

Bachelorscriptie

De actieve rol in de fysiotherapie

Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van fysiotherapiepatiënten ten aanzien van hun actieve rol in het behandelproces



Toegepaste Psychologie
Fontys Hogeschool HRM & Psychologie

Rafke Caubo
2219398
Cohort 2013/2014

6 juni 2017

Opdrachtgever: J. Henssen
Assessor: T. Smeets
Procesbegeleider: M. Peters

Voorwoord

Deze bachelorscriptie is geschreven in het kader van het afstuderen aan de opleiding Toegepaste Psychologie. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode begin februari tot begin juni 2017. Het onderzoek is in opdracht van opdrachtgever Health Plus verricht. Health Plus wil patiënten voorzien van de best mogelijke zorg. Dit willen zij bereiken met hun motto Together Everyone Achieves More (TEAM). Hun sleutelwoorden zijn dan ook samen met klantgericht en efficiënt. Het onderzoek heeft ook betrekking op deze efficiënte werkwijze. Een actieve houding van patiënten draagt bij aan de efficiëntie van de behandelingen. Om inzicht te krijgen in de beleving van patiënten van Health Plus ten aanzien van hun actieve houding in het behandelproces is het onderzoek opgestart.

Zelf ben ik ook bij Health Plus onder behandeling geweest en werd van mij een actieve houding verwacht door het uitvoeren van oefeningen. Hier hield ik mij ook niet altijd aan, dus ik kan me verplaatsen in patiënten die zich ook niet altijd actief opstellen in het behandelproces. Deze eigen ervaring laat ik gedurende het onderzoek natuurlijk even achter me. Juist omdat ik weet dat het hebben van een actieve houding als patiënt binnen de fysiotherapie niet vanzelfsprekend is, ben ik blij dat ik met dit onderzoek een steentje heb mogen bijdragen aan het in kaart brengen van de beleving van fysiotherapiepatiënten ten aanzien van hun actieve houding. De enthousiaste houding van de fysiotherapeuten van Health Plus tegenover mijn onderzoek deden mij erg goed. Mede hun houding draagt eraan bij dat ik met een positieve blik terugkijk naar het lange, maar vooral leerzame proces van mijn scriptie.

Tot slot wil ik nog een aantal mensen bedanken die van grote waarde zijn geweest tijdens mijn onderzoek. Allereerst opdrachtgever Jill Henssen, bedankt dat jij me de kans hebt gegeven om dit onderzoek binnen jouw praktijk uit te voeren. Ook bedankt voor je tijd en je energie die je in mij en het onderzoek gestoken hebt. Ook fysiotherapeuten Robbin en Nienke wil ik bedanken voor de tijd en moeite die jullie hebben gestoken in het werven van patiënten voor de interviews. Als laatste kan ik natuurlijk de patiënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek niet vergeten te bedanken. Enorm bedankt voor jullie tijd en openheid tijdens de interviews. Dankzij jullie allemaal heb ik het lange onderzoeksproces als positief ervaren!

Dank jullie wel allemaal voor het mede mogelijk maken van dit onderzoek en veel plezier met het lezen van mijn scriptie!

Oirsbeek, juni 2017

Rafke Caubo

Samenvatting

In opdracht van Health Plus fysiotherapie te Oirsbeek is een onderzoek gestart naar de beleving van fysiotherapiepatiënten ten aanzien van hun actieve houding in het behandelproces. Health Plus wilde hier meer inzicht in om vervolgens de genoemde positieve aspecten te kunnen behouden en om zo de genoemde negatieve aspecten aan te pakken. Dit allemaal om een actieve houding bij fysiotherapiepatiënten te stimuleren. Er is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek.

Er zijn tien semigestructureerde diepte-interviews afgenomen bij fysiotherapiepatiënten welke onder behandeling zijn bij fysiotherapeuten van Health Plus. Tijdens deze interviews zijn onderwerpen bevraagd als uitkomstenverwachting, eigen effectiviteit, sociale invloeden, shared decision making en motivatie.

Na het analyseren van de ruwe data kwamen drie thema's duidelijk naar voren in de beleving van fysiotherapiepatiënten ten aanzien van hun actieve houding. Allereerst de beleving van fysiotherapiepatiënten omtrent het uitvoeren van oefeningen, vervolgens de beleving van de communicatie tussen fysiotherapeut en patiënt en als laatste de invloeden welke een rol spelen bij de actieve houding van fysiotherapiepatiënten. De patiënten vinden het belangrijk om ook naast de behandelingen bij de fysiotherapeut oefeningen uit te voeren. De reden hiervoor is dat de oefeningen zorgen voor een vermindering van klachten, herstel, vooruitgang en krachtopbouw. De oefeningen zorgen dus voor een positief resultaat volgens de patiënten. Daarnaast vinden de patiënten dat de oefeningen prima uitvoerbaar zijn, ook bij hun thuis. De meningen over het hebben van genoeg tijd om de oefeningen uit te voeren zijn verdeeld. Daarnaast geven ze aan dat het gaat om tamelijk veel oefeningen welke de fysiotherapeut opgeeft. Ook hadden patiënten het een en ander te vertellen over de communicatie. Volgens hen is actieve communicatie vanuit zowel fysiotherapeut als patiënt belangrijk. De keuzevrijheid die zij van de fysiotherapeut krijgen, ervaren zij als prettig, evenals de professionaliteit van de fysiotherapeut. Volgens de patiënt bestaan er invloeden welke meespelen bij hun actieve houding in het behandelproces, namelijk de omgeving, onveranderbare invloeden zoals leeftijd en persoonlijkheid en fysieke invloeden.

Op basis van de conclusies die zijn voortgekomen uit het onderzoek zijn adviezen en aanbevelingen geformuleerd, welke verder zijn uitgewerkt in het adviesdocument.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Samenvatting	2
Leeswijzer	5
1. Inleiding.....	6
2. Theoretisch kader.....	8
2.1 Verwachtingen behandeling	8
2.2 Uitkomstverwachtingen	9
2.3 Sociale invloeden	9
2.4 Eigen effectiviteitsverwachting	10
2.5 Shared Decision Making	10
2.6 Motivatie.....	11
2.7 Conclusie	12
3. Methode	14
3.1 Respondenten.....	14
3.2 Procedure	14
3.3 Meetinstrumenten en materiaal	15
3.4 Analyse	16
4. Resultaten.....	17
4.1 Inleiding resultaten	17
4.2 Beleving oefeningen.....	17
4.2.1 Belangrijkheid.....	17
4.2.2 Uitvoerbaarheid.....	18
4.3 Beleving communicatie	18
4.3.1 Actieve communicatie	19
4.3.2 Keuzevrijheid.....	19
4.3.3 Professionaliteit.....	20
4.3.4 Persoonlijk contact	20
4.4 Invloeden	21

4.4.1	Omgeving.....	21
4.4.2	Fysiek	21
4.4.3	Persoonlijkheid.....	22
5.	Discussie en conclusie	23
5.1	Conclusie	23
5.2	Discussie.....	25
5.2.1	Vertegenwoordigde onderzoeken in resultatenparagraaf	25
5.2.2	Aandachtspunten eigen onderzoek	26
5.2.3	Sterktes eigen onderzoek.....	26
5.2.4	Betrouwbaarheid	27
5.2.5	Validiteit	27
5.2.6	Vervolgonderzoek	28
5.3	Betekenis discussiepunten voor opdrachtgever.....	28
6.	Aanbevelingen	29
6.1.1	Aanbeveling 1: eHealth toepassing	29
6.1.2	Aanbeveling 2: Training “Motivational Interviewing”	29
	Literatuurlijst.....	30
	Bijlagen	34
	Bijlage 1: Informatiebrief	34
	Bijlage 2: Toestemmingsverklaring	36
	Bijlage 3: Topiclijst	37
	Bijlage 4: Analyseplan.....	39
	Bijlage 5: Voorbeelden transcripten	40
	Bijlage 6: Categorieën met codes	41
	Bijlage 7: Taxonomie	42
	Bijlage 8: Mindmap	44
	Bijlage 9: Ethische verantwoording	45

Leeswijzer

De uitkomsten van het onderzoek worden in onderstaand document beschreven. Na de inleiding wordt in hoofdstuk twee het theoretisch kader weergegeven. In het theoretisch kader wordt bestaande literatuur uitgewerkt, welke samenhangt met de onderzoeksvraag. Hierna volgt de onderzoeksmethode in hoofdstuk drie, waarin wordt toegelicht wat voor soort onderzoek is uitgevoerd en op welke manier deze is uitgevoerd. Na hoofdstuk drie zullen de resultaten in hoofdstuk vier worden behandeld. In het hoofdstuk resultaten zullen de bevindingen vanuit de interviews terug te vinden zijn. Hierna volgt de discussie in hoofdstuk vijf, waarin het onderzoek wordt geëvalueerd. Deze evaluatie zal in hoofdstuk zes resulteren in de conclusie met de hoofdvraag en deelvragen als leidraad.

1. Inleiding

In Nederland stijgt het aantal inwoners dat contact heeft met een fysiotherapeut met de jaren. Zo had in het begin van de jaren tachtig één op de veertien Nederlanders contact met een fysiotherapeut en steeg dit in 2005 tot ruim één op de zes Nederlanders (Frenken, 2006). Frenken (2006) geeft aan dat deze stijging het gevolg is van een grotere beschikbaarheid van behandelmethoden en een verbetering van de kwaliteit hiervan. Het Centraal Bureau van de Statistiek (2008) zag de stijging van het aantal Nederlandse inwoners die onder behandeling is bij een fysiotherapeut ook. Na 2005 is het aantal patiënten bij de fysiotherapeut namelijk blijven stijgen. In 2008 heeft ongeveer 20 procent van de Nederlandse inwoners ten minste één keer de fysiotherapeut bezocht, terwijl in 1981 dit percentage nog geen 7 procent bedroeg. Deze verdrievoudiging kan verklaard worden door het feit dat er sinds 2006 geen verwijfsbrief van de huisarts meer nodig is om de fysiotherapeut te bezoeken. Dit heeft het bezoeken van de fysiotherapeut vergemakkelijkt, waardoor er meer mensen de fysiotherapeut bezochten (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2008). In 2012 bezocht bijna de helft (47%) van de patiënten de fysiotherapeut zonder verwijzing. Zij kwamen op eigen initiatief (Kooijman et al., 2013).

Een fysiotherapeut is een hulpverlener op paramedisch gebied die zich richt op het bewegen in de dagelijkse omgeving van de mens (De Vries, Hagens, Kiers & Schmitt, 2014). Naast het kunnen plannen van afspraken, diagnosticeren en screenen van klachten, dient een fysiotherapeut zich ook bezig te houden met het behouden en het verbeteren van de kwaliteit van de hulpverlening die zij bieden (De Vries et al., 2014). In de behandeling en benadering van fysiotherapie patiënten is de laatste jaren enorm veel veranderd. In het verleden had de patiënt een passieve rol en was de fysiotherapeut de deskundige. Steeds vaker zijn nu onderwerpen als zelfmanagement van groot belang in de fysiotherapie (Geraets, Calders, Nijs & Van Wilgen, 2014). Hierbij gaat het om de gedachte de patiënt zelf eigenaar te maken van zijn of haar klachten en te motiveren met de klachten aan de slag te gaan (Geraets et al., 2014). Zelfmanagement wordt door Geraets, et al. (2014) uitgelegd als het opstellen van doelen, het opdoen van waarnemingen, het analyseren van de voortgang, het formuleren van een juist besluit en de handeling uitvoeren en volhouden. Het uitvoeren en volhouden van de opgegeven handelingen door de fysiotherapeut wordt therapietrouw genoemd (Smith & Shuchman, 2005). Bijna de helft (48%) van de Nederlanders heeft onvoldoende kennis, zelfvertrouwen en motivatie om een actieve rol te hebben in hun zorgtraject (Rademakers, 2013). Deze Nederlanders hebben ondersteuning nodig om deze actieve rol te kunnen vervullen (Rademakers, 2013). Wanneer patiënten een actieve bijdrage leveren aan de behandelingen, zullen de resultaten worden verbeterd (Baker, Marshak, Rice & Zimmerman, 2001). De patiënt zal hierdoor ook minder fysiotherapie behandelingen vergoed hoeven te krijgen, waardoor de kosten voor de zorgverzekering lager worden (De Gezondheidsraad, 2007).

Binnen gezondheidscentrum Health Plus te Oirsbeek, dat in juni 2014 is opgestart, kunnen patiënten voor veel eerstelijnszorg terecht. In de eerstelijnszorg kunnen patiënten bij de fysiotherapeut op eigen initiatief terecht. Zij hebben hiervoor geen verwijzing van een huisarts nodig. (Van der Burgt, Van Mechelen-Gevers & Te Lintel Hekkert, 2006). De combinatie eerstelijnszorg met intensieve samenwerking tussen alle zorgverleners zorgt ervoor dat de verschillende zorgverleners op de hoogte

zijn van de klachten van de patiënt. Hierdoor hoeven patiënten hun klachten maar op één moment in het zorgtraject uitgebreid uit te leggen aan de zorgverlener. Het bieden van een luisterend oor en samen met de patiënt een passend behandelprogramma opstellen, zodat de patiënt zo snel mogelijk klachtenvrij kan bewegen, sluit hierbij aan. De fysiotherapeuten van Health Plus verwachten dan ook dat patiënten een actieve bijdrage leveren aan hun eigen behandelproces. Dit gebeurt naar hun mening te weinig. De fysiotherapeuten van Health Plus denken dat patiënten niet weten dat zij, door een actieve rol te hebben, hun behandelproces positief kunnen beïnvloeden. Hier zouden zij graag meer inzicht in willen verkrijgen, zodat zij hierop in kunnen spelen met als uiteindelijke doel dat behandelingen effectiever worden.

Kalauokalani, Cherkin, Sherman, Koepsell & Deyo (2001) stellen dat het aanpassen van de behandeling op de patiënt een bijdrage kan leveren aan de actieve rol van patiënten mits de inhoud van de behandeling samen met de patiënt wordt bepaald. De voorkeur van de patiënt over het soort activiteiten is hierin bepalend, omdat dit een sterke stimulans is voor de therapietrouw, de motivatie en de uiteindelijke tevredenheid over het eindresultaat van patiënten (Kalauokalani et al., 2001).

Om ervoor te zorgen dat patiënten gestimuleerd worden actief bij te dragen aan hun behandelproces, dient er onderzoek gedaan te worden naar de beleving van patiënten ten aanzien van hun actieve rol. Wanneer de fysiotherapeuten van Health Plus inzicht krijgen in deze beleving, kunnen de genoemde positieve aspecten worden behouden en gestimuleerd en kunnen de genoemde negatieve aspecten worden aangepakt. Door deze aanpak kunnen de fysiotherapeuten van Health Plus de actieve rol van fysiotherapiepatiënten stimuleren.

