

Ervaren belemmerende en bevorderende factoren voor het lopen bij mensen die in de chronische fase na een beroerte zijn.

Samenvatting

Aanleiding: Twaalf tot eenentwintig procent van de mensen met een Cerebro Vasculair Accident (CVA), gaat in de eerste jaren na revalidatie achteruit in mobiliteit. Ondanks dat 74.6% procent van de CVA-patiënten lopen belangrijk vindt, is de loopactiviteit erg laag. Er is vanuit het perspectief van de CVA-patiënt weinig bekend over welke factoren hier invloed op hebben. Het is belangrijk als hulpverlener deze factoren te kennen, ter voorkoming dat iemand achteruit gaat.

Vraagstelling: “Wat zijn de ervaren bevorderende en belemmerende factoren voor het lopen bij zelfstandig wonende mensen die in de chronische fase na een CVA leven?”

Methode: Semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij drie zelfstandigwonende mensen, die meer dan 12 maanden geleden een CVA hebben gehad. De data werd thematisch deductief geanalyseerd door middel van de framework approach, waarbij van tevoren aan de hand van het ‘Physical Activity for people with a Disability’ (PAD)-model de thema’s werden gedefinieerd. Daarnaast zou gedurende de analyses ruimte blijven om inductief nieuwe thema’s te identificeren.

Resultaten: Respondenten noemden voornamelijk persoonlijke en omgevingsfactoren die invloed hadden op het gaan lopen. Stoornissen hadden met name invloed op het niet verder kunnen lopen.

Conclusie: Mensen die in de chronische fase leven na een CVA ervaren dat ze een doel moeten hebben om te gaan lopen. Sociaal gezelschap kan stimulerend zijn, maar ook remmend. Gemak, slecht weer en geen doel hebben weerhoudt hen ervan om te gaan lopen. Evenwicht, kracht, conditie en zelfvertrouwen kunnen helpen of belemmeren om verder te lopen. Onderzoek naar percepties in grotere onderzoekspopulaties is nodig om dit verder te kunnen onderbouwen.

Trefwoorden: CVA, loopactiviteit, chronische fase, percepties, PAD-model



Qualitative Research; Perceived factors that stimulate and inhibit walking activity in the chronic phase after stroke.

Abstract

Introduction: Twelve to twenty one percent of the patients after stroke decrease their mobility in the first year after rehabilitation.

Although 74.6% of the stroke patients indicate that walking is important to them, many do not walk very much. The perceived factors that stimulate and inhibit the walking activity of stroke patients are largely unknown. If therapists are aware of these factors, patient deterioration may be prevented.

Research Question: "What are the factors that independently living patients in the chronic phase after stroke perceive as stimulating or inhibiting for their walking activity?"

Method: Three independently living patients, more than 12 months post stroke, were interviewed with semi structured interviews. The data were thematic deductively analyzed using a frame work approach of predefined themes in the 'Physical Activity for people with a Disability' (PAD) model. There was also room for identifying new themes inductively during analysis.

Results: The respondents named mostly personal and environmental factors that influence their walking activity. Physical disorders were a major cause of decreased walking distance.

Conclusion: Patients in a chronic phase post stroke need to have a reason to walk. Social company can act both as a stimulus and as an inhibitor to walk. Comfortable living, adverse weather conditions and lack of reason to go, inhibit them to go out. Balance, strength, physical condition and self efficacy could help or inhibit stroke patients to continue walking. Studies on the perception of stimulating and inhibiting factors in larger number of subjects are needed to confirm these conclusions.

Key words: stroke, walking activity, chronic phase, perceptions, PAD-model.

Inleiding

Jaarlijks krijgen er ongeveer 40.000 mensen in Nederland een Cerebro Vasculair Accident(CVA), oftewel een beroerte (Eyck & Peerenboom, 2006). In 2004 bedroeg de sterfte aan beroerte ongeveer 11.000 personen. Van de patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen, gaat de grootste groep (ca 60%) naar huis, waarvan 20-25% poliklinisch revalideert. Ongeveer 15% gaat naar een verpleeghuis en 8% naar een revalidatiecentrum. Een jaar na het CVA is ongeveer een derde van de patiënten afhankelijk van zorg (Franke, 2001). Het andere deel zal weer zelfstandig kunnen functioneren in de maatschappij.

