGT

1. Overdracht intellectuele eigendomsrechten

1.1 Student draagt hierbij over aan Fontys Paramedische Hogeschool al zijn/haar huidige en toekomstige intellectuele eigendomsrechten en aanverwante aanspraken met betrekking tot (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen, voor de volledige duur van die rechten.

1.2 Onder intellectuele eigendomsrechten en/of daaraan verwante aanspraken wordt tenminste – maar niet uitsluitend – verstaan het auteursrecht, het databankenrecht, het octrooirecht, het merkenrecht, het handelsnamenrecht, het tekeningen- en modellenrecht, het kwekersrecht, bescherming van knowhow en bescherming tegen oneerlijke mededinging.

1.3 De in 1.1 omschreven overdracht is onbeperkt. Zodoende omvat de overdracht alle aan de overgedragen rechten en aanspraken verbonden bevoegdheden, en geldt de overdracht voor alle landen ter wereld.

1.4 Voor zover enige nationale wetgeving enige nadere medewerking van Student vereist voor de overdracht genoemd onder 1.1, zal Student deze medewerking op eerste verzoek van Fontys Paramedische Hogeschool onmiddellijk en zonder enig voorbehoud verlenen.

1.5 Fontys aanvaardt de in 1.1 omschreven overdracht.

2. *Afstand van persoonlijkheidsrechten*

2.1 Voor zover toegestaan onder artikel 25 Auteurswet, en andere eventueel toepasselijke nationale wetgeving, doet Student afstand van zijn/haar persoonlijkheidsrechten, waaronder begrepen – maar niet uitsluitend – het recht op vermelding van de naam van Student en het recht zich te verzetten tegen wijzigen van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen. Indien en voor zover aan Student onder enige nationale wetgeving een beroep toekomt op persoonlijkheidsrechten ondanks het bovenstaande, zal Student zich niet op onredelijke gronden op deze persoonlijkheidsrechten beroepen.

2.2 In afwijking van hetgeen in 2.1 is bepaald kan Fontys Paramedische Hogeschool besluiten de naam van Student wel te vermelden als dit gezien de omvang van zijn/haar bijdrage en werkzaamheden redelijk is.

3. *Vergoeding*

Student gaat ermee akkoord dat hij/zij geen vergoeding voor de in deze verklaring omschreven rechtenoverdracht en -afstand van Fontys zal ontvangen.

4. *Garantie ten aanzien van intellectuele eigendomsrechten*

Student verklaart bevoegd te zijn tot de overdracht en afstand, en verklaart geen licentie(s) tot enigerlei wijze van gebruik van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen aan enige derde(n) te hebben verleend of in de toekomst te zullen verlenen. Student vrijwaart Fontys voor iedere aanspraak van derden in dit kader.

5. *Plicht tot overdracht/retournering van data, software en andere middelen*

5.1 Op het moment dat Student niet langer Lectoraat Studietoelichtingen verricht en/of niet langer student van Fontys is, verplicht Student zich tot overdracht aan Fontys van alle in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen door hem/haar verzamelde data, in de ruimste zin van het woord, daaronder begrepen – maar niet uitsluitend – onderzoeken en onderzoeksresultaten, tussentijdse notities, documenten, afbeeldingen, tekeningen, modellen, prototypes, specificaties, productiemethoden, procesbeschrijvingen en techniekbeschrijvingen.

5.2 Student garandeert op geen enkele wijze, in welke vorm dan ook, kopieën van de in 5.1 bedoelde data bewaard te hebben.

5.3 Student verplicht zich om aan Fontys te retourneren alle in het kader van de Lectoraat Studieactiviteiten aan hem/haar door Fontys verstrekte data, software en/of andere middelen, en garandeert op geen enkele wijze, in welke vorm dan ook, kopieën van de verstrekte software en/of andere middelen bewaard te hebben.

5.4 Student gaat ermee akkoord dat indien hij in strijd met de verplichtingen en garanties genoemd onder 5.1 tot en met 5.3 handelt en/of gehandeld blijkt te hebben, (a) hij/zij aansprakelijk is voor alle schade die Fontys hierdoor heeft geleden en/of nog zal lijden, en (b) dat dit als fraude kwalificeert en Fontys daaraan passende sancties mag verbinden. De door Fontys op te leggen sancties kunnen onder meer bestaan uit het niet toekennen van studiepunten, het tijdelijk uitsluiten van Ondergetekende van deelname aan examens, maar ook uit het definitief uitschrijven van Ondergetekende als student van Fontys.

6. Afsand

Student doet afstand van het recht op ontbinding van deze overeenkomst.

7. Overig

7.1 Voor zover deze overeenkomst afwijkt van het studentenstatuut geldt dat deze overeenkomst voor gaat.

7.2 Deze overeenkomst wordt beheerst door Nederlands recht. Alle uit deze verklaring voortvloeiende geschillen zullen worden voorgelegd aan de bevoegde rechter te Amsterdam.

Student:

Naam: Laura van den Groenendaal


(handtekening)

Datum: 10/12/2013

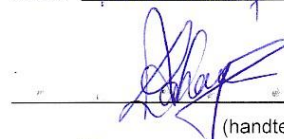
Plaats: Eindhoven

Stichting Fontys

h.o.d.n. Fontys Hogescholen

begeleider:

Naam: Anke Bakker


(handtekening)

Datum: 09/12/2013

Plaats: Eindhoven