Er zal een kwalitatief onderzoek worden uitgevoerd, waarbij antwoord wordt gegeven op de volgende onderzoeksvraag/hoofdvraag:

“Wat is de beleving van fysiotherapiepatiënten ten aanzien van hun actieve rol in het behandelproces?”

2. Theoretisch kader

Binnen de fysiotherapie bestaat er een discrepantie tussen de verantwoordelijkheden van de fysiotherapeut en van de patiënt. Er bestaan namelijk verschillen tussen de verwachtingen van patiënten betreft hun eigen rol in het behandelproces en de rol van de fysiotherapeut (Aronson, 2007). Compliance houdt volgens Aronson (2007) het handelen naar het advies van de voorschrijver in. Dit houdt in dat de patiënt de voorgeschreven adviezen van de fysiotherapeut opvolgt. De moderne houding ten opzichte van compliance impliceert echter dat de voorschrijver, in deze de fysiotherapeut, een autoritaire houding heeft tegenover de patiënt. Omdat de patiënt tegenwoordig een actieve rol speelt in zijn behandelproces (Geraets et al., 2014), wordt nu vaak de term concordance gebruikt. Met concordance wordt bedoeld dat patiënten meer verantwoordelijkheid moeten nemen voor hun eigen behandelproces, hoewel niet elke patiënt bereid is om dit te doen (Aronson, 2007). Daarnaast wordt met concordance ook bedoeld dat de fysiotherapeut en de patiënt samen tot een akkoord moeten komen over de behandeling van de patiënt. Volgens Aronson (2007) is nog niet bekend welke van de twee termen voor patiënten het meest bruikbaar is. Concordance impliceert namelijk dat patiënten een actieve participatie dienen te hebben in het behandelproces, terwijl niet alle patiënten hiertoe bereid zijn (Aronson, 2007). Omdat de termen compliance en concordance slechts op enkele momenten nuttig gebruikt kunnen worden, ligt voor Aronson (2007) de voorkeur bij de term adherence, welke steeds vaker wordt gebruikt. Adherence houdt de vasthoudendheid van patiënten aan hun behandeling in, ook wel therapietrouw genoemd (Aronson, 2007). Therapietrouw is de mate waarin patiënten de voorgeschreven instructies gedurende de behandeling opvolgen (Bissonnette, 2008).

2.1 Verwachtingen behandeling

Onderzoek naar de verwachtingen van patiënten en fysiotherapeuten ten aanzien van de behandelingen wees uit dat deze verwachtingen niet altijd overeenkomen (Potter, Gordon & Hamer, 2003). Fysiotherapeuten gaven betreft het gedrag van de patiënt aan het belangrijk te vinden dat de patiënten respect voor en vertrouwen hebben in hun fysiotherapeut. Daarnaast gaven zij aan dat ze het belangrijk vinden dat patiënten plichtsgetrouw en meegaand zijn tijdens de behandeling. Als laatste vinden zij de actieve rol van patiënten in hun revalidatie ook een belangrijke factor (Potter et al., 2003). Omgekeerd zijn de belangrijkste verwachtingen van de patiënt het verlichten van de symptomen en een hand-on behandeling, waarbij de patiënt geheel behandeld wordt op de behandeltafel en zelf dus geen actieve rol hoeft te hebben (Potter, Gordon & Hamer, 2003). Onderzoek door McCrum et al. (2016) naar de verwachtingen van de behandeling onder fysiotherapiepatiënten met musculoskeletale aandoeningen concludeert dat de verwachtingen van een patiënt ten aanzien van de behandeling invloed heeft op de ervaringen, resultaten en de tevredenheid van de behandeling (McCrum et al., 2016). Volgens McCrum et al. (2016) betekent deze invloed dat de verwachtingen van patiënten belangrijk zijn voor fysiotherapeuten om mee te nemen in het zorgproces en in de evaluatie van behandelingen. Dit toont aan dat de verwachtingen van de patiënt een belangrijke factor zijn voor het hebben van een positieve invloed op de ervaringen en resultaten van de behandeling.

2.2 Uitkomstverwachtingen

Onderzoek door Campbell et al. (2001) naar de actieve rol van fysiotherapiepatiënten met artrose in de knie heeft aangetoond dat patiënten die van mening zijn dat hun klachten te maken hebben met onveranderbare factoren zoals leeftijd minder actief bezig zijn met hun behandelingsproces. Dit vanwege het feit dat deze patiënten geloven dat de interventies nauwelijks effect hebben op hun klachten, omdat zij denken dat de klachten worden veroorzaakt door hun leeftijd (Campbell et al., 2001). Ook Keus et al. (2004) concludeerden dat de lage verwachting van het resultaat een minder actieve houding van de patiënt teweegbrengt. Dit kwam naar voren uit hun onderzoek binnen de fysiotherapie. Wilcox, Castro & King (2006) concludeerden uit hun onderzoek dat wanneer fysiotherapiepatiënten met hoge verwachtingen lage resultaten bereikten minder actief deelnamen aan hun behandelproces. Patiënten die hoge resultaten bereikten ongeacht de verwachtingen, namen actief deel aan hun behandelproces (Wilcox et al., 2006).

De uitkomstenverwachting die patiënten hebben wordt dus gezien als een belangrijke factor om de actieve houding van fysiotherapie patiënten te voorspellen.

2.3 Sociale invloeden

Sociale invloeden worden gezien als invloeden van anderen waardoor mensen zich op een bepaalde manier gaan gedragen (Brug et al., 2007). Volgens Brug et al. (2007) kan er onderscheid worden gemaakt tussen drie verschillende soorten sociale invloeden. Allereerst subjectieve normen, ook wel sociale normen genoemd. Dit zijn opvattingen die anderen hebben over hoe een individu zich zou moeten gedragen. Wanneer een persoon niet aan deze opvattingen voldoet, kan dit resulteren in maatregelen die door de omgeving worden getroffen (Brug et al., 2007).

De tweede soort sociale invloeden is de sociale druk of de sociale steun van anderen. Door deze sociale druk of steun kunnen verwachtingen over het gewenste gedrag worden gevormd. Wanneer anderen zich steunend opstellen ten opzichte van nieuw gedrag, wordt dit sociale steun genoemd. Bij sociale druk is er sprake van een negatieve invloed van anderen op het nieuwe gedrag (Brug et al., 2007). Onderzoek door Giles-Corti & Donovan (2002) heeft uitgewezen dat het hebben van een ondersteunende fysieke omgeving noodzakelijk is om een actieve rol in de fysiotherapie te hebben. Zo wijst onderzoek naar revaliderende sporters uit dat sociale steun hen gemotiveerd houdt tijdens hun behandelingen in de fysiotherapie: ze behouden daardoor hun actieve rol in het behandelproces (Bianco, 2001).

Ten slotte bestaat er nog het waarnemen van het gedrag van anderen. Ook wel modelling genoemd. Door het waarnemen van dit gedrag wordt aangeleerd welke gedragingen in bepaalde contexten gewenst zijn. Wanneer fysiotherapiepatiënten het gedrag van andere patiënten waarnemen en dit gedrag overnemen, kan deze vorm van sociale invloed ontstaan (Maclean et al., 2010). Uit hun onderzoek is namelijk gebleken dat andere fysiotherapiepatiënten een ondersteunende rol kunnen zijn in de actieve deelname gedurende het behandelproces. Door een vergelijking met andere patiënten kan de intentie tot actieve deelname worden beïnvloed. Een opwaartse vergelijking met andere patiënten zal de intentie tot actieve deelname doen verhogen. Wanneer de intentie van fysiotherapiepatiënten hoog is, zullen zij eerder geneigd zijn om actief deel te nemen aan hun

behandelproces (Maclean et al., 2010). Daartegenover staat dat wanneer patiënten zich ongunstig vergelijken met andere patiënten de intentie zal laten afnemen, waardoor er minder kans is op een actieve deelname aan het behandelproces (Maclean et al., 2010).

Naast de invloed van andere fysiotherapiepatiënten, kan ook de fysiotherapeut van invloed zijn op de actieve houding van de patiënt. Zo is uit onderzoek naar voren gekomen dat de overtuigingen van fysiotherapeuten over de klachten van de patiënt de manier waarop uitleg wordt gegeven aan patiënten beïnvloeden (Daykin & Richardson, 2004). Wanneer fysiotherapeuten de patiënt het idee geven dat de klacht van de patiënt goed te behandelen is, zal de patiënt eerder geneigd zijn om een actieve houding aan te nemen. Daartegenover staat dat wanneer fysiotherapeuten de patiënt het idee geven dat de klacht niet goed te behandelen is, zal de patiënt een minder actieve houding aannemen (Daykin, Richardson, 2004).

2.4 Eigen effectiviteitsverwachting

Eigen effectiviteitsverwachting is de mate waarin een persoon denkt in staat te zijn bepaald gedrag uit te voeren om zijn/haar gezondheid te verbeteren (Brug et al., 2007). Het gaat er hierbij niet om of de persoon het gedrag daadwerkelijk kan uitvoeren, maar om de eigen perceptie hiervan. Onderzoek (Jones, Harris, Waller & Coggins, 2005) naar de rol van de eigen effectiviteit van fysiotherapie patiënten aan een 12-weeks beweegprogramma bevestigt dat een lage eigen effectiviteit leidt tot een mindere mate van actieve deelname aan de behandeling. Omdat de eigen effectiviteitsverwachting het vertrouwen in eigen kunnen omschrijft, is het belangrijk dat de opgestelde doelen voor patiënten haalbaar zijn, zodat hun eigen effectiviteitsverwachting hoger zal zijn (Keus et al., 2004). Skolasky, Mackenzie, Wegener & Riley (2008) deden onderzoek naar het activeren van fysiotherapiepatiënten en hun actieve deelname ten aanzien van hun behandeling. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de Patient Activation Measure, welke werd ingevuld om inzicht te krijgen in de mate waarin patiënten van mening zijn dat ze zelf in staat zijn om hun gezondheid te verbeteren. De scores op Patient Activation Measure hadden een positieve correlatie met participatie en betrokkenheid bij de fysiotherapie (Skolasky et al., 2008). Patiënten die minder actief waren hadden meer kans op een lage eigen effectiviteitsverwachting vergeleken met patiënten die actief waren (Skolasky et al., 2008). Het actief zijn van patiënten wordt in verband gebracht met therapietrouw ten aanzien van de fysiotherapie, wat zich uit in opkomst en betrokkenheid (Skolasky et al., 2008). De eigen effectiviteitsverwachting is dus een belangrijke factor om mee te nemen wanneer het gaat om de actieve deelname ten aanzien van het behandelproces.

2.5 Shared Decision Making

Het samen met de patiënten beslissen in tegenstelling tot het beslissingen nemen door de therapeut zelf, wint steeds meer bekendheid binnen de zorg (O'Connor et al., 2007). Deze gezamenlijke besluitvorming wordt Shared Decision Making (SDM) genoemd. Shared Decision Making wordt gedefinieerd als een aanpak waarbij therapeuten en patiënten tijdens het maken van keuzes beschikbare informatie met elkaar delen (Elwyn et al., 2010). Hierbij worden patiënten ondersteund

om de verschillende opties te overwegen om uiteindelijk de beste keuze te maken welke het beste bij henzelf past (Elwyn et al., 2010).

Het SDM-model omschrijft drie stappen: 'choice talk', 'option talk' en 'decision talk' (Arnetx, Almin, Bergström, Franzen & Nilsson, 2004). Choice talk bestaat uit het uitwisselen van informatie waarbij de verschillende keuzemogelijkheden aangeboden worden door de therapeut. Vervolgens volgt de option talk waarbij de opties worden besproken, overwogen en waarbij de voor- en nadelen van de opties worden omschreven. Als laatste wordt er tijdens de decision talk tot een besluit gekomen (Arnetx et al, 2004). Arnetx et al. (2004) hebben onderzoek gedaan naar de effecten van het betrekken van fysiotherapiepatiënten in het stellen van doelen. Hieruit is gebleken dat patiënten welke samen met de fysiotherapeut haalbare doelen hebben opgesteld, een actievere houding hebben in hun behandelproces en meer kans hebben op betere resultaten (Arnetx et al., 2004). Ook gaven deze patiënten een hogere beoordeling op de kwaliteit van de zorg in tegenstelling tot de groep patiënten waarvoor de fysiotherapeut de doelen opstelden (Arnetx et al., 2004). Scherzer et al. (2001) hebben in een onderzoek naar de actieve deelname van fysiotherapie patiënten ter reconstructie van de voorste kruisband geconcludeerd dat het stellen van doelen invloed heeft op de actieve deelname van patiënten. Volgens onderzoek door Scherzer et al. (2001) is het stellen van haalbare doelen niet alleen een voorspeller van het uitvoeren van voorgeschreven oefeningen en adviezen, maar ook van het komen opdagen bij behandelingen. Het stellen van doelen zorgt ervoor dat patiënten gefocust blijven tijdens het behandelingsproces (Scherzer et al., 2001).

Onderzoek door Slade, Molloy & Keating (2009) concludeert dat fysiotherapiepatiënten de voorkeur hebben om samen te werken met de fysiotherapeut. Zo is naar voren gekomen dat patiënten graag betrokken worden bij hun eigen zorgproces en zij graag gehoord worden door hun fysiotherapeut. Ze van mening zijn hun eigen lichaam het beste te kennen. Daarnaast werd ook aangegeven dat de patiënten graag een goede uitleg wilden met betrekking tot de gegeven adviezen door de fysiotherapeut (Slade, Molloy & Keating, 2009). Ook is in onderzoek door Dierckx et al. (2013) geconcludeerd dat patiënten graag samen met de fysiotherapeut beslissingen nemen. Daarnaast vonden patiënten het belangrijk dat ze hun mening over de behandelingen konden uiten. Onderzoek door Anderson, Wojcik, Winett & Williams (2006) bevestigt dat de samenwerking tussen fysiotherapeut en patiënt positieve invloed heeft op de actieve houding van patiënten. Dit omdat patiënten door deze samenwerking het idee hebben de regie deels in eigen handen te hebben (Anderson et al., 2006).

Gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en fysiotherapeut is dus een belangrijke factor wanneer het gaat om de actieve rol van de patiënt ten aanzien van zijn of haar behandelproces.

