Fontys Paramedische Hogeschool

Opleiding podotherapie

Verbind, Verband, Verbonden

Ervaringen van patiënten met aangeboren of verworven platvoeten in het behandeltraject

Naam student: Laura Hens

- Juni 2016 -

Begeleider: Mirjam Tuinhout

Opdrachtgever: RVT interprofessioneel samenwerken

Intern beoordelaar: Claire van der Voort

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen van de opleiding tot podotherapeut aan de Fontys Paramedische Hogeschool in Eindhoven. In deze afsluitende fase van de opleiding wordt getracht een praktijkgericht onderzoek uit te voeren. Ik heb hiervoor een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van semi-gestructureerde interviews. Met dit type onderzoek wilde ik de ervaringen in het behandeltraject van patiënten met (aangeboren of verworven) platvoeten in kaart brengen. De platvoet is een vaak geziene klacht binnen de podotherapeutische praktijk, dus daarom was ik enthousiast om mij hierin te gaan verdiepen. Ik hoop de inzichten die ik heb opgedaan door het uitvoeren van dit onderzoek toe te kunnen passen in mijn toekomstig beroep als podotherapeut.

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek ben ik begeleid door Mirjam Tuinhout, ik wil haar dan ook als eerst bedanken voor de feedback en hulp die ik van haar heb mogen ontvangen! Daarnaast wil ik mijn intern beoordelaar Claire van der Voort bedanken voor de feedback die ik heb mogen ontvangen. Tevens wil ik Jacques van Limbeek bedanken voor de hulp bij het opstellen van het interviewschema. De Sint Maartenskliniek in Nijmegen wil ik ook enorm bedanken voor de hulp bij het werven van de deelnemers. Als laatste dank ik mijn ouders, broer en vrienden voor de steun en hulp tijdens het onderzoek!

Ik wens u veel plezier bij het lezen van dit onderzoeksverslag!

Laura Hens

Juni 2016, Nijmegen

Samenvatting

Inleiding: Platvoeten zijn een vaak geziene oorzaak van voetklachten. Bij platvoeten kan er onderscheid gemaakt worden tussen de congenitale (aangeboren) en verworven platvoeten. Wanneer men hier klachten van ondervindt kan er gekozen worden voor conservatieve en operatieve behandelingen. Doordat er veel mogelijkheden zijn kan dit behandeltraject vaak lang duren voordat de klachten verholpen zijn. Binnen de gezondheidszorg wordt het gebruik van patiëntervaringen wereldwijd steeds belangrijker en kunnen een bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg.
De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: ‘‘Wat zijn de ervaringen van patiënten met verworven of aangeboren platvoeten binnen het behandeltraject?’’
Methode: Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd en gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Door dit type onderzoek konden ervaringen voldoende uitgediept worden. Er zijn interviews afgenomen bij zeven deelnemers met aangeboren of verworven platvoeten.
Resultaten: Na de data-analyse ontstonden vier thema’s: beperkingen door klachten, beweegredenen, beleving en verloop behandeltraject. Deelnemers gaven aan beperkt te worden in het algemeen dagelijks leven (ADL), werk en sport door de klachten. Onder het thema beweegredenen werden onder andere verwachtingen van behandelaars en behandelingen besproken. Een aantal benoemden een slechte ervaring bij de fysiotherapeut.
Discussie: De gevonden resultaten werden vergeleken met bestaande literatuur over behandelingen en zorg in Nederland. De verhoudingen binnen de onderzoekspopulatie waren wellicht niet representatief voor een grotere groep. Zo was de verhouding tussen mannen en vrouwen ‘‘scheef’’. Ook liepen sommige deelnemers al erg lang rond met klachten.
Conclusie: Dit onderzoek toonde aan dat het behandeltraject bij platvoeten vaak lang is. Conservatieve behandelingen boden vaak slechts een tijdelijke verlichting van pijnklachten. Beperkingen die men ervoer ten gevolge van de klachten door de platvoeten, werden als belangrijke factoren gezien in de ervaring van het behandeltraject. Over het algemeen waren de deelnemers wel tevreden over wat de behandelaars op dat moment voor hen konden betekenen.

Abstract

Background: Flat feet are a common seen cause of foot complaints. They can be classified in congenitally and acquired flat feet. When this condition causes symptoms, the possible treatment options are either conservative treatment or surgical intervention. Because of the many treatment options, the treatment course could take a while before the complaints are remedied. In health care, patient experiences get more important worldwide and could help to improve health care. The research question that will be answered in this study is: ''what are the experiences of patients with acquired or congenital flat feet in the treatment course?''

Method: This study is a qualitative study involving semi-structured interviews. Using this type of research the experience of patients could be explored. For this study seven participants with either congenitally or acquired flat feet have been interviewed.

Results: The data analysis resulted in four topics: functional limitations, motivations, experiences and the course of the treatment program. Participants appointed limitations in activities of daily living (ADL), work and sports. The topic motivations includes terms of expectations and experiences of practitioners and treatments. A few appointed some bad experiences with the physiotherapist.

Discussion: The obtained results were compared to existing literature about treatments and health care in the Netherlands. The ratios within the research population were probably not representative of a larger group. Thus, the proportion of men versus woman was skewed. Also some participants were suffering with complaints for a long time.

Conclusion: This study showed that the treatment course is quite long in the most cases. Conservative treatments often resulted in a temporary pain relief. Limitations because of the complaints caused by flat feet, were seen as an important factor in the experiences of the treatment course. In general, participants were satisfied about the treatment they received at that time.

Inhoud

Voorwoord 2

Samenvatting 3

Abstract 4

Hoofdstuk 1 – Personalia 7

1.1 Gegevens student 7

1.2 Gegevens begeleider 7

1.3 Opdrachtgever 7

Hoofdstuk 2 – Inleiding 8

2.1 Probleemstelling en onderzoeksvraag 8

2.2 Hoofddoel 10

Hoofdstuk 3 – Methode 11

3.1 Onderzoeksdesign 11

3.2 Doelgroep en werving 11

3.3 Meetprotocol en meetinstrumenten 12

3.4 Data-analyse 13

3.5 Ethische aspecten 13

Hoofdstuk 4 – Resultaten 14

4.1 Beschrijving onderzoekspopulatie 14

4.2 Themabeschrijving 16

4.2.1 Beperkingen door klachten 16

4.2.2 Beweegredenen 17

4.2.3 Beleving 19

4.2.4 Verloop behandeltraject 22

Hoofdstuk 5 – Discussie en conclusie 23

5.1 Discussie 24

5.2 Sterktes en zwaktes van het onderzoek 26

5.3 Conclusie 26

5.4 Aanbevelingen 27

Literatuurlijst 28

Bijlages 30

Bijlage I - Uitgebreidere informatie verworven (AAFD) versus congenitale platvoet 30

Bijlage II – Facebook bericht 32

Bijlage III – Informatiebrief 33

Bijlage IV – Informed consent 35

Bijlage V – Interviewschema 36

Bijlage VI – Geheimhoudingsverklaring 38

Bijlage VII – Codeboom 39

Hoofdstuk 1 – Personalia

1.1 Gegevens student

Naam: Laura Hens

Studentnummer: 2205349

Email: l.hens@student.fontys.nl

Privé-email: laura-hens@home.nl

Telefoonnummer: 06-41522636

1.2 Gegevens begeleider

Naam: Mirjam Tuinhout

Email: m.tuinhout@fontys.nl

Instelling: Fontys Paramedische Hogeschool
Ds. Th. Fliednerstraat 2
5631BN Eindhoven

1.3 Opdrachtgever

RVT interprofessioneel samenwerken
Fontys Paramedische Hogeschool
Ds. Th. Fliednerstraat 2
5631BN Eindhoven

Hoofdstuk 2 – Inleiding

2.1 Probleemstelling en onderzoeksvraag

Een belangrijk punt wat bijdraagt aan de beleving van de zorg zijn patiëntervaringen. Wereldwijd worden deze patiëntervaringen belangrijker als het gaat om het beoordelen van de gezondheidszorg. Deze ervaringen kunnen bijdragen aan verbeterde zorg bij specifieke aandoeningen of ziektes (Freitas & Weller, 2015).

Andén et al. (2015) stelt dat patiënten hun ervaringen bij de huisarts helemaal niet zo hoog in het vaandel hebben. Factoren die patiënten als belangrijkst ervoeren waren: klachtvermindering of genezing (bij acute klachten), geruststelling, bevestiging (bij onzekerheid), verandering in eigen waarneming van de klacht en tevredenheid (bij chronische klachten). Patiënten hechten dus veel waarde aan het begrijpen wat er gaande is, een echte diagnose is niet altijd nodig, goede uitleg over de aandoening was voldoende. Andén et al stelt:'' we moeten dus niet te veel focussen op patiënttevredenheid, maar ons veel meer richten op wat patiënten belangrijk vinden. Met deze patiëntgerichte zorg gaat de kwaliteit van zorg omhoog. Als de tevredenheid daarmee ook toeneemt, is dat mooi meegenomen'' (Andén et al., 2006, p.91).

In Nederland begint het zorgtraject in de meeste gevallen bij de huisarts, de eerstelijnszorg. Deze verwijst (indien nodig) door naar een volgende discipline, dit wordt echelonnering of trapsgewijze gezondheidszorg genoemd. Een patiënt met klachten komt bij de huisarts en wordt indien nodig doorgestuurd naar een eerstelijns specialist zoals de fysiotherapeut, of naar een tweedelijns specialist, bijvoorbeeld een orthopeed (Valentijn & Bruijnzeels, 2014). Valentijn en Bruijnzeels (2014) stelt dat de afstemming in het huidige Nederlandse zorgsysteem tussen de eerste- en tweedelijnszorg beter moet. Om dit te versterken zijn een aantal factoren nodig: meer samenwerking tussen verschillende disciplines, meer zorgcoördinatie en een populatiegerichte aanpak (Valentijn & Bruijnzeels, 2014).