Veel mensen gaan na hun revalidatie langzaam aan toch weer minder of slechter lopen. Hierdoor kunnen ze weer afhankelijk (van de zorg) van anderen worden (Lord, McPherson, McNaughton, Rochester & Weatherall, 2004). Zo hebben Van Wijk et al. (2006) gemeten dat 12,2% van de mensen die een CVA overleeft, in de eerste twee jaar na het CVA achteruitgaat in functionele mobiliteit, gemeten met de Rivermead Mobility Index (RMI). Port et al. (2006) hebben dit evenzo gedaan maar kwamen op een percentage van 21% achteruitgang na drie jaar. Deze achteruitgang in mobiliteit had een significante samenhang met cognitieve stoornissen, vermoeidheid en depressie. De mogelijkheid om te lopen buitenshuis (voor boodschappen, visite of andere sociale activiteiten) wordt door 40,8% van de mensen die leven na een CVA als essentieel ervaren en voor 33,8% als erg belangrijk (Lord et al., 2004). Ondanks dat is de dagelijkse loopactiviteit van iemand in de chronische fase na een CVA erg laag (2837±1503 stappen op een dag vergeleken met 5000-6000 stappen bij gezonde mensen van dezelfde leeftijd) (Michael, Allen & Macko, 2005). Ook is daarnaast de afstand



van elk loopinterval korter in vergelijking met gezonde mensen en lopen CVA-patiënten veel minder stukjes (Roos, Rudolph & Reisman, 2012).

Vanuit kwantitatief onderzoek is er veel gekeken naar wat *loopfunctie* beïnvloedt. Functie wordt volgens het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gedefinieerd als: “fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme” (Michael, Allen & Macko, 2005). Er is dus veel onderzoek gedaan naar aspecten die de manier en kwaliteit van lopen beïnvloeden. Helaas is er weinig bekend over factoren die de *loopactiviteit* zelf beïnvloeden. Activiteiten worden volgens het ICF gedefinieerd als “onderdelen van iemands handelen”. Bij loopactiviteit wordt onderscheid gemaakt tussen hoeveel iemand daadwerkelijk in het dagelijks leven loopt (uitvoering) en hoever iemand maximaal kan lopen in een gestandaardiseerde omgeving (vermogen). Zeker vanuit het perspectief van de CVA-patiënt is er nog weinig bekend over welke factoren deze aspecten van loopactiviteit beïnvloeden.

Michael et al. (2005) heeft aangetoond dat een slechte balansscore op de Berg Balance Scale (BBS) geassocieerd is met verminderde loopactiviteit. Daarnaast blijkt dat er een samenhang is tussen het vermijden van omgevingsfactoren (zoals het weer, terrein en wachtmomenten) en het verminderd lopen in de omgeving (Robinson, Matsuda, Ciol & Shumway-Cook, 2013). Ook zijn er een aantal kwalitatieve studies gevonden met betrekking tot percepties over het verplaatsen buitenshuis, het zelfstandig rijden in een auto en de invloed van vallen op het lopen (Barnsley, McCluskey & Middleton, 2012; Schmid & Rittman, 2009). Deze studies waren echter niet specifiek gericht op iemands loopactiviteit.

Het is mogelijk dat mensen die in de chronische fase na een CVA leven, heel anders naar het eigen lopen kijken dan wat in bovenstaande onderzoeken was gevonden. Zo kan het zijn dat de CVA-patiënt niet ervaart dat het lopen verminderd is, terwijl diegene wel een verminderd activiteitenpatroon heeft. Naar deze eigen ervaring van CVA patiënten is nog niet eerder een onderzoek gedaan, terwijl dit wel essentieel is voor het behoud van de mobiliteit. Vroege herkenning van belemmerende en bevorderende factoren voor het lopen kan klinici helpen de juiste interventie toe te passen om te voorkomen dat iemand achteruit gaat in functionele mobiliteit (Port et al., 2006). Wanneer de visie van een behandelaar niet in samenhang is met wat de patiënt ervaart, is er een kans aanwezig dat de therapie niet het gewenste resultaat oplevert. Voor de fysiotherapeut is het daarom belangrijk te weten wat deze ervaren belemmerende en bevorderende factoren voor het lopen kunnen zijn. Met het doel om erachter te komen wat deze ervaren factoren zijn, is dit onderzoek uitgevoerd. Er wordt gekeken naar wat ervoor zorgt om wel of niet te gaan lopen en er wordt gekeken naar wat ervoor zorgt dat iemand wel of niet verder kan lopen. Daarnaast wordt binnen dit onderzoek ook gekeken naar de perceptie over beweging en of iemand daardoor meer gaat lopen. De vraagstelling in dit onderzoek is: “Wat zijn de ervaren bevorderende en belemmerende factoren voor het lopen bij zelfstandig wonende mensen, die in de chronische fase na een CVA leven?”

Methode

Onderzoeksdesign

Deze studie is een kwalitatief exploratief onderzoek. Er is gekozen voor een kwalitatieve benadering om zo de percepties over het lopen van de mensen na CVA te kunnen onderzoeken.