2.6 Motivatie

Uit onderzoek door Scherzer et al. (2001) is gebleken dat positieve zelfspraak de actieve rol van fysiotherapiepatiënten bevordert. Positieve zelfspraak wordt door patiënten gebruikt om gemotiveerd te blijven tijdens het behandelingsproces (Scherzer et al., 2001). Positieve zelfspraak zorgt voor het hebben van de eigen controle over het genezingsproces (Scherzer et al., 2001). Wanneer patiënten het gevoel hebben zelf de controle te hebben over het genezingsproces zorgt dit voor een hogere

motivatie. Deze hogere motivatie zorgt voor een actieve deelname aan het behandelingsproces (Scherzer et al., 2001). Onderzoek naar de eigen controle van patiënten binnen de fysiotherapie heeft uitgewezen dat behandelingen meer effect opleveren wanneer patiënten controle hebben over de behandeling (Wulf, 2007). Het hebben van controle levert voor de patiënten een hogere motivatie op, waardoor zij actiever gaan deelnemen aan het behandelproces (Wulf, 2007).

Daarnaast is uit onderzoek door Maclean, Pound, Wolfe & Rudd (2010) naar revaliderende fysiotherapiepatiënten is gebleken dat de mate van motivatie invloed heeft op de rol welke de patiënt aanneemt ten aanzien van zijn of haar behandelproces. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat patiënten met een hoge motivatie het idee hadden dat zij een actieve rol dienden te hebben ten aanzien van hun behandeling om vooruitgang in het herstel te boeken. Daarentegen waren patiënten met een lage motivatie van mening dat zij door middel van rust en een afwachtende houding vooruitgang in hun herstel zouden krijgen (Maclean et al., 2010).

2.7 Conclusie

De verwachtingen van patiënten en fysiotherapeuten ten aanzien van de behandelingen lopen breed uiteen. Waar fysiotherapeuten verwachten dat patiënten een actieve bijdrage leveren aan het behandelproces, geven patiënten de voorkeur aan een hand-on behandeling om de symptomen te verlichten, waarbij zij geen actieve houding hoeven te hebben.

De uitkomstenverwachtingen van fysiotherapiepatiënten hebben invloed op de actieve houding van patiënten. Patiënten die denken dat hun klachten worden veroorzaakt door onveranderbare factoren, hebben een lage verwachting van het resultaat. Door deze lage verwachting van het resultaat zullen fysiotherapiepatiënten zich minder actief opstellen in het behandelproces.

Ook hebben sociale invloeden invloed op de actieve houding van fysiotherapiepatiënten. Wanneer andere fysiotherapiepatiënten goed resultaat hebben geboekt zal er een opwaartse vergelijking met deze patiënten optreden. Dit verhoogt de intentie om actief deel te nemen aan het behandelproces. Daartegenover staat dat wanneer fysiotherapiepatiënten een ongunstig resultaat zien bij anderen, zij minder geneigd zijn actief deel te nemen aan het behandelproces. Naast de invloed van andere fysiotherapiepatiënten, kan ook de fysiotherapeut van invloed zijn op de actieve houding van de patiënt. Wanneer de fysiotherapeut de patiënt het idee geeft dat de klacht van de patiënt goed te behandelen is, zal de patiënt eerder geneigd zijn om een actieve houding aan te nemen. Andersom zal de patiënt een minder actieve houding aannemen wanneer de fysiotherapeut de patiënt het idee geven dat de klacht niet goed te behandelen is.

Daarnaast kan ook de eigen effectiviteitsverwachting van fysiotherapiepatiënten resulteren in een actieve of minder actieve deelname aan de behandeling. Een lage eigen effectiviteitsverwachting leidt tot een mindere mate van actieve deelname. Het opstellen van haalbare doelen is belangrijk om de mate van de eigen effectiviteitsverwachting te verhogen. Het opstellen van doelen doen patiënten het liefst in samenwerking met de fysiotherapeut. Patiënten die samen met de fysiotherapeut haalbare doelen opstellen, hebben een actievere houding in hun behandelproces. Om deze reden is het begrip Shared Decision Making een belangrijke factor voor de actieve houding van fysiotherapiepatiënten.

Als laatste speelt motivatie een rol bij de actieve houding van fysiotherapiepatiënten. Patiënten met een hoge motivatie hebben het idee dat zij een actieve rol dienen te hebben ten aanzien van hun behandeling om vooruitgang in het herstel te boeken. Daarentegen zijn patiënten met een lage motivatie van mening dat zij door middel van rust en een afwachtende houding vooruitgang in hun herstel boeken.

Bovengenoemde factoren zijn meegenomen naar het veldonderzoek en verwerkt in de topiclijst (zie bijlage 3). Deze factoren zijn belangrijk om mee te nemen naar het veldonderzoek, omdat tijdens de interviews gevraagd wordt naar de beleving van de actieve houding van fysiotherapiepatiënten waarbij deze factoren volgens de theorie een rol spelen. De factoren zullen met de patiënten worden besproken om een goed beeld te krijgen van hun beleving hierover.

3. Methode

Binnen het onderzoek is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Deze keuze is gemaakt om de ecologische validiteit van het onderzoek te verhogen. Dit houdt in dat door middel van voorbeelden de situatie of problematiek beter omschreven kan worden. Door deze voorbeelden wordt er dicht bij de werkelijkheid gebleven en kan de beleving van patiënten ten aanzien van hun actieve rol aan het behandelproces beter in kaart worden gebracht (Baarda et al., 2013). Het doel van kwalitatief onderzoek is om door middel van het theoretisch kader en het veldonderzoek adviezen te geven aan de opdrachtgever over eventueel toekomstige beslissingen (Boeije, 2014). Door middel van de belevingen van patiënten welke uit het onderzoek naar voren komen, kan de opdrachtgever uiteindelijk van een advies worden voorzien welke de actieve rol van patiënten kan stimuleren.

Het inzicht in deze beleving wordt verkregen door het houden van semigestructureerde interviews. De keuze voor semigestructureerde interviews is gemaakt, omdat deze interviews de mogelijkheid bieden dieper in te gaan op interessante zaken die de respondent tijdens het interview vertelt.

Door het afnemen van interviews wordt de beleving van de fysiotherapiepatiënten ten aanzien van hun actieve rol in het behandelproces in kaart gebracht (Boeije, 2014). Door middel van de interviews kan de onderzoeksvraag worden beantwoord.

3.1 Respondenten

De doelgroep voor het veldonderzoek betreft fysiotherapiepatiënten. Om het onderzoek zo goed mogelijk bij de fysiotherapiepatiënten van Health Plus te laten aansluiten werden er een aantal criteria opgesteld:

- De respondent dient onder behandeling te zijn bij een fysiotherapeut binnen het gezondheidscentrum Health Plus te Oirsbeek
- De klacht van de respondent en de behandelingsduur van de patiënt zijn niet van belang
- De leeftijd van de respondent dient 18 jaar of ouder te zijn
- De respondent dient in staat te zijn vragen gedurende een interview te begrijpen en te beantwoorden, taal is Nederlands

Rekening houdend met de inclusiecriteria zijn er in totaal 10 respondenten geworven, waarvan 5 man en 5 vrouw. De respondenten waren niet allemaal voor dezelfde klachten onder behandeling bij de fysiotherapeut. De reden voor behandeling varieerde van sportblessure, rugklachten en een whiplash tot een hernia en een knieprothese. De leeftijd van de respondenten varieerde ook. De leeftijden liepen namelijk uiteen van 19 jaar tot en met 80 jaar.

3.2 Procedure

Aan de hand van het theoretisch kader zijn verschillende onderwerpen aan de orde gekomen. Deze onderwerpen worden ook wel topics genoemd. Op basis van de topics zijn vragen opgesteld welke de beleving van fysiotherapie patiënten meten ten aanzien van hun actieve rol in het behandelproces.

Bij het werven van de respondenten werd gebruik gemaakt van een informatiebrief (zie bijlage 1). Het werven ging in samenwerking met de fysiotherapeuten van Health Plus. Wanneer zij patiënten behandelden welke voldeden aan de inclusiecriteria, gaven de fysiotherapeuten een korte mondelinge uitleg, waarnaar de patiënt de informatiebrief krijgt. In de mondelinge uitleg werd uitgelegd dat in het onderzoek wordt onderzocht wat de beleving van fysiotherapiepatiënten is ten aanzien van hun actieve houding gedurende hun behandelproces. Hierbij gaven de fysiotherapiepatiënten ook aan dat zij, bij deelname, hierover geïnterviewd zouden worden. Wanneer patiënten geïnteresseerd waren deel te nemen aan het onderzoek, konden zij onderaan de informatiebrief hun gegevens invullen, waarnaar zij deze in de daarvoor bestemde brievenbus bij Health Plus konden deponeren. Patiënten die al een informatiebrief hadden gekregen, werden tijdens de behandelingen door de fysiotherapeut herinnerd aan deelname aan het onderzoek waarnaar zij een keus konden maken of zij wilden deelnemen. De ingevulde informatiebrieven werden door de onderzoeker bekeken, waarnaar er telefonisch contact met de patiënten werd opgenomen om de interviews te plannen.

De interviews duurden ongeveer tussen de 45 minuten en een uur en vonden plaats op een tijdstip dat het de patiënt schikt in het gezondheidscentrum (Health Plus) te Oirsbeek. Voor het houden van de interviews werd gekozen voor een stille, meer afgezonderde ruimte, zodat de respondenten de bevestiging kregen geheel anoniem te blijven en zodat er geen storingen plaats konden vinden. Aan het begin van het interview werd de respondent welkom geheten waarna er nog een aantal belangrijke zaken werden herhaald, waaronder: het kader van het onderzoek (Toegepaste Psychologie in samenwerking met de opdrachtgever), het doel van het interview en de uitleg over de reden van opname. Er werd aan de respondent gevraagd toestemming te geven voor de opname, waarnaar ook werd uitgelegd dat het interview geheel vertrouwelijk is en dat informatie niet aan derden wordt verstrekt. Het verstrekken van de toestemming voor deelname aan het onderzoek en voor geluidsopname werd gedaan middels een toestemmingsverklaring (zie bijlage 2).

Vervolgens werd de opgestelde topiclijst (zie bijlage 3) gebruikt om het interview af te nemen, waarbij door middel van het stellen van open vragen, doorvragen en samenvatten diepgang werd gecreëerd. Deze diepgang zorgde voor een volledig beeld van het onderwerp, waardoor de onderzoeksvraag kon worden beantwoord. Gedurende het interview werden reeds aan bod gekomen topics afgestreept op de uitgeprinte topiclijst, om zo een overzicht te creëren welke topics nog aan bod dienden te komen. De afsluiting van het interview werd aangekondigd met de vraag of de respondent nog aanvullingen had betreft het onderwerp. Ten slotte werd er een woord van dank uitgesproken naar de respondent voor deelname aan het onderzoek.

3.3 Meetinstrumenten en materiaal

De keuze voor semigestructureerde interviews is gemaakt, omdat hierdoor de reeds verkregen informatie in het theoretisch kader onderzocht kan worden. Daarnaast bestaat er binnen semigestructureerde interviews de vrijheid om af te wijken van de topiclijst, waardoor er dieper in kan worden gegaan op interessante zaken die de respondent tijdens het interview vertelt.

De samenstelling van de topiclijst is gebeurd op basis van het theoretisch kader. Het theoretisch kader is gebaseerd op verschillende wetenschappelijke bronnen. De aspecten en factoren welke als

belangrijk naar voren kwamen, zijn als topic toegevoegd aan de topiclijst. Om de topic meetbaar te maken, is voor elke topic een korte uitleg en een voorbeeldvraag toegevoegd aan de topiclijst.

3.4 Analyse

De interviews zijn opgenomen via de dictafoon van een mobiele telefoon. Aan de hand van deze opnames werden de afgenomen interviews letterlijk getranscribeerd. Dit met als doel om de gezegde zaken overzichtelijk te maken, waardoor de transcripten met hoge nauwkeurigheid geanalyseerd konden worden. Met het transcriberen werd direct na het eerste interview gestart, waardoor er al een begin kon worden gemaakt aan het overzicht van de labels en thema's welke aan bod kwamen tijdens de interviews. Om in de transcripten duidelijk aan te geven wie wat gezegd heeft werd de interviewer aangegeven met "I" en de respondent met "R". Bij het eerste interview werd gebruikt gemaakt van "I1" en "R1", bij het tweede interview werd "I2" en "R2" gebruikt en zo verder tot interview tien waarbij "I10" en "R10" werd gebruikt. Zo werd er een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de verschillende personen die aan het woord waren.

Het analyseren gebeurde door middel van het coderingsproces van Baarda (2013). De transcripten zijn de eerste keer doorgelezen op de laptop, waarnaar de eerste codering, de labels naast de tekst zijn getypt. Dit kan worden gezien als een samenvatting van wat de deelnemers hebben geantwoord, ook wel open coderen genoemd. Enkele voorbeelden van transcripten met de open codes zijn te vinden in bijlage 5. Vervolgens zijn de transcripten met de labels uitgeprint, waarnaar de verschillende labels naast elkaar zijn gelegd. Daarna is gekeken welke labels de onderzoeksvraag beantwoordden, alleen deze zijn behouden. De labels welke de onderzoeksvraag niet beantwoordden zijn verwijderd. Na deze selectie is er gekeken of er labels waren welke hetzelfde betekenden. Deze labels zijn samengevoegd tot één label. In de interviews werd bij voorbeeld gezegd. Op het moment dat alle labels compleet leken te zijn, zijn deze opnieuw naast elkaar gelegd, waarnaar er is gekeken of de labels onder verschillende categorieën konden worden verdeeld, het axiaal coderen. Toen het eerste overzicht hiervan was gemaakt, werden alle categorieën herzien, waarbij sommige labels onder andere categorieën werden geplaatst. Er zijn uiteindelijk negen thema's gevormd met daaronder verschillende codes (zie bijlage 6). Toen de verschillende thema's met daaronder de labels waren gevormd, is er gekeken of er een rode draad zichtbaar was. Dit is gedaan door de verschillende categorieën met daaronder de codes naast elkaar te leggen. Aan de hand van bovengenoemde stappen kon een codeboom worden ontwikkeld welke de belangrijkste bevindingen weergeeft (zie bijlage 7). De codeboom wordt gebruikt voor het schrijven van de resultatenparagraaf. Vervolgens worden deze resultaten geanalyseerd waarnaar de conclusie geschreven wordt. Op basis van de bevindingen beschreven in de conclusie, komen aanbevelingen tot stand. De bovengenoemde genomen stappen worden in het analyseplan herhaald en toegelicht met voorbeelden (zie bijlage 4).

4. Resultaten

4.1 Inleiding resultaten

In deze resultatenparagraaf wordt als eerste de beleving van fysiotherapiepatiënten ten aanzien van oefeningen behandeld, vervolgens wordt de beleving van de communicatie behandeld en als laatste de invloeden welke een rol spelen bij de actieve houding van fysiotherapiepatiënten.