Het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) registreerde in 2014 het aantal zorggebruikers bij de huisarts. Hieruit blijkt dat ruim 77% van de ingeschreven patiënten in 2014 contact heeft gehad met de huisartsenpraktijk. In 14% van de gevallen ging het om problemen gerelateerd aan het bewegingsapparaat. Het ging hierbij om 745 patiënten per 1000 ingeschreven patiënten (NIVEL, 2015c).
De incidentie van klachten aan voeten/tenen binnen de huisartsenpraktijk was in 2014, 31,5/1000 en een prevalentie van 30,3/1000 (NIVEL, 2014). Vanuit de huisartsenpraktijk vonden er 30,2/1000 verwijzingen plaats naar de orthopedie, de tweedelijnszorg (NIVEL, 2015b). Bij 5,9% van de doorverwijzingen waren voet/teenklachten de indicatie. (NIVEL, 2015a)

Mensen met voetproblemen, vallend onder klachten aan het bewegingsapparaat, komen dus regelmatig bij de huisarts. Uit onderzoek van het RIVM (Beltman, Vries, & Meulenbelt, 2000) blijkt dat het grootste deel van arbeidsongeschikten bestaat uit mensen met psychische problemen en klachten aan het

bewegingsapparaat. Naast arbeidsongeschiktheid vormen klachten aan het bewegingsapparaat ook een reden voor (langdurig) verzuim. In 2012 zorgde klachten aan het bewegingsapparaat voor 43,5% van het langdurig verzuim bij mannen (Beltman et al., 2000). In 2011 ontvingen in totaal 582.300 mensen een arbeidsongeschiktheidsuitkering in de vorm van WAO (wet arbeidsongeschiktheidsverzekering) en WIA (wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen). In 26% van de gevallen ging het om klachten aan het bewegingsapparaat, waardoor mensen arbeidsongeschikt raakten (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). In Nederland worden deze uitkeringen betaald vanuit de overheid. Geschat wordt dat dit de overheid in 2016 in totaal 12,1 miljard euro kost (Rijksoverheid, 2016).

Een veelvoorkomend voetprobleem is de platvoet, zo'n 20% van de volwassenen over de hele wereld, heeft een asymptomatische flexibele platvoet. (Haendlmayer & Harris, 2009). Een platvoet hoeft niet altijd klachten te veroorzaken, en bij kinderen is een platvoet zelfs fysiologisch. Vaak herstelt de voetboog zich in de kinderleeftijd, maar het kan ook zijn dat de platvoet blijft bestaan (Schreurs et al., 2007; Thomas Haendlmayer & John Harris, 2009). Bij platvoeten kan er onderscheid gemaakt worden tussen een congenitale (aangeboren) of verworven platvoet.

Een congenitale platvoet kan klinisch worden geconstateerd. Zichtbare afwijkingen in de stand bestaan uit een laag mediaal gewelf tijdens stand en voorvoet eversie. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen een flexibele en rigide platvoet. Wanneer er sprake is van symptomatische platvoet kan gekozen worden voor een behandeling. Deze kan variëren van conservatieve behandelingen, zoals steunzolen, tot operatieve ingrepen (Schreurs et al., 2007).

Een verworven platvoet kenmerkt zich door meerdere symptomen. De aandoening, waarbij op latere leeftijd een platvoet wordt ontwikkeld, wordt adult acquired flatfoot deformity (AAFD) genoemd. AAFD bestaat vaak uit meerdere standsafwijkingen in de voet, bestaande uit een plantaire verzakking van de mediale voetboog, een abductie in de voorvoet en valgusstand van de calcaneus. Vaak wordt deze aandoening veroorzaakt door een dysfunctie/insufficiëntie van de pees van de musculus tibialis posterior (PTTD). Vaak worden niet alle symptomen tijd herkend en gerelateerd met AAFD wat kan leiden tot een vertraagde diagnose (Lee et al., 2005; Thomas Haendlmayer & John Harris, 2009). Behandelingen kunnen, net als bij de congenitale platvoet, bestaan uit conservatieve en operatieve behandelingen (Schreurs et al., 2007). In de literatuur is geen eenduidigheid over wat de beste behandeling is en wanneer een operatieve ingreep nodig is. Haendlmayer & Harris (2009) stelt dat een conservatieve behandeling van drie tot zes maanden wordt geïndiceerd, voordat er wordt overgegaan tot een operatie. Een uitgebreidere beschrijving over beide aandoeningen is te vinden in bijlage I.

Zoals Lee et al. (2015) en Haendlmayer & Harris (2009) al stellen, worden symptomen bij AAFD vaak niet meteen gerelateerd met de aandoening, wat leidt tot een delay. Dokters of patiënt delay is een veelvoorkomend probleem binnen de gezondheidzorg. Bij vormen verschillende chronische aandoeningen (zoals vormen van kanker en reuma) is hier al veel onderzoek naar gedaan. In een rapport van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zijn factoren onderzocht die

kunnen bijdragen aan gezondheidswinst onderzocht. Hieruit kwam, naast het gebruik van patiëntervaringen, delay als belangrijk punt naar voren (Hoeymans & Harbers, 2013).

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen patiënt of dokters delay. Dokters delay wordt gedefinieerd als: ''de tijd tussen het eerste contact van de behandelaar met de patiënt en het tijdstip van het stellen van de diagnose''(Meer & Schouten, 2010, p.26). Wanneer er bij een ziekte of aandoening niet tijdig contact gezocht wordt met iemand uit de gezondheidszorg kan dit leiden tot gezondheidsverlies. De klachten ontstaan hierdoor langer dan nodig, dit wordt patiënt delay genoemd. De diagnostische fase (traject waarin de diagnose gesteld wordt) van een ziekte of aandoening wordt beïnvloedt door zowel doktersdelay als patiënt delay (Meer & Schouten, 2010).

Wanneer een patiënt sneller contact met een hulpverlener opneemt, worden onnodige behandelingen en onnodig lang rondlopen met klachten, voorkomen (Meer & Schouten, 2010). Bij voetaandoeningen is over dit probleem (delay) echter weinig te vinden. Echter is de aanname dat verschillende voetaandoeningen, waaronder *adult acquired flatfoot defomity* (AAFD) vaak laat gediagnosticeerd worden (Fontys Paramedische Hogeschool, 2015). In de literatuur is hier weinig over te vinden. Wel stelden Lee et al. (2015) en Haendlmayer & Harris (2009) dat symptomen vaak niet gerelateerd met AAFD wat tot een vertraagde diagnosestelling leidt.

Er zijn bij platvoeten veel behandelmogelijkheden, zoals eerder benoemd. Dit kan dus vaak resulteren in een behandeltraject, van minimaal drie tot zes maanden (Haendlmayer & Harris, 2009), voordat er wordt gekozen voor een operatieve ingreep. Eerder te lezen was dat patiëntervaringen belangrijke punten zijn die een rol spelen binnen de kwaliteit gezondheidszorg en kunnen leiden tot gezondheidswinst. Over ervaringen van patiënten met een platvoet (congenitaal of verworven) binnen het behandeltraject is weinig tot geen literatuur te vinden.

Daarom zal er in dit onderzoek onderzocht worden wat de ervaringen van patiënten zijn binnen het behandeltraject. Wellicht komt hieruit ook naar voren of er een delay is bij AAFD. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: ''Wat zijn de ervaringen van patiënten met verworven of aangeboren platvoeten binnen het behandeltraject?''

2.2 Hoofddoel

Dit onderzoek maakt deel uit van een groter project genaamd: ''Verbind, Verband, Verbonden''. Onder dit project vallen meerdere onderzoeken met ieder hetzelfde doel: ''Op welke wijze kunnen patiëntervaringen bij complexe zorgvragen en aandoeningen een inhoudelijke bijdrage leveren om de huidige zorg te evalueren?''. Om deze vraag te beantwoorden worden alle resultaten van dit onderzoek samengevoegd met de overige onderzoeken en gebruikt voor vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 3 – Methode

In dit hoofdstuk zal de exact uitgevoerde methode van dit onderzoek besproken worden. Allereerst zal de keuze voor kwalitatief onderzoek worden uitgelegd en beargumenteerd. Vervolgens wordt de werving van de deelnemers besproken. Hierna volgt de uitvoering van het onderzoek gevolgd door de data-analyse methode. Als laatst worden de ethische aspecten besproken waarmee rekening is gehouden tijdens dit onderzoek.

3.1 Onderzoeksdesign

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: ‘‘Wat zijn de ervaringen van patiënten met verworven of aangeboren platvoeten binnen het behandeltraject?’’

Om een antwoord op deze vraag te vinden werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. De keuze voor kwalitatief onderzoek werd gemaakt omdat er nog weinig (tot niets) bekend is over het patiëntervaringen binnen het behandeltraject bij platvoeten. Daarnaast zijn de patiëntervaringen binnen dit onderzoek het belangrijkste, deze konden middels kwalitatief onderzoek het best in kaart gebracht worden. Er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen bij de deelnemers, bij dit type interview is er voldoende ruimte om ervaringen beter uit te diepen.

3.2 Doelgroep en werving

De patiënten zijn na werving geselecteerd op onderstaande in- en exclusiecriteria.
Inclusiecriteria:

- De deelnemer is behandeld voor een aangeboren of verworven platvoet
- Deelnemer is de Nederlandse taal machtig en in staat zelfstandig adequaat te antwoorden
- Deelnemer is minimaal 18 jaar of ouder

Exclusiecriteria:
Er werden geen exclusiecriteria gehanteerd voor dit onderzoek.

Het doel van dit onderzoek was om te streven naar verzadiging. Nadat het punt van verzadiging bereikt werd, werden er nog twee interviews afgenomen ter controle. Indien verzadiging niet bereikt kon worden in verband met deadlines binnen het onderzoek, werd er gestreefd naar een minimaal aantal deelnemersaantal van acht en maximaal twaalf.

Er heeft op verschillende manieren werving plaatsgevonden. Zo werd er via Facebook een oproep gedaan op de pagina van de onderzoeker. Dit bericht is te vinden in bijlage II. In samenwerking met de Sint Maartenskliniek (SMK) zijn er 62 informatiebrieven verstuurd naar patiënten die in de afgelopen vijf jaar geopereerd zijn aan een platvoet. Doordat de patiënten geopereerd zijn aan een platvoet, stonden zij geregistreerd met de DBC-code voor een platvoet. Op deze manier zijn de patiënten binnen de SMK geselecteerd en was hierdoor geen apart bewijs nodig van de diagnose. De informatiebrief is te vinden

in bijlage III. Bijgaand met de informatiebrief is het informed consent gestuurd (bijlage IV). In de informatiebrief werd een korte uitleg gegeven over het doel van het onderzoek, de belasting en wat er na het onderzoek gebeurt. Indien de deelnemer interesse had om deel te nemen met het onderzoek werd gevraagd of hij/zij een email wilde sturen met zijn/haar contactgegevens. De onderzoeker nam vervolgens contact op met de deelnemer om een afspraak te plannen. Mede door de reistijd/afstand werd gekozen voor een telefonisch interview of interview op locatie.