Onderzoekspopulatie

De onderzoeksgroep bestond uit drie zelfstandig wonende mensen die minstens twaalf maanden geleden een CVA hebben gehad. De volgende selectiecriteria zijn gebruikt: De score van de Functional Ambulation Categories (FAC) is minimaal 3 en de participant heeft de mogelijkheid om verbaal te communiceren. Afasie was geen exclusiecriteria, zolang de participant zichzelf nog wel verstaanbaar kon uitdrukken.



Data- en materiaalverzameling

Dataverzameling heeft plaatsgevonden via semigestructureerde interviews. Alle interviews zijn afkomstig uit het SUSTAIN onderzoek, van het Lectoraat Leefstijl en Gezondheid binnen de Hogeschool Utrecht.

De interviews zijn thuis of bij de dagbehandeling van een participant afgenomen door een fysiotherapeut met 20 jaar ervaring in de behandeling van mensen met een CVA. De onderzoeker maakte gebruik van een eerder opgestelde topiclijst, die samengevat te zien is in tabel 1 (en compleet in bijlage 1). De topics waren: gezondheid, lopen in het algemeen, lopen binnens- en buitenshuis, hobby's en lichaamsbeweging. Voorbeelden van vragen waren: "Hoeveel heeft u vandaag al gelopen?", "Ervaart u problemen bij het buitenshuis lopen?", "Wat zijn voor u juist redenen of wel of niet buitenshuis te lopen?" en "Wat zou helpen om meer te lopen?".

Tabel 1. Samenvatting Topic-lijst

Topic:	Voorbeeldvragen:
Gezondheid	Hoe denkt u over uw algehele gezondheid?
Lopen algemeen	Hoever loopt u op een dag? Komt u overal waar u wilt?
Lopen binnens- en buitenshuis	Als u loopt, wat is dan het doel? Ervaart u problemen met buitenshuis lopen? Indien ja, hoe gaat u hiermee om? Wat zijn voor u redenen om wel of juist niet te lopen buitenshuis? Wat zou helpen om meer te lopen? Bent u tevreden met hoeveel u loopt?
Hobby's	Heeft u hobby's waarbij u veel moet lopen?
Beweging	Had u voor het CVA aan sport gedaan, was u lichamelijk actief? Beweegt u op dit moment en hoe ervaart u dit?

Het gehele interview werd opgenomen op audiomateriaal. Het audiomateriaal werd vervolgens door drie studenten fysiotherapie getranscribeerd en steekproefsgewijs gecontroleerd door een student fysiotherapie in de afstudeerfase. Afspraken over de tekstformattering zijn te vinden in bijlage 2. Bij discrepantie over een tekstfragment werd er consensus bereikt. Naast de latente inhoud (hetgeen de participant zegt), werd ook de manifeste inhoud beschreven. Met manifeste inhoud worden geuite emoties als lachen, boosheid of stiltes bedoeld. Deze werden naast de tekst aangegeven.

Dataverwerking en analyse

De data werd thematisch deductief geanalyseerd door middel van de framework approach, waarbij van tevoren aan de hand van het 'Physical Activity for people with a Disability' (PAD)-model (vdPloeg, 2004) de thema's werden gedefinieerd. Daarnaast bleef er ruimte om gedurende de analyses van de cases inductief nieuwe thema's te identificeren.

Er is gekozen voor het PAD-model omdat dit model specifiek gericht is op het fysiek functioneren en de beïnvloedende factoren hiervan voor mensen met een beperking. Er zijn geen andere modellen bekend die specifiek gericht zijn op mensen met een beperking. Binnen het PAD-model (figuur 1) worden de multidimensionale aspecten van het fysiek functioneren en de beperkingen vanuit het ICF-model geïmplementeerd. Daarnaast wordt binnen het PAD model het Attitude, Social influence and self-Efficacy (ASE) model geïntegreerd. Het ASE-model geeft inzicht in de persoonlijke factoren, die invloed hebben op hoe iemand zijn activiteitenleven inricht. Te denken valt aan attitude, intentie en zelfvertrouwen.



Levels of physical activity functioning

Body functions and structures ↔ Activities ↔ Participation

Environmental factors

- Facilitators/barriers**
e.g. transportation, availability and accessibility of built and natural facilities, assistance from others, equipment, social aspect
- Social Influence**
e.g. family, friends, colleagues, health professionals, general opinion

Personal factors

- Health condition**
e.g. disease, disorder, injury, trauma
- Self-efficacy**
- Attitude**
- Intention**

Dashed arrows indicate interactions between the Environmental and Personal factors and the Levels of physical activity functioning.

Coderingen werden individueel uitgevoerd door de interviewer (een fysiotherapeut met ruime ervaring) en een student fysiotherapie in de afstudeerfase. Figuur 2 geeft een voorbeeld weer van gecodeerde tekstfragmenten. Na elke geanalyseerde casus was er een consensus bespreking. Hierop volgend werd de codeboom indien nodig inductief aangevuld en werd de casus opnieuw geanalyseerd. Dit proces werd herhaald totdat er een eenduidige codeboom van belemmerende en bevorderende factoren was ontstaan. Deze is opgenomen in bijlage 3.