Er wordt regelmatig gebruik gemaakt van fragmenten uit de interviews om bepaalde informatie te verhelderen.

4.2 Beleving oefeningen

Tijdens de interviews kwam de beleving van de voorgeschreven oefeningen sterk naar voren. Fysiotherapiepatiënten spraken in de interviews dan ook vooral over de belangrijkheid van de oefeningen en over de uitvoerbaarheid van de oefeningen.

4.2.1 Belangrijkheid

Volgens het grootste gedeelte van de respondenten is het thuis uitvoeren van oefeningen erg belangrijk. Zij geven aan dat wanneer er alleen bij de fysiotherapeut tijdens de behandelingen oefeningen worden uitgevoerd, het herstelproces langer zal duren. Om deze reden vinden zij dat het van belang is om ook thuis oefeningen uit te voeren. Respondent 3 geeft hierbij aan: *“Ja je voelt je beter en ik denk dat dat nou met de whiplash, ja het zit gewoon ontzettend vast en door de oefeningen merk je dat het losser wordt. En ja, dat is voor mij dat ik bergopwaarts kan gaan. Dat je toch bepaalde, ja ik zou zeggen van daarachter is het allemaal ontregeld en dat duurt even en nou merk je gewoon van, door die oefeningen thuis te doen, door die behandeling van hem, die combinatie samen, ja dat dat gewoon positief uitpakt.”* Door het thuis uitvoeren van oefeningen zal er volgens enkele respondenten een sneller herstel plaatsvinden. Daarnaast geeft de meerderheid van de respondenten ook aan dat de oefeningen resulteren in de opbouw van spieren en uiteindelijk in het verminderen van klachten. Het zien van vooruitgang en het hebben van een positief resultaat door de oefeningen wordt door de respondenten het vaakst benoemd. Hierbij geven ze aan dat ze het belangrijk vinden om vooruitgang en resultaat te zien. De reden hierachter is de motivatie die zij hierdoor krijgen om het uitvoeren van de oefeningen vol te houden. Respondent 4 geeft hier een voorbeeld van: *“Nou als ik heel erg gemotiveerd ben om die oefeningen te doen, dan doe ik die gewoon omdat ik zie dat het resultaat heeft. Kijk als je met moeilijke, zware oefeningen geen resultaat ziet, dan heb je op een gegeven moment zoiets van ja, waar doe ik het voor. Als je resultaat ziet, nou dan zie je dat je het kunt en dat je ook op dat punt aankomt waar je wil zijn.”* De reden dat patiënten de oefeningen volhouden heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met het positieve resultaat wat zij hiervan verwachten te krijgen zoals snellere vooruitgang en herstel. Een positieve verwachting van het resultaat zorgt er namelijk voor dat patiënten actief deelnemen in het behandelproces (Keus et al., 2004; Wilcox et al., 2006).

4.2.2 Uitvoerbaarheid

De fysiotherapeut geeft volgens meer dan de helft van de respondenten verschillende oefeningen op om thuis uit te voeren. De respondenten ervaren deze oefeningen als tamelijk veel oefeningen. Volgens alle respondenten bestaan de oefeningen die door de fysiotherapeut worden opgegeven uit uitvoerbare oefeningen, zij geven namelijk aan dat de oefeningen prima gingen wanneer zij deze moesten uitvoeren. Respondent 4 geeft een mooie samenvatting van wat de meerderheid van de respondenten aangaf: *“Het zijn geen moeilijke oefeningen, het zijn gewoon oefeningen die je spieren sterker maken, die iedereen kan doen. En op zijn eigen niveau kan die dat doen en met de belasting die die aankan en die die wil.”* Hierbij gaven zij aan dat zij de oefeningen uitvoeren omdat deze uitvoerbaar zijn. Wanneer de oefeningen volgens de respondenten niet uitvoerbaar zouden zijn, zou het volgens hen een grotere stap zijn om deze uit te voeren. Een lage eigen effectiviteit leidt tot een mindere mate van actieve deelname in het behandelproces (Jones et al., 2005). Enkele respondenten gaven hierbij nog specifiek aan dat de oefeningen thuis uitvoerbaar zijn met betrekking tot de ruimte die hiervoor ter beschikking moet worden gesteld. Ook dit is voor hen een reden om de oefeningen uit te voeren.

Over het hebben van tijd zijn de meningen verdeeld. De helft van de respondenten geeft aan genoeg tijd te hebben om de oefeningen uit te voeren, terwijl de andere helft van de respondenten aangeeft weinig tijd te ervaren voor het uitvoeren van de oefeningen. Vooral de oudere respondenten geven aan genoeg tijd te hebben, terwijl de jongere respondenten aangeven dat de oefeningen veel tijd kosten en zij hier niet altijd tijd voor hebben. Hierdoor zijn zij naar hun zeggen minder actief bezig met de oefeningen. Respondent 9 vertelt: *“Ik vind wel over het algemeen dat de oefeningen makkelijk moeten zijn en weinig tijd moeten innemen om het thuis te kunnen uitvoeren. Kijk als je bij de fysio bent dan vind ik dat wat anders, dan mogen de oefeningen echt wel ingewikkelder zijn, maar ik denk in het algemeen de mensen hebben tegenwoordig gewoon heel weinig tijd, dus ik denk dat de oefeningen daar wel op aangepast moeten worden, zodat je ze ook wel makkelijk kunt uitvoeren.”*

Het doen van oefeningen op vaste tijden zou volgens de respondenten een oplossing kunnen bieden voor het hebben van weinig tijd. Dit omdat zij hierdoor een bepaald ritme en een bepaalde routine krijgen in het uitvoeren van de oefeningen. Het grootste gedeelte van de respondenten geeft aan dat wanneer zij een vast ritme hebben in het uitvoeren van de oefeningen, zij eerder geneigd zijn de oefeningen daadwerkelijk uit te voeren. Het weinig tijd hebben voor de oefeningen hangt samen met de hoeveelheid oefeningen welke door de fysiotherapeut wordt opgegeven. Zo geven een aantal respondenten aan dat veel oefeningen tegelijk niet prettig zijn. Als laatste geven enkele oudere respondenten aan dat de oefeningen niet altijd zonder pijn worden uitgevoerd. Zij zeggen daarbij dat dit niet prettig is, maar dat ze de oefeningen toch uitvoeren omdat zij weten dat deze resultaat opleveren. Wel wordt tijdens deze pijnmomenten de uitvoerbaarheid van de oefeningen bemoeilijkt.

4.3 Beleving communicatie

Communicatie is een van de drie thema's welke in de interviews is waargenomen als erg belangrijk in de beleving van fysiotherapiepatiënten ten aanzien van hun actieve houding. Communicatie kwam in

verschillende vormen ter sprake tijdens de interviews, namelijk: actieve communicatie, keuzevrijheid, professionaliteit en persoonlijk contact. Deze componenten zullen hieronder worden uitgelegd.

4.3.1 Actieve communicatie

Het actief communiceren in het behandelproces leek voor de respondenten erg belangrijk. De meerderheid van de respondenten gaf aan dat zij open- en eerlijkheid binnen het behandelproces erg belangrijk vinden. Deze respondenten geven aan dat het belangrijk is om aan te geven welke oefeningen zij als prettig ervaren en welke oefeningen zij minder fijn vinden. Aangeven wanneer bepaalde uitvoeringen te zwaar zijn valt volgens de respondenten onder deze open- en eerlijkheid. Ook het aangeven van pijn hoort hier volgens enkele respondenten bij. Zij geven aan dat wanneer je als patiënt aangeeft waar de pijn zich precies bevindt, de fysiotherapeut gericht kan werken aan de klachten waardoor een versnelling in het behandelproces kan ontstaan. Een goede quote hierbij werd gegeven door respondent 6: *“Ik vind het wel een prettige aanpak, dat de fysiotherapeut ook eens kijkt van hoe is het eigenlijk gegaan en niet dat die meteen gaat voelen of gaat zeggen van ja hier zit de pijn, terwijl ik daar misschien helemaal geen pijn heb, dat ik zelf toch kan aangeven van daar zit het nu vast en niet dat die weer terug gaat naar het oude.”*

Het bespreken van de uitgevoerde oefeningen met de fysiotherapeut hebben enkele respondenten als prettig ervaren. Door dit bespreken hadden de patiënten het idee dat zij zelf invloed hadden in het behandelproces. Patiënten werken graag samen met de fysiotherapeut en worden graag betrokken bij hun eigen zorgproces (Slade, Molloy & Keating, 2009). Patiënten gaven aan dat door het bespreken van de oefeningen het meedenken in het behandelproces werd gestimuleerd. Ook kon de fysiotherapeut door het bespreken van de oefeningen de uitvoering van de oefeningen bijschaven en daar waar nodig corrigeren. Ook geven de respondenten aan dat het als patiënt belangrijk is vragen te stellen aan de fysiotherapeut. Zo weet de fysiotherapeut namelijk welke uitvoeringen of oefeningen nog niet goed gaan waar dan op ingespeeld kan worden. Daarnaast blijkt controleren ook een rol te spelen. Volgens de respondenten is het prettig wanneer fysiotherapeuten controleren of de oefeningen zijn uitgevoerd door vragen te stellen over hoe de uitvoering van de oefeningen is gegaan.

4.3.2 Keuzevrijheid

Naast het actief communiceren in het behandelproces gaf de meerderheid van de respondenten aan het ook prettig te vinden om een fysiotherapeut te hebben welke de patiënten zelf beslissingen laat nemen gedurende het behandelproces. Zo deelden enkele respondenten de mening het als prettig te ervaren om een eigen keus te hebben in welke oefeningen zij graag willen uitvoeren, gebaseerd op welke oefeningen zij het fijnste vinden. Daarbij geven ze aan dat het hebben van deze opties fijn is, omdat iedereen anders is en dus niet elke oefening even prettig vindt. Daarnaast gaf de meerderheid van de respondenten aan dat door interactie met de fysiotherapeut de oefeningen op maat werden aangepast. Door deze persoonlijke afstemming houden patiënten het langer vol om de oefeningen uit te voeren, wat door de respondenten als prettig werd ervaren. Zo geeft respondent 7 aan *“De fysiotherapeut vraagt ook altijd van als het te zwaar is dan moet je het zeggen, dan doen we het wat minder, dus dat gaat prima.”* Patiënten nemen graag samen met de fysiotherapeut beslissingen,

waarbij zij als patiënt mogen meebeslissen en keuzes mogen afwegen (Dierckx et al., 2013). Het samen maken van keuzes heeft een positieve invloed op de actieve houding van fysiotherapiepatiënten (Anderson et al., 2006).

4.3.3 Professionaliteit

Het grootste gedeelte van de respondenten spreekt over “goede begeleiding door de fysiotherapeut”. Dit vullen zij aan door te zeggen dat de fysiotherapeut door zijn ervaring weet wat het beste is en er verstand van heeft. Enkele respondenten geven dan ook aan dat wanneer de fysiotherapeut bepaalde oefeningen voorschrijft, zij niet twijfelen aan de deskundigheid van de fysiotherapeut en deze gewoon aannemen en uitvoeren. Respondent 9 geeft hierbij aan: *“Is hetzelfde dat als ik elektricien ben en ik kom bij jou thuis en jij gaat me vertellen wat ik doen moet.”* Ondanks deze professionele houding geeft de meerderheid van de patiënten aan dat de fysiotherapeut duidelijke uitleg geeft door zijn taalgebruik. Het achter wege laten van vaktermen zorgt dat de informatie duidelijk overkomt op patiënten. De informatie die de patiënten het liefst van de fysiotherapeut krijgen is inzicht in hun eigen klachten. Respondenten geven dat ook aan dat zij het krijgen van inzicht belangrijk en erg prettig vinden. Zo gaf respondent 5 hierbij aan: *“Ze geven ook inzicht waardoor de problematiek is ontstaan en waar precies de pijn zit. En af en toe werd de computer ook erbij gehaald waarbij de fysiotherapeut liet zien waar de pijn zat, letterlijk. Dat je ook een beter inzicht krijgt in wat er aan de hand is, want je worstelt daar wel zelf mee.”*

De strengheid van de fysiotherapeut mocht volgens enkele respondenten beter. Zij gaven aan te zeer vrij gelaten te worden door de fysiotherapeut met betrekking tot het maken van keuzes. Volgens hen levert het opdragen van oefeningen meer op. Zij geven daarbij aan dat de fysiotherapeut hen meer mag pushen om de oefeningen uit te voeren, een strenge fysiotherapeut is volgens hen namelijk stimulerend.

4.3.4 Persoonlijk contact

Het sociale praatje wat de fysiotherapeut volgens bijna alle respondenten vaker met hen maakt ervaren zij positief. Een groot aantal respondenten geeft aan persoonlijk contact met de fysiotherapeut belangrijk te vinden, omdat er hierdoor met plezier naar de afspraken toe wordt gegaan. Het bespreken van privé zaken zorgt volgens hen voor vertrouwen, waardoor patiënten doen wat er door de fysiotherapeut van hun gevraagd wordt. Respondent 10 zegt hierover *“Door dat sociale praatje tussendoor heb ik eigenlijk ook wel altijd zin om naar de behandeling te gaan. Dat is altijd een stuk fijner dan dat je zo’n botte fysiotherapeut hebt die je alleen maar behandelt en verder geen praatje met je maakt.”*

Naast het sociale praatje met de fysiotherapeut is het volgens enkele respondenten ook motiverend dat de fysiotherapeut interesse in je toont. Hiermee bedoelen de respondenten interesse in privé zaken en niet interesse in hoe de opgegeven oefeningen zijn gegaan. Zij vertellen zelfs dat wanneer de fysiotherapeut alleen vraagt hoe de oefeningen gingen dit niet stimulerend is. Wel kan de fysiotherapeut volgens een aantal respondenten stimuleren door met enige regelmaat complimentjes

te geven wanneer de patiënt iets goed doet of wanneer deze vooruitgang heeft geboekt. Deze respondenten vinden dat een fijne manier van sociale communicatie met de fysiotherapeut.

4.4 Invloeden

In de interviews zijn er enkele invloeden sterk naar voren gekomen welke de actieve houding van fysiotherapiepatiënten beïnvloeden, waaronder: omgevingsinvloeden, fysieke invloeden en invloeden vanuit de eigen persoonlijkheid. Deze verschillende invloeden zullen hieronder uiteengezet worden.