3.3 Meetprotocol en meetinstrumenten

Voor de start van de uiteindelijke interviews hebben er een aantal proefinterviews plaatsgevonden. De onderzoeker heeft een drietal proef-interviews afgenomen. Deze proef-interviews zijn afgenomen bij familie en vrienden. Op deze manier heeft de onderzoeker kunnen oefenen met interviewvaardigheden, dit om de kwaliteit van het onderzoek te verhogen.

Het informed consent diende voorafgaand aan het interview getekend te worden door zowel deelnemer als onderzoeker. Daarom werd de deelnemer gevraagd het informed consent voor afname van het interview te ondertekenen en naar de onderzoeker te sturen. Dit kon via een scan of via de post.

De onderzoeker belde op het afgesproken tijdstip de deelnemer op. Het interview werd geleid door een vooraf opgesteld interviewschema (bijlage V). Om een goede sfeer te creëren zijn hierin ook punten opgenomen waarover gepraat kan worden, de zogenaamde ijsbrekers. De telefoon werd hierna op luidspreker gezet om het gesprek op te kunnen nemen met een geluidsrecorder. Dit werd gemeld aan de deelnemer en er werd gevraagd of hij/zij hiermee akkoord ging. Daarna werden nog een gevraagd of deelnemers nog vragen hadden over het onderzoek en eventueel een korte uitleg gegeven. Daarna werd nogmaals gevraagd of de deelnemer akkoord ging met opname van het interview.

Vervolgens werden algemene gegevens van de deelnemer gevraagd, waaronder werk, sport en sinds wanneer de deelnemers al klachten hadden. Daarna werd overgegaan met de specifiekere vragen met betrekking tot het behandeltraject. Aan het einde van het interview werd altijd gevraagd of de deelnemer nog toevoegingen aan het interview had.
Tijdens afname van het interview is er rekening gehouden met een aantal ethische aspecten, om onder andere de privacy te waarborgen. Deze aspecten zijn opgenomen in paragraaf 3.5.

Na afname werd het interview teruggeluisterd en verbatim uitgewerkt. Er werd hiervan een korte samenvatting gemaakt en naar de geïnterviewde gestuurd middels een email. Deze samenvatting bestond uit de belangrijkste vragen uit het interviewschema en hierbij de antwoorden gegeven door de deelnemer. De deelnemer kon hier vervolgens op- of aanmerkingen op aanbrengen, deze werden door de onderzoeker verwerkt. Er werd hierbij gevraagd of de deelnemer hierop binnen drie werkdagen reactie wilde geven per mail.

3.4 Data-analyse

Nadat een interview getranscribeerd was werd er overgegaan tot de analyse. Er werd gestart met open coderen. Hierbij werden fragmenten geselecteerd die van belang waren om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Deze fragmenten werden vervolgens voorzien van een code, die in een of enkele woorden de context van het fragment weergaf. De eerste twee interviews zijn samen met een mede onderzoeker open gecodeerd. Op deze manier werd de kwaliteit zo hoog mogelijk gehouden.

Nadat alle interviews open gecodeerd waren, werd er axiaal gecodeerd om het aantal codes te reduceren. Open codes die synoniemen van elkaar waren of enigszins dezelfde context weergaven, werden samengevoegd onder een nieuwe code. Deze nieuwe codes werden vervolgens op volgorde van belangrijkheid geselecteerd. Hiermee werd bedoeld dat codes waaraan deelnemers veel tijd hebben besteed/veel over hebben verteld, de spontaniteit waarmee een antwoord van een deelnemer kwam en de relevantie van de code met betrekking tot de onderzoeksvraag, bovenaan kwamen.

Uiteindelijk zijn aan de hand van deze codes de thema's bepaald. Met deze thema's werd een codeboom gevormd. De codeboom wordt besproken in het hoofdstuk resultaatbeschrijving.

3.5 Ethische aspecten

Tijdens dit onderzoek werd er rekening gehouden met een aantal ethische aspecten. Ten eerste heeft de onderzoeker vooraf een geheimhoudingsverklaring getekend (bijlage VI).

Voorafgaand aan het onderzoek zijn alle mogelijke deelnemers voorzien van een informatiebrief en informed consent. In deze informatiebrief is duidelijk beschreven wat er met de gegevens van de deelnemer gebeurt, en alle gegevens anoniem en vertrouwelijk verwerkt worden. In het informed consent is nadrukkelijk opgenomen dat deelname geheel vrijwillig is en ten alle tijden mag worden afgezien van het onderzoek, zonder opgaaf van reden.

Het interview wat op locatie werd afgenomen, werd in een afgesloten ruimte gehouden waar geen andere personen bij aanwezig waren. Dit om de privacy van de deelnemer te waarborgen. Bij de telefonisch afgenomen interviews bevond de onderzoeker zich ook in een afgesloten ruimte en had de telefoon geen verbinding met het internet.

Anonimiteit werd gewaarborgd door een sleutelbestand te gebruiken, waarin het deelnemersnummer gekoppeld werd aan de naam, geboortedatum, telefoonnummer en email adres van de deelnemer. Het deelnemersnummer werd willekeurig gekoppeld aan de deelnemer. Zo kreeg de eerste deelnemer niet automatisch deelnemersnummer één. De volledige naam werd nooit op hetzelfde formulier genoteerd als waarop de personalia genoteerd stonden. Op dit formulier stond enkel het deelnemersnummer. Het sleutelbestand was enkel toegankelijk voor de onderzoeker.

Na afloop van het onderzoek werden alle op naam herleidbare gegevens door de onderzoeker vernietigd. De niet op naam herleidbare gegevens werden overgedragen aan Fontys Hogescholen. Fontys slaat deze data vervolgens voor maximaal 15 jaar op, voor mogelijk nadere analyse. Dit was duidelijk beschreven in de informatiebrief en het informed consent zodat de deelnemers hiervan op de hoogte waren.

Hoofdstuk 4 – Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten besproken. De thema's die ontstaan zijn na de analyse worden onderbouwd met citaten van de deelnemers. Allereerst zal er een beschrijving worden gegeven van de uiteindelijke deelnemers.

4.1 Beschrijving onderzoekspopulatie

Van de 62 verstuurde brieven vanuit de Sint Maartenskliniek zijn negen responses gekomen. Eén deelnemer is geworven via een reactie op het Facebookbericht. In totaal werden er van de tien responses, acht interviews gepland. Een aantal (twee) van de aanmeldingen kwam pas na de deadline, hierdoor was het in verband met de tijdsplanning niet mogelijk om een interview te plannen. Eén deelnemer waarmee het interview al gepland stond, was later niet meer bereikbaar waardoor het interview niet heeft kunnen plaatsvinden. Uiteindelijk hebben er zeven interviews plaatsgevonden, waarbij verzadiging is opgetreden. De interviews zijn, op één na, telefonisch afgenomen. Eén interview is afgenomen op een afgesproken locatie. In tabel 1 zijn een aantal gegevens van de (geïnterviewde) deelnemers beschreven.

Tabel 1

Onderzoekspopulatie

Deelnemer	Geslacht	Leeftijd	Beroep	Sport	Woonplaats**	Klachten sinds	Geraadpleegde disciplines	Geopereerd Indien ja, datum	Aangeboren of verworven platvoet
01	Man	70	Gepensioneerd	Nee	Son (NB)	Kindertijd	Huisarts, podotherapeut/podoloog*, fysiotherapeut en orthopeed	30 oktober 2015	Aangeboren
02	Vrouw	53	Pedagogisch medewerker	Hardlopen	Tilburg (NB)	2005	Huisarts, podotherapeut, fysiotherapeut en orthopeed	Nee	Verworven
03	Vrouw	67	Gepensioneerd (verpleegkundige)	Fitnessgroep, nordic walking	Gemert (NB)	Ongeveer 30 jaar geleden	Huisarts, revalidatiearts, orthopedisch schoenmaker, fysiotherapeut en orthopeed	Oktober 2014 (links) en oktober 2015 (rechts)	Aangeboren
04	Vrouw	68	Gepensioneerd (boerin)	Zwemmen	Almelo (OV)	Kindertijd	Huisarts, podotherapeut, revalidatiearts, orthopedisch schoenmaker, orthopeed	2015	Aangeboren
05	Vrouw	28	Werkzoekend (vanwege klachten)	Zwemmen	Heino (OV)	2011	Sportarts, fysiotherapeut, podotherapeut/podoloog*, huisarts en orthopeed	29 november 2015	Verworven
06	Vrouw	65	Gepensioneerd (wijkverpleegkundige)	Wandelen	Venray (LB)	Kindertijd	Huisarts, podotherapeut en orthopedisch schoenmaker, orthopeed	2014	Aangeboren
07	Vrouw	66	Gepensioneerd (verpleegkundige)	Nee	Waalwijk (NB)	Kindertijd	Huisarts, podoloog/podotherapeut*, orthopeed, orthopedisch schoenmaker	12 augustus 2014 en 10 december 2015	Aangeboren

*= deelnemer gebruikt podotherapeut en podoloog door elkaar.

**= NB= Noord-Brabant, OV= Overijssel, LB= Limburg

4.2 Themabeschrijving

Er zijn vier thema's ontstaan na de data-analyse. De thema's zijn: beperkingen door klachten, beweegredenen, beleving en verloop behandeltraject. De hieruit volgende codeboom is te vinden in bijlage VII.

De volgorde van de thema's werd bepaald door het selecteren op volgorde van belangrijkheid. Hiermee wordt bedoeld hoeveel tijd de deelnemers aan dit onderwerp besteden en de spontaniteit waarmee deelnemers hierover spraken.

4.2.1 Beperkingen door klachten

Een veelbesproken punt wat besproken werd als er naar het behandeltraject gevraagd werd, waren de klachten die de deelnemers ervoeren. Dit werd vaak en spontaan benoemd. Er werd onderscheid gemaakt door te vragen naar beperkingen in het algemeen dagelijks leven (ADL), werk en sport.

Meerdere deelnemers gaven aan in de periode van klachten beperkt te worden in hun werk, deelnemer 05 zit op dit moment zelfs zonder werk vanwege de klachten.