Privacy en ethiek

5

Figuur 2. Voorbeeld van tekstfragmenten gekoppeld aan een thema (codering)

Thema	Tekstfragment
Valangst	"R1" uh ja, en nu nog, omdat ik gewoon bang ben om te vallen. "I" Ja ja, maar u zei net ook van ja ik ben nu ook voorzichtiger buiten "R1" Ja, ja klopt. Ik loop ook steeds naar beneden te kijken."
Geen doel hebben	"R1" Kijk heb ik geen boodschappen nodig dan ga ik ook niet zo naar buiten "I" nee dat dan toch niet "R1" Nee "R2" Ik heb niet meer hekel aan zo maar ergens zo voor de flauwekul te lopen. "I" Dat doet u niet? // "R2" Daar heb ik een hekel aan
Tevreden	"I" Zou u meer willen lopen? Of heeft u de behoefte meer te lopen? "R2" Nee. Ik loop zat."
Weer	"R3" ik loop 2 tot 3 keer in de week, maar dat is helemaal afhankelijk van het weer "I" oke...dus het weer is echt een uhh... "R3" het weer is een bepaler
Gezelschap	"R1" en als ze mij zullen vragen ga je mee naar de stad? Ja hoor ik ga mee "I" ja. Ja het is de gezelligheid "R1" Ja "I" ik hoor hem steeds weer terug he.. alles wat stimuleert is dat "R1" ja,ja."
Valangst partner	"I" zou u net zover lopen als u alleen loopt? Dan als uw vrouw meeloopt? "R3" ja ik denk het wel maar ze laat het niet toe "I" ze laat het niet toe...nee, en dat is omdat ze bang is dat u valt ? "R3" ja."
Fitheid/kracht	"I" Wat heeft meer invloed volgens u? die conditie of dat controle van dat been ? "R3" denk als dat been altijd constant is en ik er op kan vertrouwen is dat een heel belangrijk element "I" meer dan de conditie? "R3" ja, conditie die komt wel."



Resultaten

Drie respondenten namen deel aan het onderzoek. Allen voldeden aan de inclusiecriteria. Een overzicht van de kenmerken van de onderzoekspopulatie is weergegeven in tabel 2. De respondenten waren een vrouw en twee mannen met de leeftijd van 64, 78 en 87 jaar.

De tijd na het CVA was 4, 6 en 40 jaar. Allen woonden zelfstandig en konden 10 meter zelfstandig lopen met of zonder hulpmiddel. Elke respondent gaf aan dat hij of zij binnenshuis zelfstandig liep.

Tabel 2. kenmerken onderzoekspopulatie

Respon- dent	Geslacht	Leeftijd	Burgerlijke stand	Soort CVA	Tijd na CVA	Hulpmiddelen buitenshuis	Loopactiviteit Binnenshuis	Loopactiviteit Buitenshuis
1	Vrouw	64 jaar	Weduwe	Infarct (R)	40 jaar	Geen	1 uur	15 minuten
2	Man	87 jaar	Gehuwd	Infarct (L)	6 jaar	Rollator en zonder	Continu	2,0-3,2 kilometer
3	Man	78 jaar	Gehuwd	Bloeding (R)	4 jaar	Rollator en rolstoel	Bij toiletgang	500 meter, 15 minuten

De loopactiviteit varieerde van een aantal keer naar het toilet lopen op een dag, tot continu in en rondom het huis. Buitenshuis konden twee respondenten zonder hulpmiddelen lopen, één respondent liep buitenshuis met rollator en supervisie van partner of zat in de rolstoel. Loopactiviteit buitenshuis varieerde van 500 meter (3 keer per week) tot 2 kilometer meerdere malen op een dag.

De respondenten waren woonachtig in verschillende woonplaatsen, maar allen in de regio Midden-Holland. De interviews vonden plaats in de maanden oktober 2011 tot en met mei 2012. Één interview werd bij de dagbehandeling gehouden, de andere interviews thuis bij de respondent. Bij één interview was de partner van de respondent aanwezig. In de beleving van de onderzoeker heeft dit geen invloed gehad op de diepgang van het interview.

De definitieve codeboom die ontstaan is door middel van het analyseren van de tekst uit de transcripties wordt weergegeven in bijlage 3. De codeboom staat uitgewerkt in een thematic chart. In de chart wordt aangegeven hoe vaak een respondent een bepaald thema aanhaalt. Tabel 3 geeft een verkort overzicht van de codeboom weer met de thema's die het meest aangehaald zijn of welke extra benadrukt werden door de respondent.