4.4.1 Omgeving

De omgeving van respondenten lijkt van invloed te zijn op hun actieve houding. Zo geeft een respondent aan een actieve houding te hebben om zich te bewijzen aan anderen. Bewijzen dat hij het kan, maar ook bewijzen dat er zonder inspanning niets bereikt wordt. Een sportieve familie is volgens enkele respondenten ook een motivatiebron om een actieve houding te hebben gedurende het behandelproces. Het samen actief zijn met anderen sluit hier nauw bij aan. Zo geven enkele respondenten aan dat het samen actief zijn stimuleert en motiveert om door te zetten. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven door respondent 1: *“Tuinieren bijvoorbeeld hè, dat is ook een hele goede bezigheid voor lichaam en geest en dat doen we dan veel samen en dat vind ik dan toch wel een stimulant. Omdat als je al die dingen alleen moet doen, dan gaat het ook gauw vervelen. En zo stimuleer je elkaar.”*

Ook complimentjes vanuit de omgeving werken volgens enkele respondenten motiverend om door te zetten. Deze complimentjes hebben volgens hen een positieve invloed op de actieve houding. Door deze complimentjes geven de respondenten aan trots te zijn op wat ze door hun actieve houding al bereikt hebben. Het hebben van een ondersteunende omgeving is noodzakelijk om een actieve rol te hebben tijdens de fysiotherapie behandelingen. Het zorgt namelijk voor een positieve invloed op de actieve houding van patiënten (Giles-Corti & Donovan, 2002).

4.4.2 Fysiek

Naast de omgevingsinvloeden bestaan er volgens de respondenten ook fysieke invloeden welke een rol spelen bij hun actieve houding. Allereerst vermoeidheid. Volgens een gering aantal respondenten wordt aangegeven dat zij een minder actieve houding hebben wanneer zij vermoeid zijn. Tijdens vermoeidheid zijn zij minder fanatiek en kan het voorkomen dat zij op een bepaalde dag de opgegeven oefeningen niet uitvoeren.

Naast vermoeidheid speelt het vergeten van het uitvoeren van de oefeningen de grootste rol volgens de respondenten. Zij geven aan dat zij vaak geen actieve houding hebben doordat zij vergeten de oefeningen uit te voeren. Het vergeten van de oefeningen hangt samen met het ervaren van klachten. Zo geeft de meerderheid van de respondenten aan dat zij alleen actief zijn wanneer zij klachten ervaren. Wanneer er zich op een bepaald moment geen klachten voordoen, worden zij hier niet aan herinnerd, waardoor zij de oefeningen niet uitvoeren. De actieve houding neemt hierdoor dus af. Respondent 10 legt dit duidelijk uit: *“Ik word er dan niet aan herinnerd als ik geen last heb. En*

zodra ik klachten heb, dan denk ik weer van ohja ik heb pijn, ik moet de oefeningen uitvoeren. En dan doe ik de oefeningen ook, omdat ik weet dat door middel van de oefeningen mijn klachten minder worden en ik dus vooruitgang boek.”

4.4.3 Persoonlijkheid

Volgens een aantal patiënten hangt hun persoonlijkheid ook samen met het hebben van een actieve houding. Zo geeft een gering aantal respondenten aan dat hun positieve instelling ervoor zorgt dat ze een actieve houding hebben. Ook wanneer het even tegenzit zetten zij door. Dit allemaal door hun positieve instelling. Daarnaast geven enkele respondenten aan een sterke zelfdiscipline te hebben waardoor zij het uitvoeren van de oefeningen volhouden. Stoppen zit er bij hen niet in. Ook het sportverleden heeft volgens enkele respondenten positieve invloed op hun actieve houding. Zij geven aan dat zij altijd al veel gesport hebben en dus gewend zijn om actief te zijn. Dit heeft volgens deze respondenten invloed op hun actieve houding gedurende het behandelproces, want door het vele sporten van vroeger zijn zij nu ook actief geven zij aan. Leeftijd heeft echter volgens sommige respondenten een negatieve invloed op de actieve houding. Zij geven aan dat zij door hun leeftijd niet meer zo actief kunnen zijn en dat zij door hun leeftijd gemakzuchtiger worden, waardoor de opgegeven oefeningen niet meer goed worden uitgevoerd.

5. Discussie en conclusie

5.1 Conclusie

Het onderzoek heeft als doel de beleving van fysiotherapiepatiënten ten aanzien van hun actieve rol in het behandelproces te onderzoeken. Dit om vervolgens de genoemde positieve aspecten te kunnen behouden en om de genoemde negatieve aspecten aan te pakken. Dit allemaal om een actieve houding bij fysiotherapiepatiënten te stimuleren. De onderzoeksvraag *“Wat is de beleving van fysiotherapiepatiënten ten aanzien van hun actieve rol in het behandelproces?”* staat binnen dit onderzoek centraal.

De resultaten uit het veldonderzoek laten zien dat de respondenten verschillende belevingen hebben ten aanzien van hun actieve houding in het behandelproces. Gebleken is dat de respondenten hun actieve houding over het algemeen positief ervaren. Zij ervaren dit positief omdat ze het belangrijk vinden om actief deel te nemen in het behandelproces door oefeningen uit te voeren tijdens de behandelingen, maar ook door thuis oefeningen uit te voeren. De reden dat zij dit belangrijk vinden is omdat zij van mening zijn dat de voorgeschreven oefeningen zorgen voor krachtopbouw, vooruitgang in het behandelproces, sneller herstel, vermindering van klachten. Samengevat een positief resultaat. Een positieve verwachting van het resultaat zorgt ervoor dat patiënten actief deelnemen in het behandelproces (Keus et al., 2004; Wilcox et al., 2006). Dit positieve resultaat draagt volgens de respondenten dan ook bij aan het uitvoeren van de oefeningen, waardoor zij het uitvoeren van de oefeningen langer volhouden.

Naast het resultaat dat de oefeningen opleveren zijn er nog andere zaken welke de respondenten als een positieve beleving zien. Zij ervaren ook de uitvoerbaarheid van de oefeningen positief. Wanneer de oefeningen volgens de respondenten niet uitvoerbaar zouden zijn, zou het volgens hen een grotere stap zijn om deze uit te voeren. Een lage eigen effectiviteit leidt tot een mindere mate van actieve deelname in het behandelproces (Jones et al., 2005). De beleving dat de oefeningen uitvoerbaar zijn houdt dus in dat de patiënten een hoge eigen effectiviteit hebben, waardoor zij actiever deelnemen in het behandelproces.

De communicatie tussen de fysiotherapeut en patiënt wordt door de respondenten ook als een prettige beleving omschreven. Zij vinden vooral de actieve communicatie tussen fysiotherapeut en patiënt, de keuzevrijheid, de professionaliteit, en de sociale houding van de fysiotherapeut belangrijk en positief. Met de actieve communicatie bedoelen de respondenten dat zij het belangrijk vinden dat zowel de patiënt als de fysiotherapeut actief communiceert gedurende het behandelproces. Open- en eerlijkheid vinden zij hierin belangrijk, zodat zij als patiënt kunnen aangeven wanneer bepaalde oefeningen voor hen te zwaar zijn. Fysiotherapiepatiënten werken graag samen met de fysiotherapeut en worden graag betrokken bij hun eigen zorgproces (Slade, Molloy & Keating, 2009). Patiënten moeten volgens hen aangeven waar de pijn zich precies bevindt, zodat de fysiotherapeut gericht aan de klachten kan werken. Volgens de respondenten hadden zij door het bespreken van de oefeningen met de fysiotherapeut het idee dat zij invloed hadden in het behandelproces.

Daarnaast vinden respondenten het belangrijk om bij een fysiotherapeut onder behandeling te zijn waarbij zij keuzevrijheid hebben. Deze keuzevrijheid ervaren zij als zeer positief. Wat betreft keuzevrijheid nemen patiënten graag samen met de fysiotherapeut beslissingen, waarbij zij als patiënt mogen meebeslissen en keuzes mogen maken (Dierckx et al., 2013). Het samen maken van keuzes heeft een positieve invloed op de actieve houding van fysiotherapiepatiënten (Anderson et al., 2006). Ook geven de respondenten aan dat persoonlijk contact met de fysiotherapeut belangrijk is. Het bespreken van privé zaken zorgt volgens hen namelijk voor vertrouwen, waardoor zij doen wat er door de fysiotherapeut van hun gevraagd wordt. Complimentjes vanuit de fysiotherapeut kunnen volgens de respondenten ook een stimulans zijn.

Niet alleen de complimentjes van de fysiotherapeut zijn volgens respondenten een stimulans, maar volgens hen is het ook stimulerend wanneer hun directe omgeving complimentjes geven. Het hebben van een ondersteunende omgeving is noodzakelijk om een actieve rol te hebben tijdens de fysiotherapie behandelingen. Het zorgt namelijk voor een positieve invloed op de actieve houding van patiënten (Giles-Corti & Donovan, 2002).

Als laatst bestaan er volgens de respondenten enkele onveranderbare invloeden welke een rol spelen bij hun actieve houding. Zo zijn zij door een positieve instelling en door hun actieve sportverleden actief in het behandelproces. Leeftijd heeft volgens oudere respondenten echter een negatieve invloed heeft op de actieve houding. Door hun leeftijd kunnen zij minder actief zijn in het behandelproces.

Toch zijn er ook een aantal zaken waardoor de respondenten een minder positieve ervaring hebben ten aanzien van hun actieve houding. Zo is opvallend dat de helft van de respondenten aangeeft genoeg tijd te hebben om de oefeningen uit te voeren, terwijl de andere helft van de respondenten aangeeft weinig tijd te ervaren voor het uitvoeren van de oefeningen. Vooral de oudere respondenten geven aan genoeg tijd te hebben, terwijl de jongere respondenten aangeven dat de oefeningen veel tijd kosten en zij hier niet altijd tijd voor hebben. Dit kan verklaard worden doordat de oudere patiënten vaker met pensioen zijn en overdag dus niet hoeven te werken, zoals de jongere patiënten. Ondanks het tijdsgebrek wat jongeren aangeven, ervaren de respondenten de uitvoerbaarheid van de oefeningen positief door het positieve resultaat, waardoor zij eerder geneigd zijn om deze uit te voeren. Dit maakt het voor fysiotherapeuten belangrijk om de oefeningen zo uitvoerbaar mogelijk houden, zodat patiënten deze positieve beleving te behouden. De oudere respondenten ervaren vaker pijn bij het uitvoeren van de oefeningen. Ondanks dat zij pijn ervaren, voeren zij de oefeningen toch uit omdat zij weten dat het resultaat oplevert. Ook hier heeft de positieve verwachting van het resultaat te maken met de actieve deelname van de patiënten (Keus et al., 2004; Wilcox et al., 2006).

Ook enkele fysieke invloeden maken de beleving ten aanzien van de actieve houding minder positief, waaronder vermoeidheid en het vergeten om actief te zijn wanneer zich geen klachten voordoen. Het is dus belangrijk dat patiënten, ook wanneer zij geen klachten hebben, worden herinnerd om actief deel te nemen in het behandelproces door bijvoorbeeld oefeningen uit te voeren.

5.2 Discussie

In deze paragraaf wordt er met een kritische blik naar het onderzoek gekeken. Er wordt gereflecteerd op de theorie en op de gebruikte methode.

5.2.1 Vertegenwoordigde onderzoeken in resultatenparagraaf

De respondenten geven aan dat zij keuzevrijheid belangrijk vinden en prettig ervaren binnen het behandelproces. Het zelf kunnen uitkiezen welke oefeningen zij uitvoeren zorgt ervoor dat zij de uitvoering van de oefeningen langer volhouden. Onderzoek door Dierckx et al. (2013) wijst uit dat fysiotherapiepatiënten graag met de fysiotherapeut meebeslissen wanneer het aankomt op het maken van keuzes. Dit onderzoek sluit aan bij het resultaat uit het veldonderzoek waaruit is gebleken dat de respondenten de keuzevrijheid als prettig ervaren en dat dit een positieve invloed heeft op hun actieve houding in het behandelproces.

De respondenten geven aan zij de uitvoerbaarheid van de oefeningen als positief ervaren. Wanneer de oefeningen volgens de respondenten niet uitvoerbaar zouden zijn, zou het volgens hen een grotere stap zijn om deze uit te voeren. Een lage eigen effectiviteit leidt tot een mindere mate van actieve deelname in het behandelproces (Jones et al., 2005). Hieruit kan verklaard worden dat een hoge eigen effectiviteit dus zorgt voor een actievere deelname in het behandelproces.

Een positieve verwachting van het resultaat zorgt ervoor dat patiënten actief deelnemen in het behandelproces (Keus et al., 2004; Wilcox et al., 2006). Het volhouden van het uitvoeren van de oefeningen heeft volgens de respondenten dan ook te maken met het de vooruitgang en het snellere herstel dat er volgen hen bereikt wordt wanneer zij de oefeningen uitvoeren.

Fysiotherapiepatiënten werken graag samen met de fysiotherapeut en worden graag betrokken bij hun eigen zorgproces (Slade, Molloy & Keating, 2009). Dit kan verklaren waarom patiënten aangeven dat zij het bespreken van de uitgevoerde oefeningen als prettig ervaren. De respondenten geven aan dat zij hierdoor het idee hadden zelf invloed te hebben in het behandelproces.

Ook geven de respondenten aan dat het krijgen van complimentjes vanuit hun omgeving zorgt voor een actievere houding in het behandelproces. Giles-Corti & Donovan (2002) concludeerden in hun onderzoek dat het hebben van een ondersteunende omgeving noodzakelijk is om actief te zijn binnen het behandelproces. Complimentjes kunnen een onderdeel zijn van deze ondersteunende omgeving, waardoor fysiotherapiepatiënten een actievere houding hebben binnen het behandelproces.

Naast een ondersteunende omgeving concluderen andere onderzoeken ook dat het waargenomen gedrag van personen in de omgeving ertoe kan leiden dat fysiotherapiepatiënten actief deelnemen aan het behandelproces (Maclean et al., 2010). Dit aspect komt in het veldonderzoek niet naar voren. Dit kan samenhangen met verschillende oorzaken. Zo heeft het onderzoek van Maclean et al. (2010) maar liefst 22 respondenten geworven, meer dan het dubbele van 10 respondenten. Daarnaast is dit onderzoek specifiek gericht op de motivatie van patiënten om actief deel te nemen aan het behandelproces, waardoor er een grotere kans bestaat dat omgevingsinvloeden uitgebreid besproken worden.