Ook een andere deelnemer werd belemmerd tijdens haar werk, en zei hierover het volgende:

> *''Ja ja ik kon niet werken, heb echt een paar weken thuis gezeten, zo'n 4-5 weken (…) ja want ik moest er mee rusten zeiden ze''* (02)

Een andere deelnemer, met aangeboren platvoeten, vertelde ondanks de klachten altijd door te hebben gewerkt:

> *'' (…) dus ik heb daar m'n leven lang heel hard mee gewerkt, kijk maar verpleegkundige, veel gesjouwd ga zo maar door''* (06)

Deelnemers benoemden ook dat ze beperkt werden in het sporten. De meeste deelnemers doen nog wel aan sport, maar het gaat allemaal wel wat moeilijker. Een deelnemer kon zelfs niet meer sporten door de klachten. Dit kwam ook al vrij snel in het interview ter sprake:

> ''*Nou uh ja ik heb als hobby golf, maar sinds mijn voeten, en daar belt u voor, kan ik dat niet meer doen.''* (01)

Een andere deelnemer bekeek het positief, en wilde het sporten (wandelen) weer op te pakken na de behandelingen:

> *'' (…) ik probeer het wel maar uhm ik probeer ook wel weer te wandelen en ik probeer alles weer een beetje op te pakken.''* (05)

Beperkingen in het ADL werden ook veelvuldig benoemd. Een aantal gaven aan altijd wel pijn te hebben in de voeten. Een deelnemer antwoordde op de vraag of de voetklachten een groot deel van het leven beïnvloedde het volgende:

> *'' Ja eigenlijk wel, en nog steeds hoor… wordt eigenlijk alles bepaald door die platvoet''* (05)

Een andere deelnemer gaf ook aan dat het hele huishouden bemoeilijkt werd:

> *''(…) je kon gewoon uh ja mijn huishouden niet meer doen zal ik maar zeggen.''* (03)

4.2.2 Beweegredenen

Onder het thema beweegredenen werd verstaan waarom deelnemers kozen voor een bepaalde behandeling en wat de ervaringen hierbij bepaalde. Dit was afhankelijk van verschillende factoren, namelijk: verwachtingen (per behandelaar en behandeling), de uitleg die verkregen werd over de behandeling en in het geval van een operatie, was er eigenlijk geen andere keuze meer voor de deelnemers.

In de meeste gevallen was de huisarts de eerst geraadpleegde discipline bij klachten. Er werd gevraagd wat de deelnemers hiervan verwachtten op dat moment. Deelnemer 01 liep al erg lang met klachten en gaf eigenlijk aan niks meer te verwachten van de huisarts:

> ''Ne*e kijk als je daar je hele leven mee leeft, dan verwacht je van je huisarts niks meer. Althans op dat gebied.''* (01)

Na een aantal behandelmogelijkheden geprobeerd te hebben, gingen een aantal deelnemers uiteindelijk puur voor een verwijzing naar een orthopeed langs de huisarts:

> *''Ja ja een gerichte vraag van ik heb die en die gesproken en ik wil daar heen, en de huisarts deed er geen seconde moeilijk over die heeft naar mijn voet gekeken en zei ja daar heb je recht op.''* (06)

> *''Of ja ik begrijp jouw vraag dus heeft me meteen doorverwezen''* (06)

Bij de meeste deelnemers startte het behandeltraject met steunzolen. Hierover werd ook gevraagd wat hiermee gehoopt werd te bereiken.

De volgende deelnemer hoopte dat de steunzolen zouden helpen bij pijnvermindering en verbetering in het lopen:

> *''(…) uhm dat alles een beetje uhm makkelijker werd, ook qua pijn en gewoon qua lopen en dat soort dingen''*(05)

Echter waren steunzolen vaak slechts een tijdelijke oplossing en hielpen niet meer voldoende. Een deelnemer zei hierover:

> *''Ja daar heb je wel verwachtingen van, maar op een gegeven moment hield dat ook op. (…) Dan ging ik weer terug en dan uhm je gaat op een gegeven moment steeds vaker terug omdat het gewoon niet lekker zit bij die voet''* (07)

Wanneer steunzolen niet meer voldoende uitkomst boden, werd er vaak over gegaan op orthopedische schoenen. Een aantal gaven aan dit een flinke stap te vinden:

''Want het gaat gewoon zo niet, en die man heeft al jaren tegen me gezegd je moet orthopedische schoenen he, want dan kan ik veel meer voor jou betekenen. En ja god ik was een jonge vrouw en ik wilde uiteraard geen orthopedische schoenen'' (03)

Bijna alle deelnemers zijn geopereerd aan de voeten, omdat de andere therapieën geen uitkomst meer boden. De operatie was voor velen dus echt de laatste behandeloptie. Wel waren de deelnemers zich er van bewust dat het een zware weg zou worden, maar besloten het toch te laten doen. Een deelnemer antwoordde nadat de orthopeed vertelde dat het een zware weg zou worden het volgende:

''Dus uhmm hij zegt ik zou het niet aandurven zo. Ik zei van ja ik durf het wel aan want ik heb niet veel te verliezen en uhm'' (07)

Ook overtuiging van de orthopeed speelde een rol bij een deelnemer om de keuze te maken voor een operatie:

''Ja precies en uhm hij had beloofd ja uhm wat is nou beloofd, hij was er stellig van overtuigd dat het er beter van zou worden'' (04)

Deelnemer 02 vond het toch een te zwaar traject om in te stappen en koos om het niet te laten doen, ondanks dat de orthopeed het graag wilde:

''Nee nee, dat heb ik niet laten doen. Vond dat nogal ingrijpend. De orthopeed wilde dat wel heel graag.'' (02)

Een andere deelnemer was na de operatie aan de ene voet wat huiverig om het nogmaals te laten doen, aan de andere voet:

'' (…) mijn andere voet die is namelijk ook een hele erge platvoet haha maar die was veel minder erg en in het begin zei ik steeds van nou misschien laat ik die ook wel doen maar daar heb ik me van teruggetrokken, want vond het toch een hele weg om te gaan'' (06)

Dat de manier van uitleg door de orthopeed een rol speelde bij het maken van de keuze, blijkt onder andere uit citaten van deelnemer 03. Deze deelnemer had een mindere ervaring met de eerste orthopeed die benaderd werd:

''En die orthopeed zei van ja dat moet geopereerd worden, was nogal bot. En ja dan moet je gewoon twee keer een jaar in bed liggen'' (03)

''Ik wilde uhm ik wist niet hoe vlug ik bij de deur moest komen want dit wil ik niet horen. Ik zei ik kom wel terug wanneer ik niet meer uit een rolstoel kan'' (03)

Vervolgens kwam deze deelnemer bij een andere orthopeed terecht die een betere uitleg gaf. Dit was ook voor meerdere deelnemers belangrijk:

''Dus ja dat heb ik toen gedaan en toen kwam ik een hele aardige dokter toch tegen en die legde dat dus wat beter uit wat een operatie inhield'' (03)''

''Ja ja dat hebben ze goed uitgelegd, en we gaan drie gewrichten vastzetten nu'' (04)

Deelnemer 03 was na lang twijfelen, uiteindelijk blij het (operatie)traject ingestapt te zijn:

> *''En ja toen ben ik toch maar in dat traject gestapt en ben blij dat ik het gedaan heb''* (03)

4.2.3 Beleving

Deelnemers werd ook gevraagd naar beleving van het behandeltraject. Hieruit kwamen verschillende aspecten naar voren: het gevoel bij behandelaars en behandelingen, dit was mede afhankelijk door de bekwaamheid en kennis van behandelaars. Ook werd besproken of de deelnemers zich serieus genomen of begrepen voelden, het uiteindelijke resultaat en als laatste de beleving van het gehele behandeltraject.

Eerst werd het gevoel bij bepaalde behandelvormen besproken. Een deelnemer gaf aan zich nooit prettig te hebben gevoeld met orthopedische schoenen. Op de vraag hoe dit kwam werd geantwoord:

> *''Ook het aanzien ervan denk ik haha en uhm dus toch een beetje de ijdelheid.''* (06)

Om over te stappen op orthopedisch schoeisel was voor deelnemer 03 een hele stap. Echter na de stap gemaakt te hebben, was het een hele opluchting. Er werd zelfs gesproken over een wonder:

> *''(…) en uhm toen kreeg ik dus uhm orthopedische schoenen, lage en ja uhm toen gebeurde er een wonder he. Want met die eerste orthopedische schoenen was ik zo gelukkig ik kon zoveel beter uit de voeten. Ik had het gewoon veel eerder moeten doen.''* (03)

Wel waren er meerdere deelnemers waarbij orthopedische schoenen, net als steunzolen, slechts een tijdelijke verlichting gaven. In het begin voelde de volgende deelnemer zich hier prettig bij omdat het pijnvermindering gaf:

> *''Ja in het begin helpt het want dan wordt de pijn op een gegeven moment minder en dan ben je al blij dat je geen pijn meer hebt.''* (07)

Een aantal deelnemers waren met hun klacht ook bij de fysiotherapeut geweest. De behandeling hier bestond vooral uit oefeningen, hier kwamen opvallende reacties over naar voren. Voor een voelde het een beetje als experimenteren en de ander kreeg te horen dat het misschien niet eens de juiste oefeningen waren:

> *''Ja eerst fysio maar dat hielp eigenlijk niet, was meer een beetje experimenteren.''* (02)

> *'' (...) daar moest ik bepaalde oefeningen van doen, waarvan ik achteraf weer van een andere fysio had gehoord die zei van; ja ik weet niet echt of dat nou de juiste oefeningen waren.''* (05)

Het ervaren gevoel bij de behandelaars op zich werd ook besproken. Er werd gevraagd of de deelnemers zich begrepen voelden door de behandelaar. Hieronder werd ook verstaan of ze zich serieus genomen voelden.