Tabel 3. Meest aangehaalde / benadrukte thema's

Hoofdthema	Deelthema 1	Deelthema 2	Deelthema 3 -output	R1	R2	R3	Totaal:
Persoonlijke factoren	Attitude	Coping	Zonder doel/zomaar	7	4		11
			Doelgericht	5	3		8
			Doorzetten/gedreven	11	5	3	19
	Intention	Beliefs	Beweging is goed voor gezondheid	7	2	2	11
			Wil meer/verder lopen	4		4	8
			Tevreden over hoeveelheid lopen		7		7
	Self efficacy/bezorgdheid		Valangst	2	2	1	5
			Minder bezorgd geworden om te vallen	1	2	1	4
	Health condition		Voelt zich gezond	2		2	4
			Trauma/chirurgie	2	2		4
Omgevingsfactoren	Fysieke omgeving		Gemak/convenience	1	3	2	6
			Oneffen ondergrond		2	2	4
			Landschap effen			3	3
			Slecht weer		2	3	5
			Mooi weer		2	1	3
	Social Influence		Negatieve Attitude/beschikbaarheid van professionals			7	7
			Motivatie/sturing door professional	3	1	2	6



		Gezelschap/gezelligheid stimulerend	9			9
		Geen gezelschap	6			6
	Mantelzorg/Partner	Angst voor vallen partner			7	7
Participatie		Sport/vereniging	3	2	1	6
		Zithobby's	1	2		3
		ADL	3	3	1	7
		Andere dingen te doen/drukte		2		2
Activiteit (kunnen/vaardigheid)		Hulpmiddelen	1	2	2	5
		Weer (zelfstandig) kunnen lopen			3	3
		Lange afstanden	3			3
Stoornis door CVA		Hemiplegie/motorische controle slecht	1		2	3
		Algemene vermoeidheid	2	1		3
		Conditie/uhv	3		3	6
		Kracht te weinig in been	3			3
		Kracht in been	4			4
		Evenwicht verminderd		5	1	6

De resultaten zullen per hoofdthema vanuit de uiteindelijke codeboom besproken worden. Per thema wordt gekeken naar wat de belangrijkste factoren waren voor respondenten en bij hoeveel respondenten deze factoren voorkwamen.

Persoonlijke factoren - Self efficacy

Alle respondenten gaven aan dat ze last hebben gehad van valangst. Dit heeft invloed gehad op hun lopen. Respondent 1(R1) en 3 (R3) hadden nu ook nog last van valangst, maar ervoeren dat dit niet meer invloed had op de hoeveelheid lopen. Daarbij gaven ze aan dat ze moeilijke situaties niet uit de weg gingen. R1 gaf wel aan dat ze door de valangst erg oplette waar ze liep. Respondent 2 (R2) gaf aan dat door te vallen, zijn valangst was verminderd en dat hij daarom weer overal liep.

Daarnaast gaf R2 aan dat hij een periode heeft gehad dat hij beperkte stukken buiten liep omdat hij bang was voor een recidief. Vermindering van angst voor een recidief heeft hem geholpen om weer overal te lopen.

Persoonlijke factoren - Attitude

Gekeken naar coping, worden een aantal factoren vaak aangehaald. De respondenten ervoeren dat ze een doel nodig hadden om te gaan lopen, moesten doorzetten en dat ze geen stilzitter waren.

Wanneer R1 en R2 geen doel hadden om te lopen, gingen zij niet de deur uit. Wanneer ze wel een doel hadden gingen ze vaker lopen. Een doel kon van alles zijn; boodschappen, verenigingen, fysiotherapie, et cetera. Dit werd vaak benadrukt binnen de interviews.

Doorzetten was een instelling van alle respondenten, wat maakte dat ze meer en vooral langer bleven lopen. De respondenten gaven verschillende redenen waarom ze deze zo gedreven waren. R1 wilde vooral niet tot last bij anderen zijn. R3 gaf aan dat hij de situatie zoals het nu was nog niet kon accepteren. Hij wilde veel bereiken en zette daarom door. Ook was R3 voor het CVA een fanatieke sporter en moest zich van zichzelf bewijzen.

R2 was altijd bezig in de tuin en was voor het CVA ook druk met kleinkinderen en verantwoordelijke functies. R2 en R3 gaven aan dat ze geen stilzitter waren en altijd al affiniteit met bewegen hadden. Deze manier van coping zorgde ervoor dat R2 actief bleef en dat R3 zoveel mogelijk uit het lopen probeerde te halen.

De respondenten hadden verschillende *percepties (beliefs)* over lopen en beweging. Er is gevraagd naar hoe zij hier tegenaan keken en of dat invloed had op hun lopen en beweging. Alle respondenten gaven aan dat ze lopen en beweging goed vonden voor de gezondheid. R1 bleef daarom fysiotherapie volgen om fit te blijven en R2 deed er daarom alles voor om maar in beweging te blijven.