Ook zijn er enkele resultaten uit het veldonderzoek naar voren gekomen waar voorafgaand aan de interviews nog geen informatie over verkregen was door middel van eerdere onderzoeken. Zo gaven

respondenten aan dat zij het persoonlijke contact met de fysiotherapeut als prettig ervaren, dat dit stimulerend is en voor vertrouwen zorgt, waardoor de zij een actievere houding hebben. Goede ervaringen in de fysiotherapie worden volgens Potter, Gordon & Hamer (2003) toegeschreven aan de communicatie van de fysiotherapeut. Een goede band tussen fysiotherapeut en patiënt zorgt voor een actievere houding van patiënten, waardoor er verbetering van de resultaten plaatsvindt (Ferreira et al., 2013).

Tot slot zijn er enkele onderzoeken in het buitenland verricht, waardoor de resultaten uit deze onderzoeken wellicht niet in andere landen zoals Nederland gegeneraliseerd kunnen worden. Verschillen in cultuur kunnen hier bijvoorbeeld een rol in spelen.

5.2.2 Aandachtspunten eigen onderzoek

Het uitgevoerde onderzoek heeft enkele aandachtspunten, waaronder de onderzoeksmethode. Doordat deze methode is toegepast, was de steekproef voor de interviews klein. Het is echter een bewuste keuze geweest om deze kwalitatieve manier van onderzoeken te handhaven, omdat zo verdiepende informatie verkregen kon worden.

Het tweede aandachtspunt bevat de wervingsmethode. De respondenten zijn enkel geworven door de fysiotherapeuten. De fysiotherapeuten hebben informatiebrieven aan de patiënten uitgedeeld, waarnaar de patiënten zelf de keus konden maken of zij wilden deelnemen aan het onderzoek. Dit kan ervoor zorgen dat de fysiotherapeuten de informatiebrieven enkel aan patiënten met een actieve houding of juist aan patiënten zonder een actieve houding hebben gegeven, waardoor alleen deze patiënten konden deelnemen aan het onderzoek. Patiënten die al een informatiebrief hadden gekregen, werden tijdens de behandelingen door de fysiotherapeut herinnerd aan deelname aan het onderzoek waarnaar zij een keus konden maken of zij wilden deelnemen. Een volgende keer kunnen de informatiebrieven beter aan elke patiënt welke aan de criteria voldoet worden uitgedeeld. Dit om te voorkomen dat de fysiotherapeut een grote invloed heeft op de selectie van de steekproef. Bovengenoemde aandachtspunten dienen in beschouwing worden genomen bij de conclusie.

5.2.3 Sterktes eigen onderzoek

Voor het onderzoek is bewust gekozen voor een brede doelgroep, omdat een aantal van 10 respondenten met specifieke klachten binnen de fysiotherapie moeilijk te behalen viel. Daarnaast kon door de verschillende respondenten een algemener beeld van alle patiënten worden geschept in plaats van het beeld van één categorie klachten. Zo was bijvoorbeeld een gedeelte van de respondenten aan het revalideren na een heupoperatie, een gedeelte van de respondenten was onder behandeling wegens sportblessure, terwijl weer anderen onder behandeling waren voor een hernia of whiplash. Een volgend onderzoek kan worden gericht op één doelgroep met specifieke klachten. Echter voor dit onderzoek was het beter om respondenten met verschillende klachten te laten deelnemen aan het onderzoek. Dit heeft ervoor gezorgd dat een beter beeld geschept kon worden van de beleving van alle patiënten en niet alleen van patiënten met één bepaalde klacht. Daarnaast is er bij het werven van de respondenten gebruikt gemaakt van bepaalde selectiecriteria. Vooraf zijn inclusiecriteria opgesteld waaraan de respondenten moesten voldoen. Dit heeft ervoor

gezorgd dat de grote kenmerken van de respondenten hetzelfde waren. Zo waren alle respondenten 18 jaar of ouder, spraken ze allemaal vloeiend Nederlands en waren ze allemaal onder behandeling bij een van de fysiotherapeuten van Health Plus.

5.2.4 Betrouwbaarheid

Het onderzoek is door één onderzoeker uitgevoerd, waardoor alle verschillende onderdelen binnen het onderzoek op dezelfde wijze zijn uitgevoerd. Dit maakt de interne betrouwbaarheid hoog. De externe betrouwbaarheid is echter laag. Dit doordat de repliceerbaarheid van de resultaten gering is door het klein aantal respondenten van tien. Tijdens het onderzoek is er gebruik gemaakt van “peer debriefing” (Baarda et al., 2013). Hiervan wordt gebruik gemaakt tijdens gesprekken met opdrachtgever, assessor en tijdens intervisie momenten met projectbegeleider en medestudenten. Het houdt in dat er feedback wordt ontvangen van docenten, stagebegeleider en medestudenten. Deze feedback vanuit verschillende invalshoeken zorgt ervoor dat er vanuit verschillende perspectieven naar de informatie wordt gekeken. De gekregen feedback is door de onderzoeker verwerkt (Baarda et al., 2013). Daarnaast wordt er tijdens de interviews gebruik gemaakt van een semigestructureerde vragenlijst. Deze vragenlijst zorgt ervoor dat bij elke respondent dezelfde onderwerpen aan bod zijn gekomen (Baarda et al., 2013).

Door gebruik te maken van opnameapparatuur is de informatie vervolgens zorgvuldig getranscribeerd. Doordat de interviews zijn opgenomen was het mogelijk om deze meerdere malen opnieuw te beluisteren, waardoor de informatie zorgvuldig in het transcript kon worden verwerkt. Hierdoor heeft er geen verbuiging van de informatie plaatsgevonden. Bij het maken van aantekeningen had verbuiging van de informatie eerder kunnen optreden, waarbij ook nog komt kijken dat de onderzoeker (de interviewer) zonder het maken van aantekeningen meer aandacht had voor het gesprek (Baarda et al., 2013).

5.2.5 Validiteit

Om de interne validiteit te waarborgen is er gekozen voor diepte-interviews. De topics welke zijn verwerkt in een semigestructureerde vragenlijst zijn op basis van het theoretisch kader. In het theoretisch kader is geen informatie weggelaten die voor de onderzoeker niet relevant leek. Alle bruikbare informatie rondom de onderzoeksvraag is meegenomen. Via de diepte-interviews werd bij de respondenten de informatie achterhaald welke belangrijk is om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

De onderzoeker heeft in het onderzoek een objectieve rol, wat inhoudt dat de onderzoeker met een geheel open houding het onderzoek heeft uitgevoerd. De onderzoeker heeft geen vooroordelen of meningen betreft de informatie of de doelgroep. De onderzoeker heeft zelf wel ervaringen met de fysiotherapie, maar heeft deze gedurende het onderzoek volledig losgelaten. Buiten het onderzoek, de interviews, heeft de onderzoeker geen enkel contact met de respondenten, waardoor er geen sturing kon plaatsvinden voorafgaand aan de interviews. Gedurende de interviews heeft de onderzoeker de verschillende topics zo goed mogelijk aan bod laten komen. Op momenten dat de respondenten erg afdwaalden in hun verhaal, werd het voor de onderzoeker moeilijk om zich te concentreren op wat de

respondenten zeiden. Dit verliezen van de concentratie heeft ervoor gezorgd dat op sommige momenten niet goed doorgevraagd is geworden op wat de respondent zei. In de resultaten komt dit vooral naar voren bij het kopje 'uitvoerbaarheid van de oefeningen'. Deze resultaten zijn erg oppervlakkig omdat hier niet goed genoeg op door is gevraagd.

De opdrachtgever heeft geen sturende houding richting het resultaat of advies aangenomen. Volgens de opdrachtgever ging het namelijk alleen om de beleving welke de patiënten hebben ten aanzien van hun actieve houding. Hierbij is elk resultaat goed.

5.2.6 Vervolgonderzoek

Voor een vervolgonderzoek is aan te raden de patiënten te onderscheiden in leeftijdscategorieën. Op deze manier kan er gekeken worden naar de verschillen tussen verschillende leeftijdscategorieën. Deze aanbeveling wordt gedaan omdat uit dit onderzoek is gebleken dat er, vooral wanneer het gaat om het hebben van tijd en het ervaren van pijn, verschillen bestaan tussen de beleving van patiënten ten aanzien van hun actieve houding. Oudere respondenten gaven namelijk in grotere mate aan pijn te ervaren tijdens de uitvoering van oefeningen. Jongere respondenten gaven in grotere mate aan weinig tijd te hebben om thuis oefeningen uit te voeren.

5.3 Betekenis discussiepunten voor opdrachtgever

De opdrachtgever dient de discussiepunten mee te nemen bij de resultaten en het advies. Zowel de aandachtspunten als de sterktes van het onderzoek dienen hierbij meegenomen te worden. De resultaten zijn niet representatief voor de gehele populatie fysiotherapiepatiënten, maar wel voor de steekproef welke voor dit onderzoek genomen is. Door patiënten met verschillende klachten te hebben geïnterviewd, is er een beeld geschept van de beleving van alle patiënten en niet alleen van patiënten met één specifieke klacht.

6. Aanbevelingen

Vanuit de resultaten en de conclusie zijn enkele aanbevelingen opgesteld om patiënten te stimuleren actief deel te nemen aan het behandelproces. Hieronder wordt een korte omschrijving gegeven van de aanbevelingen. Verdere uitwerkingen van de aanbevelingen zijn terug te vinden in het adviesproduct.

6.1.1 Aanbeveling 1: eHealth toepassing

Er wordt aanbevolen om eHealth te implementeren waarbij patiënten meldingen als reminder krijgen. Dit om ervoor te zorgen dat patiënten de oefeningen niet vergeten uit te voeren wanneer zij geen last ervaren. Ook kan deze eHealth toepassing ervoor zorgen dat de keuzevrijheid van patiënten wordt gestimuleerd, omdat tijdens de behandelingen persoonlijke oefeningen per patiënt in de applicatie kunnen worden toegevoegd.

6.1.2 Aanbeveling 2: Training “Motivational Interviewing”

Wanneer de fysiotherapeuten een training “Motivational Interviewing” gaan volgen, kunnen zij deze techniek inzetten tijdens hun behandelingen. Door het inzetten van deze techniek zullen patiënten effectiever gemotiveerd worden om actief deel te nemen aan het behandelproces.

Literatuurlijst

Arnetz, J. E., Almin, I., Bergström, K., Franzen, Y., & Nilsson, H. (2004). Active patient involvement in the establishment of physical therapy goals: effects on treatment outcome and quality of care. *Advances in Physiotherapy*, 6(2), 50-69.

Aronson, J. K. (2007). Compliance, concordance, adherence. *British journal of clinical pharmacology*, 63(4), 383-384.

Anderson, E. S., Wojcik, J. R., Winett, R. A., & Williams, D. M. (2006). Social-cognitive determinants of physical activity: the influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self-regulation among participants in a church-based health promotion study. *HEALTH PSYCHOLOGY-HILLSDALE THEN WASHINGTON DC*, 25(4), 510.

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. de, Peters, V., & Velden, T. van der. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Baker, S. M., Marshak, H. H., Rice, G. T., & Zimmerman, G. J. (2001). Patient participation in physical therapy goal setting. *Physical Therapy*, 81(5), 1118.

Bianco, T. (2001). Social support and recovery from sport injury: Elite skiers share their experiences. *Research quarterly for exercise and sport*, 72(4), 376-388.

Bissonnette, J. M. (2008). Adherence: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 634-643.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (2e druk). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Brug, J., Assema, P. van, & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen, Nederland: Van Gorcum.

Burgt, M. van der, Mechelen-Gevers, E. van, & Lintel Hekkert, M. te. (2006). *Introductie in de gezondheidszorg*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Campbell, R., Evans, M., Tucker, M., Quilty, B., Dieppe, P., & Donovan, J. L. (2001). Why don't patients do their exercises? Understanding non-compliance with physiotherapy in patients with osteoarthritis of the knee. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(2), 132-138.
Geraadpleegd van <http://jech.bmj.com/content/jech/55/2/132.full.pdf>.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2008, 1 december). Eén op de vijf Nederlanders naar fysiotherapeut. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2008/49/een-op-de-vijf-nederlanders-naar-fysiotherapeut>

Daykin, A. R., & Richardson, B. (2004). Physiotherapists' pain beliefs and their influence on the management of patients with chronic low back pain. *Spine*, 29(7), 783-795.

De Gezondheidsraad. (2007, 27 maart). Nacontrole in de oncologie. Geraadpleegd van <https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200710.pdf>

Dierckx, K., Deveugele, M., Roosen, P., & Devisch, I. (2013). Implementation of shared decision making in physical therapy: observed level of involvement and patient preference. *Physical therapy*, 93(10), 1321.

Elwyn G, Coulter A, Laitner S, Walker E, Watson P, Thomson R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 341, 971-975.

Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Physical therapy*, 93(4), 470.

Frenken, F. (2006, 12 juni). Ruim een op de zes Nederlanders naar fysiotherapeut. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2006/24/ruim-een-op-de-zes-nederlanders-naar-fysiotherapeut>

Geraets, J. J. X. R., Calders, P., Nijs, J., & Wilgen, C. P. van. (2014). Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie. Geraadpleegd van http://download.springer.com.lib.fontys.nl/static/pdf/955/bok%253A978-90-368-0672-5.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fbook%2F10.1007%2F978-90-368-0672-5&token2=exp=1487066492~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F955%2Fbok%25253A978-90-368-0672-5.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fbook%252F10.1007%252F978-90-368-0672-5*~hmac=1966905b59900d0404179cb6011a3e78865e2e22865f0c4231e205ce37badd18

Giles-Corti, B., & Donovan, R. J. (2002). The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. *Social science & medicine*, 54(12), 1793-1812.

Jones, F., Harris, P., Waller, H. & Coggins, A. (2005). Adherence to an exercise prescription scheme: the role of expectations, self- efficacy, stage of change and psychological well-being. *British Journal of Health Psychology*, 10, 359-378.

Kalauokalani, D., Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Koepsell, T. D., & Deyo, R. A. (2001). Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain: patient expectations and treatment effects. *Spine*, 26(13), 1418-1424.

Keus, S. H. J., Hendriks, H. J. M., Bloem, B. R., Bredero-Cohen, A. B., Goede, C. J. T. de, Haaren, M. van, Munneke, M. (2004). Verantwoording en toelichting. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, pp. 26-27.

Kooijman, M. K., Verberne, L. D. M., Barten, J. A., Leemrijse, C. J., Veenhof, C., & Swinkels, I. C. S. (2013). *Jaarcijfers 2012 en trendcijfers 2008-2012 fysiotherapie*. Geraadpleegd van https://www.nivel.nl/sites/default/files/Jaarcijfers%20FT%202012_def_0.pdf

Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2010). Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *Bmj*, 321(7268), 1051-1054.

McCrum, C., Bryant, E., Murtagh, S., Hodgson, L., Candby, G., Finucane, L., . . . Moore, A. (2016). Patients' expectations of physiotherapy treatment for musculoskeletal conditions. *Physiotherapy*, 102(1), 22-23.