Meerdere deelnemers voelde zich bijna allemaal overal serieus genomen en gehoord. Zo ook deelnemer 05:

''Uuhhm nou op zich weetje iedereen was altijd heel uhm behulpzaam zo voelde ik dat wel. Iedereen wilde wel echt helpen en iets doen dus op zich voelde ik me wel begrepen en ze proberen er ook dingen aan te doen.'' (05)

Meestal kwamen deelnemers met hun klachten als eerste bij de huisarts. Hier voelden deelnemers zich allemaal serieus genomen en gehoord.
Een deelnemer had verschillende huisartsen bezocht, maar kreeg vaak het antwoord dat door hen niks mee gedaan kon worden. Wel voelde de deelnemer zich gehoord:

''Huisarts die ik toen had, ben wel een aantal keer verhuisd dus heb wel veel verschillende gehad. Die hebben het wel allemaal aangehoord, maar ja meneer wij kunnen er niks mee.'' (01)

Ook deelnemer 02 gaf aan zich serieus genomen te voelen door de huisarts, zo blijkt onder andere uit volgend citaat:

''En de huisarts nam het wel heel serieus want ik ben op een gegeven moment teruggegaan van ja het gaat gewoon echt niet, het helpt gewoon niet.'' (02)

Een deelnemer gaf aan zich begrepen te voelen door de opmerking die de orthopedisch schoenmaker maakte:

''Nou ja ik denk ook ze zagen mijn voet en dan denk ik dat ze dachten, heb het ook letterlijk gevraagd van; nou daar moeten we iets fatsoenlijks van maken dat die vrouw geholpen werd haha.'' (06)

Een andere deelnemer antwoordde wat vergelijkbaars op de vraag waaraan gemerkt werd of de orthopedisch schoenmaker de klacht serieus nam:

''Nou dat ze eigenlijk allemaal stuk voor stuk schrokken van de voet.'' (07)

Bij de podotherapeut voelde de meeste deelnemers zich wel serieus genomen. Bij deelnemer 04 was dit mede doordat de podotherapeut zijn collega er nog bij haalde om mee te kijken:

''Ja echt wel ja in [plaatsnaam] wel en die heeft zijn collega er nog bijgehaald van wat moet ik er nog mee?'' (04)

Een aantal deelnemers werden ook doorverwezen naar de fysiotherapeut. Hierover waren de ervaringen verschillend.
Deelnemer 02 gaf aan zich niet serieus genomen gevoeld te worden door de fysiotherapeut, maar kon hierover niet een duidelijk punt benoemen:

''Ja en wel wat masseren en uhh uhh en ja wel wat maar nee ik had niet het gevoel van die neemt het serieus ofzo ja ik weet niet. Meer gewoon het gevoel dan dat ik echt iets kan noemen.'' (02)

Uiteindelijk kwamen deelnemers bij de orthopeed terecht en kozen in de meeste gevallen voor een operatie. Deelnemers voelde zich allemaal serieus genomen bij de orthopeed. Zo ook deelnemer 02 die zich begrepen voelde doordat de orthopeed al opmerkte dat ze wel eens veel last van de voet zou kunnen hebben:

> *''Nou de orthopeed maakte ook meteen foto's en zo eigenlijk voordat je al naar binnen gaat en die zag meteen van alles, en die zei dat ik ook wel veel last van die voet zou kunnen hebben.''* (02)

Een ander aspect wat meespeelde in de beleving van een behandelaar was de bekwaamheid van de behandelaar, althans hoe deze ervaren werd. Een deelnemer had verschillende podotherapeuten bezocht en was hierover niet zo te spreken. Hij stelde zelfs dat ze over onvoldoende deskundigheid beschikten:

> *''Nou er is geen podoloog die zegt daar kan ik niks aan doen he haha en uhm en A de rekening ligt er al op het moment dat ze iets voor je gaan doen, en B ze willen niet toegeven dat ze de deskundigheid niet helemaal hebben dus zeggen meneer; nou ik denk dat ik u toch een heel eind op weg kan helpen hoor en dat doen ze dan doormiddel van allemaal verschillende zooltjes, ze hebben allemaal verschillende ideeën erover.''* (01)

Deelnemer 02 was bij de fysiotherapeut behandeld voor de klachten. Ze voelde zich niet zo serieus genomen bij de fysiotherapeut, en besloot hier zelf niet meer terug te gaan. Er werd verteld dat het gevoel niet goed was bij de fysiotherapeut en de verkregen behandeling. Dit gevoel werd mede bepaald doordat de fysiotherapeut niet goed kon uit leggen wat er aan de hand was:

> *''Nee nee, ik vond dat de fysiotherapie wist eigenlijk ook niet zo goed wat het was.''* (02)

Het resultaat van de behandeling speelde uiteraard ook een rol in de beleving. Een deelnemer heeft beide voeten laten opereren, alleen het resultaat was minder zoals verwacht:

> *''Ja die ene voet heb ik mezelf toch een beetje wijsgemaakt dat ik toch wel 70-80% de oplossing heb gevonden en uhm dat is ook de reden geweest dat ik dacht ik laat de andere voet ook doen uhm maar uhm ja de andere voet is dus zegmaar helemaal mislukt en de linker die is dus niet gelukt. Dat is misschien nog wat anders dan mislukt maar die is niet gelukt.''* (01)

Als laatste werden de deelnemers gevraagd hoe de beleving van het gehele behandeltraject geweest is. Bijna alle deelnemers gaven aan het lange behandeltraject als vervelend ervaren te hebben. Zo ook de volgende deelnemer die een kort antwoord had:

> *''uhhm ja k*t haha, weet niet of je dat mag opschrijven.''* (05)

Aan een andere deelnemer werd ook gevraagd hoe de beleving van het gehele behandeltraject was, hierop werd geantwoord:

> *''Niet leuk, want het was iedere keer een stap terug.''* (07)

Voor een andere deelnemer voelde het, ondanks dat het er niet beter van werd, toch juist als een stap verder:

> *''Ja hoe voelt dat, iedere keer een stap verder. Maar het werd er gewoon niet beter op he, ja.''* (03)

4.2.4 Verloop behandeltraject

Binnen dit thema werd gesproken over de doorverwijzingen die gegeven werden, een second opinion en of er wel of niet sprake was van een delay. Als laatste werden de deelnemers gevraagd wat ze zouden aanraden aan mensen met soortgelijke klachten, hieruit kwamen aanbevelingen naar voren.

Deelnemer 05 ging er ondanks vele doorverwijzingen wel altijd positief in en hoopte dat er iets aan de klachten gedaan kon worden:

> *''Nou uhm ik heb misschien wel eens een paar dagen minder pijn gehad, maar voor de rest uhm voor de rest niet zeg maar. Ik had gewoon altijd de hoop dat ze iets voor me konden doen dus ik ging er wel altijd positief in.''*(05)

De meeste deelnemers waren tevreden over wanneer en wanneer ze werden doorverwezen. Zoals eerder benoemd voelde het op dat moment dat elke behandelaar op dat moment naar beste willen en kunnen handelde. Een deelnemer had misschien wel een eerdere doorverwijzing gewild:

> *''Ik denk dat een huisarts je misschien niet zo snel doorstuurt ja dat ze daar een beetje voorzichtig mee zijn.''* (02)

En vulde aan:

> *''Ja ja podotherapeut wel hoor, dat was meteen. Ja maar de naar de orthopeed duurde wel langer ja uhm uiteindelijk nog wel snel gedaan. Maar ik denk dat het fijn is dat je ja uhm maar ik snap het ook wel, want misschien willen ze wel dat het gewoon van zichzelf overgaat zeg maar. Dat zou wel fijn zijn als dat wat sneller had gekund, dan was ik er misschien ook sneller vanaf geweest.''* (02)

Een punt wat hier mee samenhangt is delay. In het geval hierboven spreekt de deelnemer over dokters delay. Er werd gevraagd of er mogelijk eerder doorverwezen had kunnen worden. Een aantal deelnemers gaven eigenlijk aan dat er sprake was van patiënt delay:

> *''Ja maar dat ligt ook aan mezelf, als ik niet naar de dokter ga met iets dan kunnen ze me ook niet eerder doorsturen.''* (06)

Zo werd er ook gevraagd hoe lang er de deelnemer al rondliep met klachten, voordat er contact werd gezocht met een hulpverlener:

> *''Ik denk wel echt al jaren.''* (03)

Enkele deelnemers hebben zelf om een second opinion gevraagd, met de hoop behandelaars elders wel konden helpen:

> *''Nou ja naar [plaatsnaam] ben ik geweest voor een second opinion en daar dacht ik van ja die orthopeden kunnen me wel helpen.''* (04)

Een andere deelnemer vroeg ook een second opinion, want was het op deze manier beu.

> *''Toen zei ik van ik zou best een second opinion willen want ik uhm ja ik ben het gewoon hartstikke beu zo.'' (*07)

Ook werd gevraagd of de deelnemers iets anders had willen zien binnen het traject, of dat er alles ging zoals verwacht. Hierop werd geantwoord:

> *''Ja ja zo zou ik het bedacht hebben, want ik wist ook niet dat hier iets aan te doen was eigenlijk.''* (06)

Als laatste vraag werd gevraagd wat deelnemers iemand zouden aanraden met dezelfde klachten. Een aantal raadde combinaties van verschillende behandelaars aan, zoals ook de volgende deelnemer:

> *''Podo hebben die zooltjes echt goed geholpen dus had ik daar maar eerder heen gegaan. En die injectie uh van de uhh orthopeed dus het is gewoon een beetje een combinatie en toen was ik eigenlijk wel uh ja ik heb een jaar die zooltjes echt ingehad.''* (02)

Deelnemers die geopereerd waren aan hun voeten gaven eerder al aan de operatie een enorme weg te vinden. Daarom werd in de meeste gevallen eerst een andere behandeling geadviseerd:

> *''Ik wil niet zeggen dat podotherapeuten op de een of andere manier niet een oplossing voor kunnen vinden. Ik ben er ook van overtuigd dat er mensen zijn die met soortgelijke klachten met een steunzooltje een hoop geholpen zouden zijn. Alleen het is bij mij niet gelukt.''* (01)

> *''Ja uhm en probeer toch goede zooltjes ofzo te vinden als dat kan.''* (05)

Hoofdstuk 5 – Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk zullen de onderzoeksresultaten worden geïnterpreteerd en worden vergeleken met de literatuur. Ook worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek besproken. Vervolgens zal de onderzoeksvraag beantwoordt worden. In de laatste paragraaf zullen aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven worden en relevanties met betrekking tot de podotherapeutische praktijk besproken worden.

5.1 Discussie

Het streven van dit onderzoek was om tot verzadiging te komen en daarna nog twee interviews af te nemen ter controle. Na zeven interviews is er wel verzadiging opgetreden, maar vanwege de deadlines binnen dit onderzoek was het niet mogelijk om hierna twee controle interviews af te nemen.

De uiteindelijke onderzoekspopulatie bestond uit één mannelijke en zes vrouwelijke deelnemers. Een optimale onderzoekspopulatie zou hebben bestaan uit een gelijke verhouding mannen en vrouwen. Om alleen deelnemers met AAFD te interviewen, had er op basis van de literatuur gezocht moeten worden bij vrouwen tussen de 45 en 60 jaar (Haendlmayer & Harris, 2009). Andere verschillen binnen de onderzoekspopulatie zijn de verschillen in leeftijd. De oudste deelnemer was 70, de jongste 26. Dit kan misschien tot andere ervaringen binnen het behandeltraject hebben gezorgd. Ook de verhouding van verworven versus aangeboren platvoeten was ‘’scheef’’, twee verworven platvoeten ten opzichte van 5 aangeboren. Of de deelnemers daadwerkelijk een aangeboren platvoet hebben was niet te controleren, maar dit werd aan de deelnemers gevraagd en vervolgens aangenomen dat dit zo was. Wellicht maakten bovenstaande punten de onderzoeksresultaten minder betrouwbaar.