R2 gaf daarnaast aan dat het heel belangrijk is om zo vroeg mogelijk actief te worden, omdat je in het begin het meeste herstel boekt. R3 vond dat zoveel mogelijk oefenen het meeste herstel gaf. Deze percepties maakten dat de respondenten gemotiveerd waren om te gaan lopen.

Persoonlijke factoren - Intention

R1 en R3 gaven aan dat ze meer wilden lopen dan wat ze nu deden en dat ze niet tevreden waren met de hoeveelheid die ze liepen. Deze respondenten hadden een sterke motivatie om te oefenen.

R2 was tevreden met de hoeveelheid die hij liep en gaf aan dat hij niet meer wilde lopen. Deze tevredenheid kan hierin belemmerend werken, terwijl de patiënt dit niet zo ziet.

Persoonlijke factoren - Health condition

R1 en R2 gaven aan dat ze flink beperkt werden in het lopen, toen ze een trauma of operatie hadden ondergaan. Ze waren afhankelijk van de zorg en konden op ADL niveau niet alles meer zelfstandig doen.

R3 was de enige die aanhaalde dat hij soms niet ging lopen omdat hij geen zin had. Stemming speelde voor deze respondenten maar een kleine rol. Alle respondenten voelden zich gezond, ondanks het CVA en ervoeren geen andere storende co-morbiditeiten. Dit maakte dat ze alles konden doen en niet verder belemmerd werden in het lopen.

Omgevingsfactoren-Fysieke omgeving

R2 en R3 gaven aan dat weer een grote invloed heeft op het wel of niet gaan lopen. Wanneer het slecht weer was, zouden ze niet gaan. Bij mooi weer was het vanzelfsprekend om te gaan lopen.

Daarnaast gaf R3 aan dat oneffen ondergrond ook invloed heeft op het lopen, terwijl R1 juist overall liep. R3 zocht samen met zijn partner de routes uit, welke zo goed mogelijk begaanbaar waren. De partner heeft hierin een grote rol en zal in het volgende thema meer besproken worden. Op effen ondergrond kon de respondent veel langer doorlopen.

Gemak is voor alle respondenten een reden om niet te gaan lopen. Bij langere afstanden pakte R2 sneller de auto of hij liet de boodschappen een keer zitten.

Omgevingsfactoren-Social influence

Reacties in dit thema liepen bij de respondenten zeer uiteen. R1 benadrukte dat ze het liefste gaat lopen als er iemand bij is. Gezelschap en gezelligheid is bij haar een grote bevorderende factor om te gaan lopen. Als ze alleen was, ging ze niet zomaar.

R2 liep het liefste alleen, op zijn eigen tempo. De sociale omgeving had bij hem zo goed als geen invloed. R3 had daarentegen zijn omgeving nodig om vallen te voorkomen. Zijn partner liep mee en was bepalend voor hoeveel ze liepen. Valangst van de partner is de grootste belemmerende factor bij hem om meer en verder te gaan lopen.

Daarnaast wordt het lopen bij R3 weinig gestimuleerd vanuit professionals/therapeuten. Hij ervoer dat ze weinig tijd hadden en niet bezig waren met verbetering van het lopen.

Participatie

Respondenten liepen vooral voor ADL-activiteiten (huishouden en toiletgang), hobby's (tuinieren) en verenigingsactiviteiten. R1 deed dit vooral voor de sociale contacten, R3 vermeerde dit liever gezien de hoeveelheid prikkels. Drukke en zittende hobby's als lezen, computeren en televisie kijken zorgden ervoor dat de respondenten niet zomaar eropuit gingen.

Activiteiten

R3 wilde graag weer zelfstandig kunnen lopen, zodat hij meer zelf kon lopen. Buiten lopen was voor hem bedoeld om te oefenen hierin. Hulpmiddelen als rollator waren essentieel om te kunnen lopen. R2 liep ook verder, wanneer hij gebruik maakte van zijn rollator. R1 had geen hulpmiddelen nodig.



Stoornis door CVA

Kracht en controle in het been speelden een belangrijke rol voor R1 en R3 in het niet verder kunnen lopen. Verminderde conditie/fitheid speelde ook een rol voor R1 en R3 in het niet verder kunnen lopen, maar beiden vonden dit minder belangrijk dan kracht en controle. Training van kracht en conditie zou volgens R1 helpen om verder te lopen, maar ze ging er niet meer van lopen. R3 zou zich meer geholpen voelen bij training van de controle rondom het been dan bij conditie.

Evenwicht was voor R2 een belangrijke reden om niet verder te kunnen lopen. Hij kreeg last van de knieën en de rug na een langere tijd lopen. R3 had ook last van verminderd evenwicht, maar dit was vooral voor de partner een reden om angstig te zijn. Zij schatte in of hij nog verder kon lopen.