O'Connor, A. M., Wennberg, J. E., Legare, F., Llewellyn-Thomas, H. A., Moulton, B. W., Sepucha, K. R., ... & King, J. S. (2007). Toward the 'tipping point': decision aids and informed patient choice. *Health Affairs*, 26(3), 716-725.

Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003). Identifying physiotherapist and patient expectations in private practice physiotherapy. *Physiotherapy Canada*, 55(4).

Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003). The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49(3), 195-202.

Rademakers, J. (2013). *Kennissynthese: De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld*. Utrecht, Nederland: Nivel.

Skolasky, R. L., Mackenzie, E. J., Wegener, S. T., & Riley III, L. H. (2008). Patient activation and adherence to physical therapy in persons undergoing spine surgery. *Spine*, 33(21).

Smith, B. A., & Shuchman, M. (2005). Problem of nonadherence in chronically ill adolescents: strategies for assessment and intervention. *Current opinion in pediatrics*, 17(5), 613-618.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken* (5e druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Vries, H. de, Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273-282.

Vries, C. de, Hagedaars, L., Kiers, H., & Schmitt, M. (2014, januari). KNGF Beroepsprofiel Fysiotherapeut. Geraadpleegd van http://www.thim.nl/files/8914/4542/6965/KNGF_Beroepsprofiel_Fysiotherapeut_2014.pdf

Wilcox, S., Castro, C. M., & King, A. C. (2006). Outcome expectations and physical activity participation in two samples of older women. *Journal of health psychology*, 11(1), 65-77.

Wulf, G. (2007). Self-controlled practice enhances motor learning: implications for physiotherapy. *Physiotherapy*, 93(2), 96-101.

Bijlagen

Bijlage 1: Informatiebrief

Beste heer/mevrouw,

Uw fysiotherapeuten van Health Plus en studente Toegepaste Psychologie Rafke Caubo werken samen aan een project voor de ontwikkeling van uw zorg binnen de fysiotherapie. Dit project helpt Health Plus om behandelingen eventueel aan te passen en uiteindelijke resultaten te verbeteren.

Het project richt zich op de beleving ten aanzien van uw eigen actieve rol binnen uw behandeling.

Wat is het doel van het onderzoek?

Uit ervaring is gebleken dat veel fysiotherapie patiënten niet goed weten dat zij, door zich actief voor het behandelproces in te zetten, bij kunnen dragen aan het genezingsproces. Om inzicht te krijgen in de beleving hiervan wordt dit onderzoek uitgevoerd.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Wanneer u deelneemt aan het onderzoek zult u worden geïnterviewd. Dit interview zal worden gehouden op een tijdstip dat u schikt en op de locatie Health Plus in Oirsbeek. Het interview zal worden opgenomen met audiomateriaal. Deze opnames worden gebruikt om de resultaten van de gehouden interviews te vergelijken. Dit gebeurt natuurlijk wel met uw toestemming. Belangrijk om te weten is dat deze interviews geheel anoniem zullen plaatsvinden. Uw naam zal dan ook niet worden gekoppeld aan bepaalde resultaten.

Doet u mee aan het onderzoek?

Wanneer u geïnteresseerd bent om deel te nemen aan het onderzoek, kunt u dit aangeven bij uw fysiotherapeut. De deelname is geheel vrijwillig. Wanneer u besluit om niet deel te nemen, hoeft u hier geen reden voor te geven. Ook wanneer u deelneemt, kunt u tussentijds altijd stoppen. U hoeft hiervoor dan geen verantwoording te geven.

Vragen?

Heeft u na het lezen van deze brief nog vragen, dan kunt u altijd terecht bij Rafke Caubo via onderstaande gegevens.

Rafke Caubo

Studente Toegepaste Psychologie

r.caubo@student.fontys.nl

+31 6 110 66 998

Middels ondertekening van deze brief, geef ik toestemming om benaderd te worden voor deelname aan dit onderzoek.

Naam:

Tel. Nr.:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 2: Toestemmingsverklaring

Toestemmingsverklaring deelname en geluidsopname

Ik verklaar middels deze verklaring mijn toestemming om deel te nemen aan het onderzoek.
Daarnaast stem ik ook in met de geluidsopnames.

- Mijn deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig;
- Ik heb het recht om op ieder moment mijn deelname aan het onderzoek te beëindigen, zonder hiervoor redenen te geven;
- Ik ben duidelijk op de hoogte gesteld over de context van het onderzoek;
- De gegevens van het onderzoek worden geheel anoniem en vertrouwelijk aan derden verstrekt;
- De geluidsopnames worden uitsluitend gebruikt voor het analyseren van de resultaten.

Naam: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Bijlage 3: Topiclijst

Kader van het onderzoek	Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van Health Plus.	
Doel van het interview	Het doel van het interview is om inzicht te krijgen in uw beleving ten aanzien van uw actieve rol in het behandelproces.	
Opname	Het interview wordt opgenomen om te gebruiken bij de analyse en resultaten. Hierbij zult u geheel anoniem blijven.	
Inleidende vraag	Waarvoor bent u bij de fysiotherapeut onder behandeling? Wat is volgens u (het hebben van) een actieve houding?	
Topic	Omschrijving	Vraag
Actieve bijdrage	In het verleden had de patiënt een passieve rol binnen de fysiotherapie. Er wordt nu verwacht dat de patiënt zelf actief bijdraagt aan het behandelproces, bijvoorbeeld door het uitvoeren van oefeningen en het opvolgen van voorgeschreven adviezen (Geraets, Calders, Nijs & Van Wilgen, 2014).	Er wordt van u als patiënt een actieve houding verwacht. Hoe ervaart u dit?
Uitkomstenverwachting	Patiënten die van mening zijn dat hun klachten te maken hebben met onveranderlijke factoren zoals leeftijd zullen minder actief zijn binnen het behandelproces (Campbell et al., 2001; Keus et al., 2004; Wilcox et al., 2006).	Hoe beïnvloedt uw uitkomstenverwachting uw actieve houding in het behandelproces?
Eigen effectiviteit	Eigen effectiviteitsverwachting is de mate waarin een persoon denkt in staat te zijn bepaald gedrag uit te voeren om zijn/haar gezondheid te verbeteren (Brug et al., 2007). Bij deze de mate waarin een persoon denkt in staat te zijn om actief bij te dragen aan het behandelingsproces.	Hoe ervaart u uw eigen mogelijkheid om een actieve bijdrage te leveren aan het behandelingsproces? Hoe beïnvloedt deze mogelijkheid uw actieve bijdrage?
Sociale invloeden	Sociale invloeden worden gezien als invloeden van anderen waardoor mensen zich op een bepaalde manier gaan gedragen (Brug et al., 2007). Bij deze wordt de invloed op de al dan niet actieve houding van patiënten bedoeld.	Op welke manier hebben de mensen in uw directe omgeving invloed op uw actieve rol?

Shared Decision Making	Met Shared Decision making wordt de gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en fysiotherapeut bedoelt (Elwyn et al., 2010; O'Connor et al., 2007).	Hoe worden er keuzes gemaakt over uw behandeling? Hoe ervaart u dit?
Motivatie	Er is gebleken dat de mate van motivatie invloed heeft op de rol welke de patiënt aanneemt ten aanzien van zijn of haar behandelproces. Hoge motivatie leidt tot een actieve deelname (Scherzer et al., 2001; Maclean et al., 2010).	Hoe is uw motivatie ten aanzien van uw behandelproces? Op welke manier beïnvloedt deze motivatie uw actieve houding?
Wat zou u nog graag willen zien om uw beleving ten aanzien van uw actieve houding positief te beïnvloeden? Heeft u verder nog aanvulling met betrekking tot uw actieve houding in het behandelproces?		

Bijlage 4: Analyseplan

De verkregen data vanuit de interviews kon pas worden geanalyseerd wanneer deze getranscribeerd zijn. Alle interviews zijn dan ook geheel getranscribeerd waarnaar deze geanalyseerd werden. Met analyseren is niet gewacht totdat elk interview volledig was getranscribeerd. Het analyseren startte vanaf het moment dat het eerste interview was getranscribeerd. Hierdoor kon er al een begin worden gemaakt aan het overzicht van de labels en thema's welke aan bod kwamen tijdens de interviews. Ook kon hierdoor inzicht verkregen worden in de onderwerpen welke nog weinig aan bod waren gekomen, waardoor hier in de volgende interviews rekening mee kon worden gehouden. Het analyseren gebeurt door middel het coderingsproces van Baarda (2013). De transcripten zijn de eerste keer doorgelezen op de laptop, waarnaar de eerste codering, de labels naast de tekst zijn geplaatst. Dit kan worden gezien als een samenvatting van wat de deelnemers hebben geantwoord, ook wel open coderen genoemd. Enkele voorbeelden van transcripten met de open codes zijn te vinden in bijlage 5. Vervolgens zijn de transcripten met de labels uitgeprint, waarnaar de verschillende labels zijn uitgeknipt en naast elkaar zijn gelegd. Daarna is gekeken welke labels de onderzoeksvraag beantwoordden, alleen deze zijn behouden. De labels welke de onderzoeksvraag niet beantwoordden zijn verwijderd. Voorbeelden hiervan zijn leeftijd, specifieke klachten etc. Na deze selectie is er gekeken of er labels waren welke hetzelfde betekenden. Deze labels zijn samengevoegd tot één label. In de interviews werd bij voorbeeld gezegd dat oefeningen resultaat hebben en dat er een positief resultaat optreedt door de oefeningen. Beide hebben de code 'resultaat' gekregen.

Op het moment dat alle labels compleet leken te zijn, zijn deze opnieuw verspreid over de tafel, waarnaar er is gekeken of de labels onder verschillende categorieën, ook wel thema's konden worden verdeeld, het axiaal coderen. Er zijn uiteindelijk negen thema's gevormd. Toen de verschillende thema's met daaronder de labels waren gevormd, is er gekeken of er een rode draad zichtbaar was. Dit is gedaan door de verschillende categorieën met daaronder de codes naast elkaar te leggen. Uiteindelijk zijn er drie rode draden waargenomen, namelijk de communicatie tussen fysiotherapeut en patiënt, de beleving van patiënten over de oefeningen en de invloeden die er voor patiënten bestaan waarom zijn al dan niet actief deelnemen in het behandelproces. Op basis hiervan zijn drie overkoepelende thema's opgesteld, namelijk: beleving communicatie, beleving oefeningen en invloeden. Alle informatie welke relevant is voor het onderzoek kan onder deze drie begrippen worden geplaatst.

Op basis van dit coderingsproces is een taxonomie, ook wel codeboom opgesteld (zie bijlage 7). Het doel van de codeboom is om de resultaten, verkregen vanuit de interviews, overzichtelijk weer te geven (Boeije, 2014).

Deze resultaten kunnen een aanvulling zijn op het theoretisch kader, maar kunnen het theoretisch kader ook tegenspreken of bevestigen. Op basis van de codeboom worden de resultatenparagraaf en de conclusie van het onderzoek geschreven. De conclusie geeft antwoord op de onderzoeksvraag.

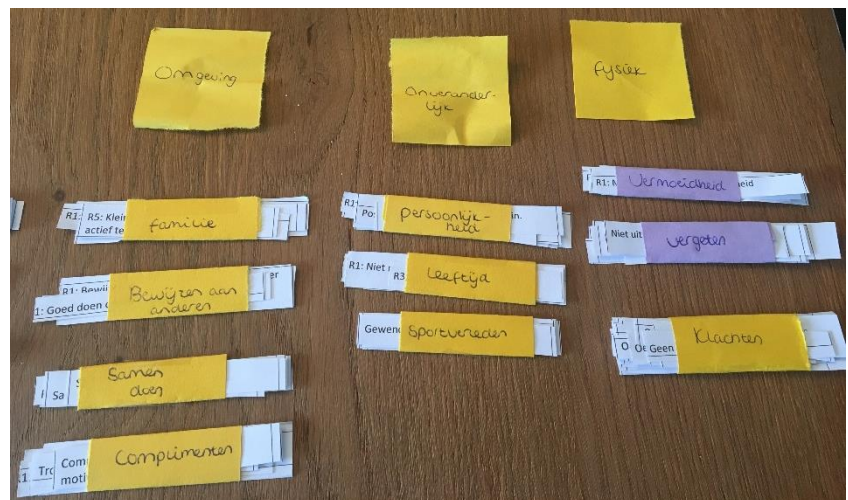
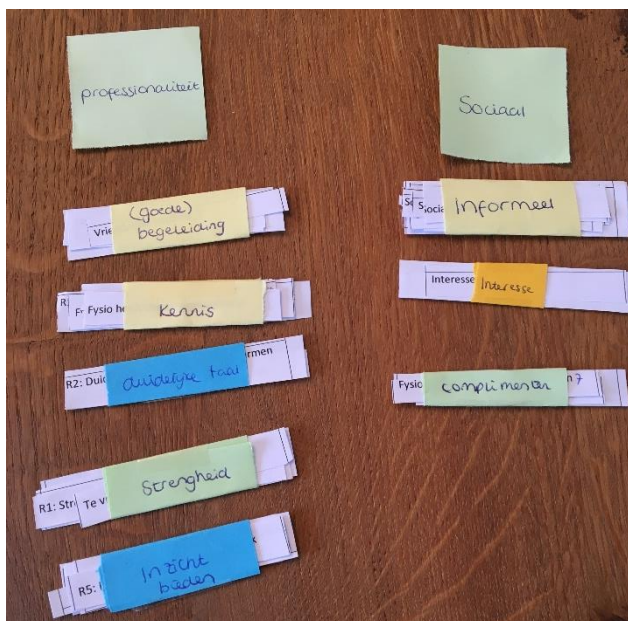
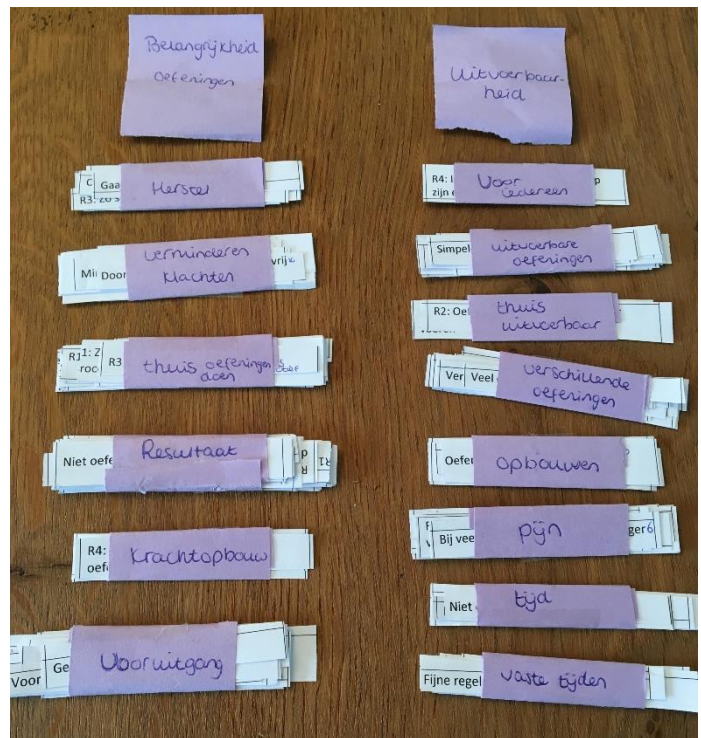
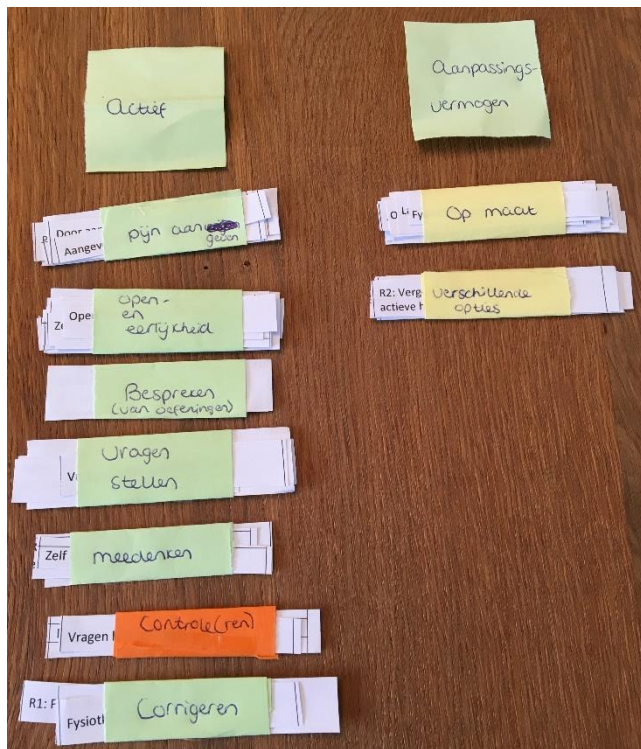
Bijlage 5: Voorbeelden transcripten