Beperkingen in het ADL, werk en sport werden door iedere deelnemer genoemd. Veel deelnemers konden niet of minder frequent dan gewenst sporten door hun aandoening, en ook tijdens werk ondervonden zij hinder of konden zelfs een tijd niet werken. Deelnemers ervoeren deze beperkingen als vervelend. Dit is in overeenstemming met de literatuur waarin benoemd wordt dat platvoeten, naast het veroorzaken van pijnklachten, tot functionele beperkingen kunnen leiden (Lee et al., 2005; Vulcano, Deland, & Ellis, 2013).

Vanuit de literatuur worden veel verschillende behandelingen benoemd bij platvoeten. Bijna alle deelnemers hebben veel van de mogelijke conservatieve behandelingen gehad, van steunzolen tot orthopedische schoenen. Wat opvallend was aan de resultaten was dat veel therapieën door de deelnemers slechts als tijdelijke verlichting werden ervaren. Bij een deelnemer was dit niet het geval, hier zorgden de zolen (in combinatie met de orthopeed die een injectie gaf tegen de pijn) voor een gehele afname van de klachten. Thomas Haendlmayer & John Harris (2009) beschreven dat er (bij ernstigere deformiteit) vaak drie tot zes maanden conservatief behandeld wordt, wanneer dit niet voldoende afname in klachten gaf, werd een operatie geïndiceerd. Veel deelnemers in dit onderzoek hadden een langer behandeltraject achter de rug, vaak al jaren. Een deelnemer sprak zelfs over minimaal 30 jaar. Een operatie werd vaak als zo’n grote stap ervaren, door het lange revalidatietraject wat erbij kwam, dat hiervoor pas laat werd gekozen. Ook waren de resultaten van de operatie niet in alle gevallen zoals gehoopt, een deelnemer sprak zelfs over een mislukte operatie. Bij een paar deelnemers waarbij de operatie niet gegaan was als gehoopt, zouden de operatie echter wel aanbevelen. Ze waren er van overtuigd dat wanneer de operatie zou slagen, mensen er veel baat bij zouden kunnen hebben.

Een opvallend resultaat is de ervaring bij de fysiotherapeut. Deze ervaringen kwamen van twee deelnemers met een verworven platvoet. Voor een deelnemer voelde het namelijk of de fysiotherapeut maar wat experimenteerde de andere kreeg te horen van een andere fysiotherapeut dat het misschien niet de juiste oefeningen deed. Bek et al. (2012) beschrijft dat erbij AAFD, veroorzaakt door PTTD, eigenlijk geen eenduidig protocol bestaat over de behandeling hiervan. Misschien verklaart dit deels de ervaringen. Uit de studie van Bek et al. (2012) blijkt wel dat fysiotherapie kan zorgen voor klachtvermindering bij PTTD (Bek, Şimşek, Erel, Yakut, & Uygur, 2012). Een deelnemer sprak over een soortgelijke ervaring bij podotherapeut, deze deelnemer had verschillende (tientallen) zolen geprobeerd, maar boden geen (of niet voldoende) uitkomst. De deelnemer gaf aan dat alle podotherapeuten er verschillende ideeën over hadden. Uit de eigen ervaring van de onderzoeker blijkt dat hierover ook geen eenduidig protocol beschikbaar is. Er is bijvoorbeeld geen standaard voor welk element en bijbehorende hoogte in een zooltherapie toegepast moet worden.

Valentijn en Bruijnzeels (2014) stelden een betere afstemming tussen de eerste- en tweedelijnszorg. In dit geval geldt dat zelfs misschien voor de zorg binnen de eerste lijn (fysiotherapie). Beide deelnemers werden verwezen door de huisarts, maar de fysiotherapeut wist vervolgens eigenlijk niet goed wat er mee gedaan moest worden. Volgens de *World Health Organisation* (WHO) is er, na bijna een halve eeuw onderzoek, voldoende bewijs in handen is om te streven naar interprofessionele samenwerking. Dit zal volgens hen leiden tot betere resultaten en de gezondheidszorg versterken (de Graaf et al., 2015). Het verschil tussen multidisciplinair en interprofessioneel samenwerken is dat er bij interprofessioneel samenwerken, meer overlegmomenten plaatsvinden en er sprake moet zijn van een gemeenschappelijke visie (Tsaktzidis & van Royen, 2012).

Wat een aantal keer benoemd werd, was de combinatie van meerdere disciplines die voor klachtvermindering zorgden. Zo werden de orthopedische schoenen vaak voorgeschreven door de orthopeed, en werden deze in een revalidatiecentrum gemaakt door een combinatie van een orthopedisch schoenmaker en revalidatiearts. De meeste deelnemers waren ook (tijdelijk) tevreden over de orthopedische schoenen, totdat de klachten te hevig werden en de schoenen ook geen uitkomst meer boden. Sommige deelnemers moesten toen bijna wekelijks aanpassingen laten doen. Voor een deelnemer, die niet voor een operatie had gekozen, was bijna helemaal van de klachten af door een combinatie van de orthopeed en podotherapeut. De podotherapeut adviseerde terug naar de huisarts te gaan en naar een orthopeed te gaan en de orthopeed beoordeelde de zolen. Dit laat een voorbeeld van interprofessioneel samenwerken zien, waarbij er gelijkwaardigheid van rollen is, gewerkt wordt met een gemeenschappelijke visie en waarbij verschillende disciplines kennis hebben van elkaars professie (Tsaktzidis & van Royen, 2012).

Delay, voornamelijk patiënt delay is een aantal keer benoemd. Deelnemers liepen vaak al een lange periode (jaren) rond met klachten, voordat contact werd gezocht met een hulpverlener. Een deelnemer zag dit zelf ook in en benoemde dat ze niks anders had kunnen verwachten van de huisarts, omdat ze zelf niet eerder met klachten was gekomen. Dokters delay is slechts door een deelnemer genoemd,

deze had gedacht eerder van de klachten af te zijn geweest, wanneer de verwijzing vanuit de huisarts naar de orthopeed sneller geweest was. Maar gaf ook aan het wel te begrijpen dat huisartsen voorzichtig moeten zijn met verwijzingen richting het ziekenhuis.
De benaming AAFD was bij de deelnemers niet bekend, het is hierdoor moeilijk te beoordelen of er sprake was van delay in het diagnostisch traject. Binnen het behandeltraject was er voornamelijk sprake van patiënt delay. Anden et al. (2015) benoemde dat patiënten een diagnose ook niet zo belangrijk vinden, als er maar goede uitleg wordt gegeven over de aandoening.

5.2 Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Dit onderzoek kende ook een aantal sterke en zwakke punten. Een sterk punt van dit onderzoek was het grote aantal brieven wat naar potentiele deelnemers gestuurd is. De deelnemers waren allen geopereerd aan platvoeten de afgelopen vijf jaar, waardoor er gesteld kan worden dat er sprake was van een ‘ernstige platvoet’ die klachten veroorzaakte. Een tweede sterk punt van dit onderzoek is het peer-reviewen tijdens het coderen en het sturen van een membercheck naar de geïnterviewde. Op deze manier is de betrouwbaarheid van de interviews zo hoog mogelijk gehouden. De onderzoeker beschikte voorafgaand aan de interviews nog niet over veel interviewvaardigheden maar heeft hier door de afname van proef-interviews wel geoefend. Gaandeweg het onderzoek zijn deze vaardigheden verbeterd waardoor de laatste interviews wellicht meer bruikbare of andere resultaten opleverde dan de eerste interviews.

Een zwak punt van dit onderzoek is de samenstelling van de onderzoekspopulatie. Dit doordat een aantal deelnemers al 30-40 jaar rondliepen met klachten, en andere pas drie jaar, waardoor er ook sprake was van het fenomeen memory bias. Een aantal deelnemers liep al erg lang met klachten rond en zijn daardoor al lang geleden bij behandelaars geweest. Hierdoor kan het zijn dat bepaalde ervaringen weggezakt zijn of anders ervaren zijn dan nu verteld werd. Ook zijn hierdoor sommige interviews minder bruikbaar dan andere. Deze zwakke punten zijn deels te wijden aan de tijdsdruk binnen het onderzoek. Wanneer er meer reacties, en binnen de tijd, geweest waren had er een betere selectie gemaakt kunnen worden wat tot een meer gevarieerde (bijvoorbeeld de verhouding mannen en vrouwen) onderzoekspopulatie had geleidt.

5.3 Conclusie

De onderzoekvraag van dit onderzoek luidde: “Wat zijn de ervaringen van patiënten met verworven of aangeboren platvoeten binnen het behandeltraject?’’
Uit dit onderzoek is gebleken dat patiënten met aangeboren of verworven platvoeten de volgende punten als belangrijk ervaren binnen het behandeltraject. Allereerst de beïnvloeding van de klachten op ADL, werk en sport. De meeste deelnemers ervoeren hierin functionele beperkingen als gevolg van hun klachten. Verder benoemden deelnemers wat bijdroeg aan de keuze voor een bepaalde behandeling of behandelaar en hoe dit beleefd werd. Hierin werden aspecten besproken als het gevoel, of ze zich serieus genomen voelden en wat het resultaat was. Er werd vaak benoemd dat conservatie behandelingen vaak tijdelijk uitkomst boden. Wanneer overige behandelvormen geen uitkomst meer

boden werd gekozen voor een operatieve ingreep. Verder kwam er bij een aantal deelnemers patiënt delay naar voren, een enkeling benoemde dat er (misschien) sprake was van dokters delay. Over het algemeen waren deelnemers tevreden over de doorverwijzingen die ze kregen, een aantal vroegen zelf een second opinion aan. Ondanks het lange traject en wat veel deelnemers doorlopen hadden en het feit dat niet alle deelnemers klachtenvrij waren, waren ze over het algemeen tevreden over de behandelingen en behandelaars op dat moment.

5.4 Aanbevelingen

Om een beter beeld te krijgen van het behandeltraject zal er vervolgonderzoek nodig zijn met een representatievere onderzoeksgroep. Er zou dan bijvoorbeeld gekozen moeten worden voor deelnemers met alleen AAFD of alleen met aangeboren platvoeten. AAFD kent ook meerdere stadia, dus om een nog specifiekere onderzoeksgroep te creëren zal hierop ook geselecteerd moeten worden. Ook zal er rekening worden gehouden met het aantal jaren wat iemand al klachten heeft, om op deze manier memory bias te voorkomen. Er wordt geadviseerd om voor een prospectief onderzoeksdesign te kiezen, dit wil zeggen dat de deelnemers nog aan de start staan van het behandeltraject wanneer begonnen wordt met het onderzoek. Dit in combinatie met een survey (kwantitatief) onderzoek om zo ervaringen op dezelfde manier, na iedere behandeling te peilen. Op deze manier worden er beter hanteerbare en vergelijkbare resultaten verkregen.