Samengevat legde respondent 1 de nadruk op feit dat ze het liefste loopt met gezelschap en dat ze niet zomaar of zonder doel gaat lopen. Ze wilde graag meer en verder lopen, maar te weinig kracht in het been en verminderde fitheid belemmerde dit. Valangst beïnvloedde haar manier van lopen.

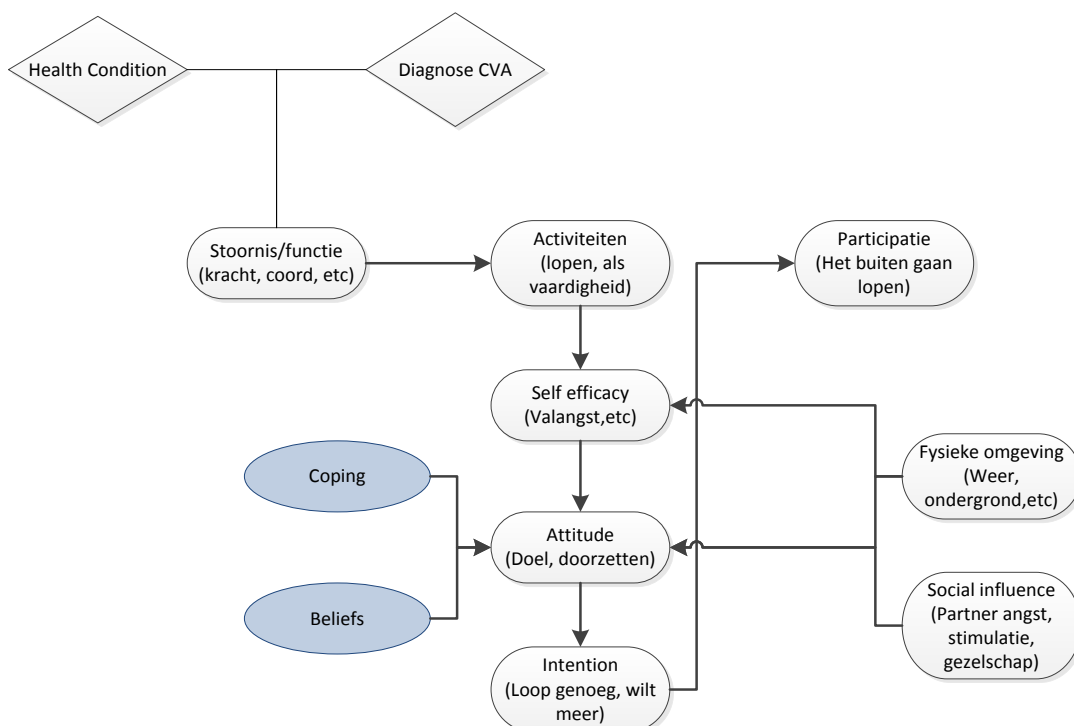
Respondent 2 gaf aan tevreden te zijn met de hoeveelheid dat hij loopt. Gemak, slecht weer en geen doel weerhield hem ervan om te gaan lopen. Evenwicht was bij hem de beperkende factor om verder te lopen.

Respondent 3 mocht niet alleen lopen van de partner omdat ze bang was dat hij zou vallen. Te weinig motorische controle en evenwicht spelen hierin mee. Hij wilde graag meer en verder lopen, maar er was weinig stimulatie vanuit fysiotherapie en zijn partner durfde niet verder. Slecht weer was een reden om niet te gaan lopen.

Doorzetten was een instelling die elke respondent hielp om verder te komen in het lopen.

Figuur 3 geeft een beeld van hoe het PAD-model voor de CVA-patiënt kan toegepast worden. In het originele PAD-model komen onderdelen als coping en beliefs nog niet voor. Deze zijn in dit aangepaste model toegevoegd. Te zien is dat persoonlijke en omgevingsfactoren grote invloed hebben op het gaan lopen. Ondanks dat de CVA-patiënt wel kan lopen, gaat deze dit niet zomaar doen. Invloed van het zelfvertrouwen, coping, sociale en fysieke omgeving bepalen een groot deel de houding naar (attitude) en uiteindelijk de wil (intention) om te gaan lopen.

Figuur 3. PAD-model uitgewerkt voor de CVA-patiënt.



Discussie

Het doel van deze studie was om door middel van interviews erachter te komen wat de belemmerende en bevorderende factoren waren om te gaan lopen in de chronische fase na een CVA. Bij alle respondenten kwam naar voren dat evenwicht, valangst (van henzelf of van de partner) en kracht en controle in het been een grote belemmerende factor was, met name om verder te gaan lopen. Gemak en slecht weer was een vaakvoorkomende factor om niet te gaan lopen. Stimulatie door de omgeving of door (para)medici zou helpen om meer en vaker te gaan lopen. Daarnaast was het belangrijk dat men doorzettend was en een doel voor ogen had om te gaan lopen. Twee van de drie respondenten gaven aan dat ze meer wilden lopen en dat meer kracht en controle in het been hiervoor nodig was. Trainen van de conditie zou ook helpen maar was minder belangrijk.