R1	Ja wat ik zeg. Dat ik zelf ook meer moet meewerken en het niet alleen aan de fysiotherapeute over moet laten.	R1: Inzien dat je zelf ook actief moet zijn door de verwachting dat de klachten eerder minder werden.
I1	Uhu, dus u hebt niet op dat moment het idee gehad van nee ik ga niet meer actief zijn want ja het helpt eigenlijk niet?	
R1	Nee dat idee heb ik absoluut niet nee. Ik ben ook wel een volhouder wat dat betreft. Dit is wel het gevolg van de zelfdiscipline die je jezelf oplegt.	R1: Volhouden van oefeningen door zelfdiscipline.
I1	Ja, ja, dat is heel goed. Uhh en uw mogelijkheid om een actieve houding te hebben?	
R1	Ja die heb ik wel. Ik heb uh tijd genoeg en ik heb de ruimte thuis in huis en een beetje apparatuur en ik heb een grote zolder waar ik rustig sporten kan voor mezelf. Grond oefeningen en dergelijke, maar dat doe ik al jaren hoor.	R1: Genoeg tijd om oefeningen uit te voeren R1: Genoeg ruimte om oefeningen uit te voeren

R3	Ja, nu op dit moment ja zit ik dus uh met naweeën van een whiplash, dus dan ben ik mezelf veel bewuster ook natuurlijk op mijn houding en dan ben ik ook bewuster dat ik oefeningen moet doen en als ik dan verkeerd loop of zit dan denk ik oh nee ik moet recht zitten, ik moet recht lopen hè. Dus omdat ik nou heel graag beter wil worden. Dus ik denk dat als dat weer helemaal goed is, ja dan hoop ik zelf dat ik ook op mijn houding blijf letten.	R3: Bewust zijn van het moeten doen van de oefeningen R3: Oefeningen doen omdat ik beter wil worden
I3	Ja en je zegt dus uhh dan denk ik ineens eraan om oefeningen te doen. Wat maakt dan dat je eraan denkt?	
R3	Ja nou heb ik mezelf gewoon de verplichting gesteld 's morgens als ik opsta, dan doe ik mijn oefeningen en 's avonds doe ik ook mijn oefeningen.	R3: Op verplichte tijden op een dag de oefeningen doen

R10	Ja, ik voer de oefeningen zo goed als ik kan uit. Kijk op sommige momenten gaat dat niet zo goed, omdat ik er dan niet aan denk dat ik de oefeningen moet doen. Uhh ja ik denk er bijvoorbeeld aan als ik last heb, maar zodra de klachten wegzakken dan ben ik wel minder actief met het uitvoeren van oefeningen.	R10: Niet uitvoeren door vergeten R10: Oefeningen doen als ik last heb
I10	Hoe kan dat denk je?	
R10	Ja hoe kan dat... Ik word er dan niet aan herinnerd als ik geen last heb. En zodra ik klachten heb, dan denk ik weer van oh ja ik heb pijn, ik moet de oefeningen uitvoeren. En dan doe ik de oefeningen ook, omdat ik weet dat door middel van de oefeningen mijn klachten minder worden en ik dus vooruitgang boek.	R10: Niet herinnerd als ik geen last heb R10: Oefeningen doen bij klachten R10: Vooruitgang door oefeningen
I10	Oké, ja. En wat levert het doen van oefeningen volgens jou dan op?	
R10	Uhh door de oefeningen zie ik vooruitgang. Ik heb dan minder last van mijn klachten. Daarom vind ik het ook wel fijn dat mijn fysiotherapeut mij de oefeningen heeft meegegeven, omdat ze nut hebben. Als de oefeningen geen zin hadden gehad, dan had ik ze denk ik ook niet volgehouden.	R10: Vooruitgang door oefeningen R10: Minder klachten door oefeningen R10: Oefeningen hebben nut

Bijlage 6: Categorieën met codes

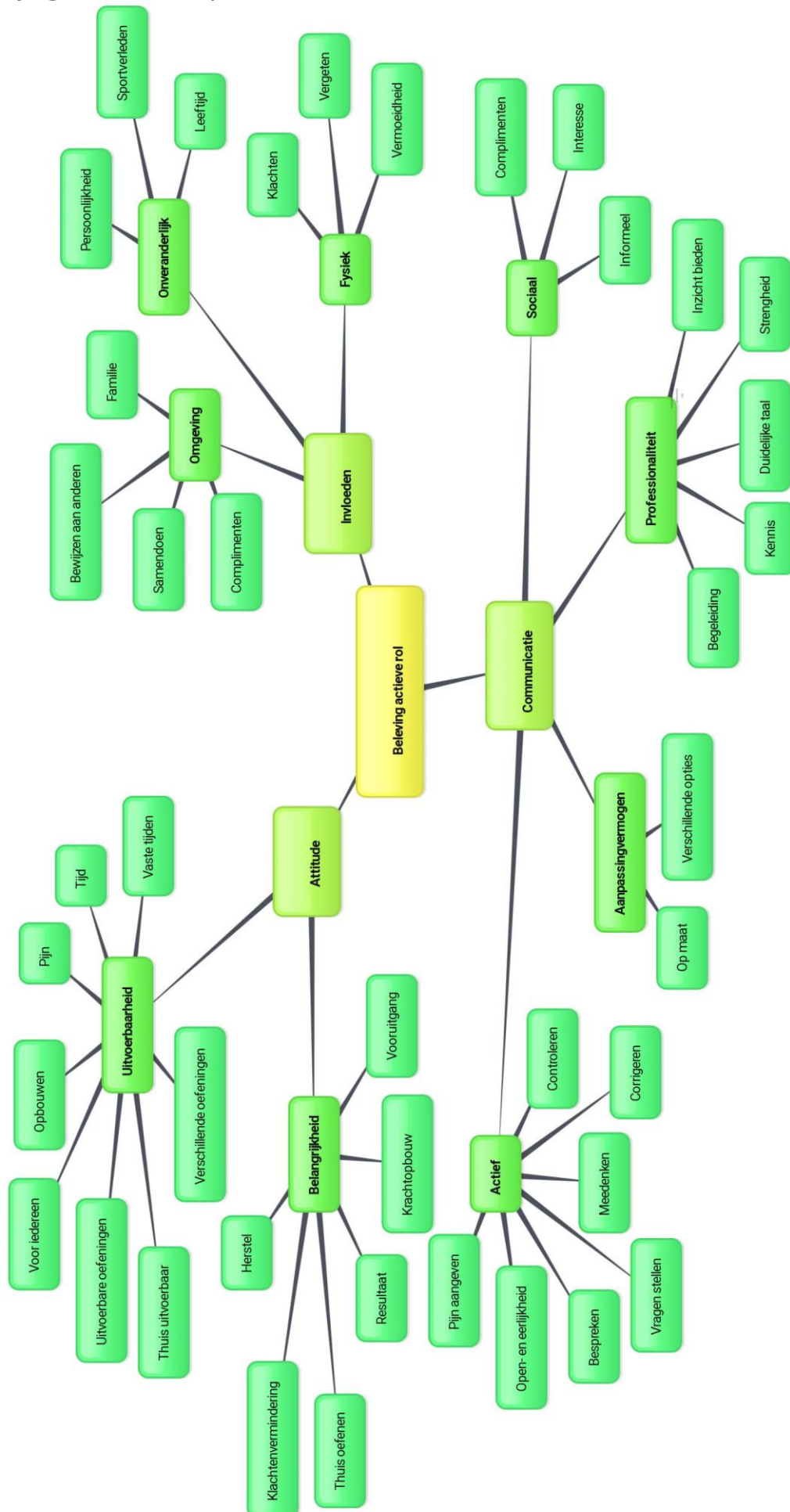


Bijlage 7: Taxonomie

Open codering	Axiaal codering	Selectieve codering
Pijn aangeven	Actief	Communicatie
Open- en eerlijkheid		
Bespreken		
Vragen stellen		
Meedenken		
Controleren		
Corrigeren		
Op maat	Keuzevrijheid	
Verschillende opties		
Begeleiding	Professionaliteit	
Kennis		
Duidelijke taal		
Strengheid		
Inzicht bieden		
Informeel	Persoonlijk contact	
Interesse		
Complimenten		
Herstel	Belangrijkheid	Beleving oefeningen
Klachtenvermindering		
Thuis oefenen		
Resultaat		
Krachtopbouw		
Vooruitgang		
Voor iedereen	Uitvoerbaarheid	
Uitvoerbare oefeningen		
Thuis uitvoerbaar		
Verschillende oefeningen		
Opbouwen		
Pijn		
Tijd		
Vaste tijden		
Familie		

Bewijzen aan anderen	Omgeving	Invloeden
Samendoen		
Complimenten		
Persoonlijkheid	Onveranderbaar	
Leeftijd		
Sportverleden		
Vermoeidheid	Fysiek	
Vergeten		
Klachten		

Bijlage 8: Mindmap



Bijlage 9: Ethische verantwoording

Bij het ontwikkelen van de probleemstelling en vraagstelling is het probleemstelling van de opdrachtgever als uitgangspunt genomen. Zo is de vraagstelling samen met de opdrachtgever geformuleerd. De vraagstelling betreft een maatschappelijk probleem, welke met kennis uit de wetenschap is onderbouwd. Ook de probleemstelling is door middel van betrouwbare bronnen geformuleerd, waarbij geen informatie is weg gelaten in het voordeel van de onderzoeker of om een ander beeld te scheppen.

Om het onderzoek zo nauwkeurig mogelijk en planmatig uit te voeren is vooraf een plan van aanpak gemaakt, waarbij rekening is gehouden met de belangen van de opdrachtgever door het plan van aanpak samen te bespreken. Dit plan van aanpak voorkomt, samen met de gemaakte planning dat er gedurende het onderzoek nalatigheid plaatsvindt.

Tijdens het verkennen van de literatuur is er gebruik gemaakt van verschillende databanken, boeken en tijdschriften om een zo volledig mogelijk beeld te scheppen. Daarnaast zijn er ook zo veel mogelijk zienswijzen beschreven, om een nog vollediger beeld te scheppen ten aanzien van de literatuur. Het doel om volledig te zijn en geen informatie weg te laten in het eigen voordeel is hier ook voor ogen gehouden.

Het werven van respondenten is dusdanig gebeurd, dat respondenten voor de opdrachtgever geheel anoniem bleven. Deze keuze is gemaakt om zo de anonimiteit van respondenten geheel te waarborgen. Alleen de onderzoeker is op de hoogte van gegevens van de respondenten. Ook is ervoor gezorgd dat de respondenten vooraf aan het onderzoek heeft getekend voor akkoord tot deelname. Deze ondertekening houdt het ondertekenen van de informatiebrief in.

De data is op een zo effectief en efficiënt mogelijke manier verzameld door meerdere interviews op een dag in te plannen. Daarnaast is rekening gehouden met de privacy van deelnemers aan het onderzoek. Zo zijn de interviews gehouden in een meer afgelegen ruimte, zodat de opdrachtgever niet kon zien welke respondenten deelnamen aan het onderzoek. Ook hebben de respondenten, wegens privacy doeleinden, een toestemmingsverklaring ondertekend voor deelname aan het onderzoek en geluidsopname. Op dit formulier hebben respondenten hun naam in moeten vullen, maar deze naam is na het inscannen van de formulieren onzichtbaar gemaakt wegens anonimiteit.

De aangedragen oplossingen/adviezen zijn gericht op de praktijk, waarbij gebruik is gemaakt van creatieve en toepasbare ideeën. De analyse is enkel door de onderzoeker uitgevoerd. De opdrachtgever heeft hier geen enkele invloed op uitgeoefend.

Bij het rapporteren van de resultaten is rekening gehouden met de privacy van de betrokken partijen. Daarnaast is de rapportage van de resultaten geheel onpartijdig. Er zijn geen onderzoeksresultaten weggelaten, alle resultaten zijn meegenomen. De conclusie is gebaseerd op de onderzoeksvraag. Het opgestelde onderzoeksrapport is doorgestuurd naar de opleiding Toegepaste Psychologie en er is toestemming gegeven om deze online beschikbaar te maken via Open Access.

Als laatst kan er met volledige overtuiging vermeld worden dat het onderzoeksrapport geheel zelf geschreven is, zonder de hulp van derden en dat in het verslag bij alle literatuur de auteurs vermeld staan.