De resultaten van dit onderzoek kunnen binnen de podotherapeutische praktijk een meerwaarde leveren. De ervaringen van de deelnemers met betrekking tot podotherapeuten als behandelaar en de ervaringen over steunzolen als therapie, kunnen gebruikt worden om het eigen handelen te evalueren. Als podotherapeut is er nu gebleken uit patiëntervaringen met platvoeten (echter wel een kleine groep) wat er als belangrijk wordt ervaren binnen het behandeltraject dus hier kan rekening mee worden gehouden. Ook is er bekend dat patiënten hun beperkingen die ze ervaren door de klachten belangrijk vinden, het is dus belangrijk hier ook voldoende aandacht aan te besteden in de anamnese.

Literatuurlijst

Andén, A. et al. (2006). Patiënttevredenheid niet het belangrijkste. *Huisarts En Wetenschap*, *49*(2), 91–91. http://doi.org/10.1007/BF03084622

Bek, N., Şimşek, I., Erel, S., Yakut, Y., & Uygur, F. (2012). Home-based general versus center-based selective rehabilitation in patients with posterior tibial tendon dysfunction. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, *46*(4), 286–292. http://doi.org/10.3944/AOTT.2012.2488

Beltman, W., Vries, I. de, & Meulenbelt, J. (2000). Rijksinstituut Voor Volksgezondheid En Milieu National Institute of Public Health and the Environment. *Rivm.Nl*, 1–60. Geraadpleegd van http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/348802016.pdf

Fontys Paramedische Hogeschool. (2015). *Projectvoorstellen afstuderen podotherapie en orthopedische technologie '15-'16*.

Freitas, A., & Weller, M. (2015). Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(10), 3177–89. http://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19692014

Graaf, T. de, Moser, A., Boermans, I., Amsterdam, L. van, Dongen, J. van, Bokhoven, L. van, … Verstappen, T. (2015). Dossier Interprofessioneel samenwerken. *Tijdschrift voor verpleegkundig experts*, *5*, 11-22.

Haendlmayer, K., & Harris, N. (2009). (ii) Flatfoot deformity: an overview. *Orthopaedics and Trauma*, *23*(6), 395–403. http://doi.org/10.1016/j.mporth.2009.09.006

Hoeymans, N., & Harbers, M. (2013). Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning; Gezondheid en maatschappelijke participatie, 198. Geraadpleegd van http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2013/oktober/Gezondheid_en_maatschappelijke_participatie_Themarapport_Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_2014

Hockenbury, R. (2012, 17 februari). Acquired Flatfoot [Foto]. Geraadpleegd van http://emedicine.medscape.com/article/1235600-overview#a10

Lee, M., Vanore, J., Thomas, J., Catanzariti, A., Kogler, G., Kravitz, S., … Gassen, S. (2005). Diagnosis and treatment of adult flatfoot. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*, *44*(2), 78–113. http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1053/j.jfas.2004.12.001

Meer, van der J., & Schouten, J. (2010). Effecten van zorg, *2007*(85), 25–28.

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Geraadpleegd, 15 mei 2016, via http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ziekteverzuim-en-arbeidsongeschiktheid/wat-is-de-relatie-met-ziekten-en-aandoeningen/

NIVEL. (2014). Incidenties en prevalenties van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk 2014. Geraadpleegd, 13 mei 2016, via http://www.nivel.nl/nl/NZR/incidenties-en-prevalenties

NIVEL. (2015a). Indicaties voor verwijzingen. Geraadpleegd, 13 mei 2016, via http://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgverlener/huisarts/verwijzingen/indicaties-voor-verwijzingen

NIVEL. (2015b). Verwijzingen naar specialisme. Geraadpleegd, 13 mei 2016, via http://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgverlener/huisarts/verwijzingen/verwijzingen-naar-specialisme

NIVEL. (2015c). *Zorg door de huisarts : Jaarcijfers 2014 en trendcijfers 2010-2014*. Geraadpleegd via http://www.nivel.nl/sites/default/files/Jaarrapport_huisarts2014.pdf

Rijksoverheid. (2016). Miljoenennota 2016 - Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt. Geraadpleegd, 15 mei 2016, via https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prinsjesdag/inhoud/miljoenennota-rijksbegroting-en-troonrede/huishoudboekje

Schreurs, B., Gardeniers, J., Hosman, Schreuder, H., Veth, R., de Waal Malefijt, D., … de Jager, J. (2007). *De basis voor gaan en staan*.

Tsaktzidis, G., & Royen, P. Van. (2012). Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg, 176.

Valentijn, P., & Bruijnzeels, M. (2014). Nieuwe bekostigingsmodel eerstelijnszorg Organisch veranderen op weg naar een (r) evolutie, (november).

Vulcano, E., Deland, J., & Ellis, S. (2013). Approach and treatment of the adult acquired flatfoot deformity. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, *6*(4), 294–303. http://doi.org/10.1007/s12178-013-9173-z

Bijlages

Bijlage I - Uitgebreidere informatie verworven (AAFD) versus congenitale platvoet

De verworven platvoet (Adult acquired flatfoot deformity)

Oorzaken:

- Insufficiëntie van de pees van de m. tibialis posterior (PTTD), de meest voorkomende oorzaak
- Verzwakking van ligamenten: het lig. calcaneonavicular en het lig. talocalceum interosseum.
- Een verkorting van de m. gastrocnemius of de achillespees kan bijdragen aan het ontwikkelen van AAFD (Vulcano et al., 2013)

Factoren die de kans op AAFD vergroten:

- Diabetes, obesitas, hypertensie (hoge bloeddruk), reumatoïde artritis, beoefenen van sporten waarbij een hoge belasting op de voeten komt.
  Ook aanleg in de familie of kleine trauma's vooraf kunnen een rol spelen. (Haendlmayer & Harris, 2009; Lee et al., 2005)

Symptomen/klachten:

- Standsafwijkingen in de voet, bestaande uit: een plantaire verzakking van de mediale voetboog, een abductie in de voorvoet en valgusstand van de calcaneus. (Haendlmayer & Harris, 2009).
- Pijn (eventueel zwelling) ter hoogte van de mediale malleolus, instabiliteit en functionele beperkingen (Lee et al., 2005; Vulcano et al., 2013)

Op onderstaande afbeelding (1) (Hockenbury, 2012) zijn deze standsafwijkingen zichtbaar aan de linker voet. Ook het *too many toes sign* is hier zichtbaar.

Afbeelding 1. *Acquired Flatfoot.* Overgenomen van http://emedicine.medscape.com/article/1235600-overview#a10 van Hockenbury, 2012.

De congenitale platvoet:

Oorzaken:

- Talus verticalus (congenitale afwijking)
- Tarsale coalitie (talocalcaneal of calcaneonaviculair)
- Een aangeboren platvoet kan genetisch bepaald zijn
- Afwijkingen in het collageen bindweefsel

Symptomen/klachten:

- Laag mediaal gewelf (plantaire verzakking), een eversie in de voorvoet, afwijkend looppatroon en een prominerende taluskop. Kinderen kunnen ook klagen over moeilijker lopen en snelle vermoeidheid.

Er wordt onderscheid gemaakt in de flexibele en rigide platvoet. Dit kan worden beoordeeld aan de hand van een aantal testen:

- Tenengang: hierbij wordt de patiënt gevraagd op zijn/haar tenen te lopen. Wanneer de voetboog herstelt is er sprake van een flexibele platvoet.
- Test van Hübscher: hierbij wordt in stand dorsaalflexie uitgevoerd van de hallux. Ook hierbij geldt; wanneer de voetboog herstelt is er een flexibele (corrigeerbare) platvoet, wanneer dit niet gebeurd is er sprake van een rigide platvoet.

(Haendlmayer & Harris, 2009; Schreurs et al. 2007)

Kent of bent u iemand die op latere leeftijd een platvoet heeft verkregen? Ik ben voor mijn afstudeeronderzoek hard opzoek naar mensen met deze aandoening!

Wanneer u mij hiermee kunt helpen of interesse heeft, stuur me dan een privé-berichtje of reageer onder dit bericht! Ik zal dan meer informatie toesturen.

Alvast bedankt 🙂
Delen zou fijn zijn!

Bijlage III – Informatiebrief

‘Wat zijn uw ervaringen vanaf het begin van uw klachten totdat de diagnose verworven (op latere leeftijd verkregen) platvoet bekend was?’’

FONTYS PARAMEDISCHE HOGESCHOOL

Geachte heer/mevrouw,

Via deze brief willen wij u vriendelijk vragen deel te nemen aan ons afstudeeronderzoek. In samenwerking met de Sint Maartenskliniek ontvangt u deze informatiebrief. Lees deze rustig door, daarna kunt u zelf de beslissing nemen of u wilt deelnemen. Wanneer u na het lezen van deze informatiebrief nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met mij of de begeleidend docent binnen dit onderzoek. Onderaan deze brief vindt u de gegevens.

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is mede door middel van uw ervaringen de voetzorg te optimaliseren. Met uw hulp kunnen we het traject vanaf het moment van uw klacht tot de diagnose beter in kaart brengen.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Binnen dit onderzoek worden patiënten met verschillende voetaandoeningen individueel geïnterviewd. In uw geval gaat het om de diagnose verworven platvoet. Een van de onderzoekende studenten zal een afspraak met u inplannen, op de door uw gewenste tijd en locatie, om het interview af te nemen. Mogelijk is er een tweede student aanwezig ter ondersteuning.
Voorafgaand aan het interview zal de student een aantal algemene gegevens van u noteren, daarna wordt gestart met het interview. Tijdens afname van het interview zal er gebruik gemaakt worden van een voice recorder, op deze manier kan de student het interview later terug luisteren en uitwerken. Er zullen een aantal vragen aan u gesteld worden om uw ervaringen betreft het diagnostisch traject in kaart te brengen. Het gesprek zal maximaal 30 minuten duren. Indien het niet mogelijk is een afspraak in te plannen kan het interview telefonisch of via Skype worden gehouden.

Bijgaand met deze brief vindt u het informed consent. Dit is een korte verklaring die door u en de onderzoeker ondertekend wordt wanneer u akkoord gaat met deelname van het onderzoek.

Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?

Na afname van het interview zal de onderzoeker uw interview letterlijk uittypen. U ontvangt hierover per mail een samenvatting. Indien u hier op- of aanmerkingen over hebt, kunt u deze binnen drie werkdagen aan de student doorgeven en deze zullen dan verwerkt worden. Op deze manier wordt de kwaliteit van de interviews zo hoog mogelijk gehouden.
Onderaan deze brief kunt u aangeven of op de hoogte wilt worden gehouden van de onderzoeksresultaten wanneer deze bekend zijn.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Uw persoonlijke gegevens zullen tijdens het gehele onderzoek anoniem verwerkt worden. Wanneer het onderzoek is afgelopen worden op alle naar naam herleidbare gegevens door de onderzoeker vernietigd. De niet op naam herleidbare gegevens worden overgedragen aan Fontys Paramedische Hogeschool, hier zullen de gegevens maximaal 15 jaar bewaard worden voor eventueel nadere analyse.

Wilt u na het lezen van deze brief deelnemen aan het onderzoek?

Wanneer u na het lezen van deze brief interesse heeft om deel te nemen aan het onderzoek, ontvang ik graag een mail van u met uw contactgegevens. Ik zal dan zo snel mogelijk contact met u opnemen om een afspraak te plannen.

Wij hopen dat u bereid bent om mee te helpen aan het onderzoek.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Laura Hens
Fontys Paramedische Hogeschool Eindhoven
l.hens@student.fontys.nl

Begeleider: Mirjam Tuinhout, MPA orthopedie
Fontys Paramedische Hogeschool
Interprofessioneel samenwerken
m.tuinhout@fontys.nl

Ik wil op de hoogte gehouden worden van onderzoeksresultaten:

☐ Ja ☐ Nee

Bijlage IV – Informed consent

Informed consent

Onderzoek: ‘Wat zijn uw ervaringen vanaf het begin van uw klachten totdat de diagnose verworven (op latere leeftijd verkregen) platvoet bekend was?’’

Verklaring deelnemer

Ik verklaar hierbij dat ik door middel van een informatiebrief op de hoogte ben gebracht over het doel, de methode en de belasting van het onderzoek waaraan ik vrijwillig deelneem.

Ik weet dat door middel van een interview de gegevens worden verzameld en uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt worden, hierbij wordt gebruik gemaakt van een voice recorder. Hierbij worden mijn persoonlijke gegevens geanonimiseerd.

Ik mag ten alle tijden afzien van deelname aan het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik ben op de hoogte dat de op niet naam herleidbare gegevens na deelname aan dit onderzoek 15 jaar bewaard blijven op Fontys Paramedische Hogeschool voor mogelijke nadere analyse.

Ik ben voldoende geïnformeerd en ik vind het goed om deel te nemen aan dit onderzoek.

Nummer deelnemer: Handtekening:

Datum:

Verklaring onderzoeker

Ik verklaar hierbij dat ik bovenstaande deelnemer juist geïnformeerd heb over het onderzoek. Daarnaast verklaar ik dat alle persoonlijke gegevens van de deelnemer anoniem worden verwerkt.

Datum:

Handtekening:

Bijlage V – Interviewschema

Algemene intro:

a. **Ontvangst**

Voorstellen.

Ik heb vandaag een afspraak gepland met …. Klopt dat?

b. **IJsbrekers**

Weer

Locatie

Mooie woning, leuke stad, makkelijk kunnen vinden?

Vervoer

Reistijd, parkeergelegenheid.

c. **Algemeen (start recorder)**

Gaat u akkoord met opname van het interview?

Zeer korte uitleg waarom dit interview plaatsvindt

Heeft u nog vragen over de informatiebrief?

Heeft u voorafgaand aan het interview nog vragen?

Er zijn geen goede en foute antwoorden!

Gaat u akkoord met opname van het interview? / Mag ik de recorder laten lopen of vindt u dat ik hem uit moet doen?

	Vraag	Aspecten (doorvragen)
Algemene vragen:		
0.	Deelnemerscode: Leeftijd: Geslacht: m/v Burgerlijke staat: alleenstaand / partner / getrouwd / gescheiden Woonsituatie: alleen / met partner / met partner en inwonende kinderen / met inwonende kinderen Beroep: Hoogst genoten opleiding: lagere school / middelbare school / LBO / MBO / HBO / WO / WO^{+} Sport: Klachten sinds: Geopereerd voor deze aandoening: ja/nee indien ja, datum:	
Openingsvraag:		
1.	Er is bij u recent/ in het verleden een probleem aan de voet vastgesteld. Wat waren u klachten?	- Consequenties - In hoeverre werd u door die klachten belemmerd in ADL, werk en sport?

		- Hoelang heeft u rondgelopen met die klachten?
Topic: Ervaring traject		
2.	Hoe heeft u de periode ervaren vanaf het moment dat u contact op heeft opgenomen met een hulpverlener totdat uw klachten verminderd waren?	- Heeft u meerdere behandelaars gesproken? (geraadpleegde disciplines) - Bij wie bent u allemaal geweest? - Hoelang heeft deze periode / het traject geduurd?
Topic: Verwachting		
3.	Wat waren uw verwachtingen ten aanzien van behandelaars in deze periode?	Kunt u daarvan een voorbeeld geven?
Topic: Ervaring behandelaars		
4.	In hoeverre voelde u zich serieus genomen door behandelaars en waar merkte u dat aan?	Kunt u daarvan een voorbeeld geven?
Topic: Aanbevelingen		
5.	Wat had u graag anders willen zien als u terugblikt op deze periode die u doorlopen heeft? Wat raadt u anderen aan die dezelfde klachten hebben als u in het begin?	Hoe bedoelt u dat? Kunt u daarvan een voorbeeld geven? Hoe pakt iemand dat dan in het ideale geval aan volgens u?
Afronding		
6.	Heeft u zelf nog toevoegingen?	

Bijlage VI – Geheimhoudingsverklaring

Fontys Paramedische Hogeschool

Geheimhoudingsverklaring

Naam: Laura Hens Studentnr°: 220534g

Titel: Ervaringen van patiënten met aangeboren of verworven platvoeten in het behandeltraject

Inhoud (omschrijving):

Kwalitatief onderzoek waarbij dmv semi-gestructureerde interviews, onderzoek gedaan is naar patiëntervaringen in het behandeltraject van platvoeten

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

Student:

Naam: Laura Hens

L Hens

(handtekening) Datum: 4/5/2016

Begeleider:

Naam: M. Tunkhout

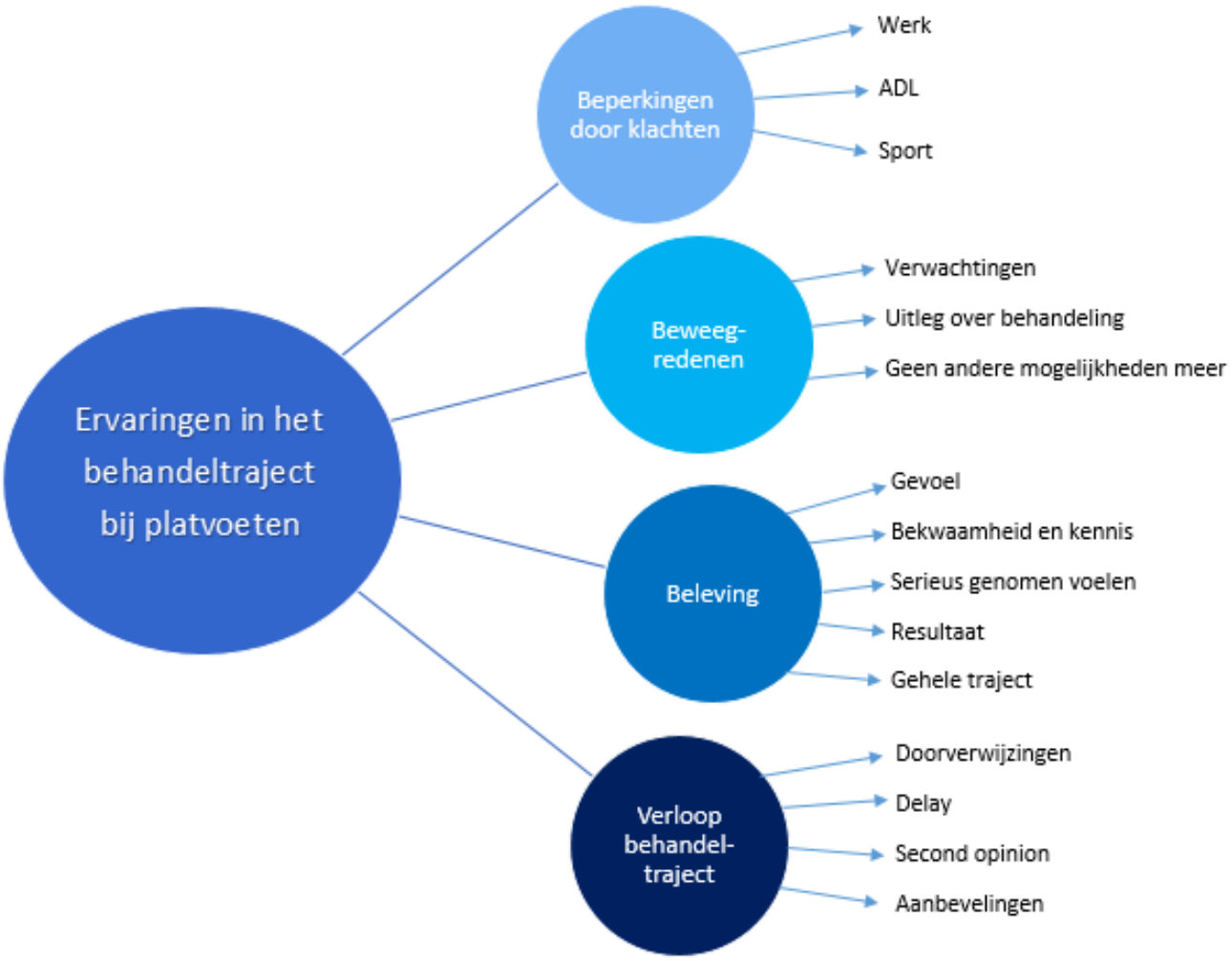
M Tunkhout

(handtekening) Datum: 2/6/2016

PGO-coördinator: voor ontvangst

Naam: _____

_____

(handtekening) Datum: __/__/____

Bijlage VII – Codeboom