Dat balans een belemmerende invloed heeft op de loopactiviteit, komt overeen met wat Michael et al.(2005) heeft aangetoond in haar studie. Van de participanten die een laag aantal stappen op een dag zetten, was er een significant lagere score te vinden op de BBS.

Een andere belemmerende factor die participanten naar voren brachten was valangst. Uit de studie van Schmid & Rittman(2009) kwam naar voren dat CVA-patiënten die gevallen zijn, vaak zelf ervoor kozen om loopgerelateerde activiteiten te mijden ter voorkoming van vallen. Respondenten binnen dit onderzoek gaven aan dat ze moeilijke situaties juist niet uit de weg gingen, ondanks dat ze bang waren om te vallen. Één respondent gaf zelfs aan dat hij door het vallen juist vertrouwen erin gekregen heeft dat het wel goed komt. De vraag nu is in hoeverre dit in de realiteit ook zo gebeurt of dat de respondenten vooral graag willen dat valangst geen rol speelt in hun loopactiviteit.

Respondenten gaven ook aan dat krachttraining zou kunnen helpen om verder te gaan lopen. Mudge et al.(2009) heeft middels een follow-upstudie onderzocht wat het effect van training (van kracht, balans en taakspecifiek lopen) is bij CVA-patiënten die minstens zes maanden ontslagen waren van revalidatie. De resultaten van de onderzoeksgroep uit de zes-minuten wandeltest waren na interventie significant beter dan de controlegroep, maar de onderzoeksgroep liet geen verbetering zien in loopactiviteit. Ook was na drie maanden geen verschil meer te zien in behaalde resultaten. Dit laat zien dat er meer factoren meespelen voor loopactiviteit dan alleen het fysiek functioneren.

Verder bevestigen de resultaten uit dit onderzoek dat vermijding van slecht weer en oneffen ondergrond invloed heeft op hoe vaak of hoe lang iemand buiten gaat lopen (Robinson et al., 2013).

Naast deze fysieke omgevingsfactoren, bleken ook sociale omgevingsfactoren invloed te hebben op het lopen. Barnsley et al. (2012) heeft via kwalitatief onderzoek uitgezocht dat de invloed van de omgeving zoals partner, therapeuten en familie bepalend kan zijn of iemand wel of niet naar buiten gaat. De partner kan een remmende invloed hebben, mogelijk door angst. Bij één respondent was dit erg herkenbaar. Hij mocht niet alleen naar buiten van zijn partner en de partner bepaalde hoever ze gingen lopen. De partner had grote angst dat haar man zou vallen. Het is van belang om als therapeut hierop in te spelen door de omgeving te betrekken bij de behandeling en het creëren van zelfvertrouwen.

Vanuit hetzelfde onderzoek van Barnsley et al.(2012) kwam ook naar voren dat mensen eerder naar buiten gingen als ze een zinvolle bestemming hadden. Dit komt overeen met de resultaten die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Om de loopactiviteit te stimuleren is het daarom belangrijk samen met de patiënt doelen op te stellen waarom men zou gaan lopen.

Beperkingen van de studie

Een mogelijke beperking van deze studie is het gebruik van het PAD-model (vd Ploeg 2004). Er is bewust gekozen om het PAD-model te gebruiken voor de analyse omdat dit het enige bekende analysemodel is dat specifiek gericht is op het fysiek functioneren en de beïnvloedende factoren hiervan voor mensen met een beperking. Helaas was dit model vooral bedoeld om gedragsverandering te stimuleren, wat niet het primaire doel was van dit onderzoek. Daarnaast was dit model niet specifiek gericht op de CVA-patiënt en was het model al verouderd. Daarom sloot het model niet altijd aan bij wat de respondent vertelde en ontbraken er deelthema's als coping en beliefs. Om deze redenen is er bewust gekozen voor deductieve codering, met ruimte om inductief



nieuwe thema's te identificeren. Elo & Kyngas (2008) gaf aan dat wanneer er specifiek deductief geanalyseerd wordt, er alleen passende data gebruikt wordt voor de analyse. Dat houdt in dat andere belangrijke data verloren kan gaan. Voor dit onderzoek zou alleen deductief analyseren vanuit het PAD-model daarom te kortzichtig zijn. Onderzoek is nodig naar een passender analysemodel dat gericht is op de percepties van een CVA-patiënt.

Een andere beperking was dat er geen reductie was van onrelevante tekst uit de transcripties. Hier is een bewuste keuze voor gemaakt. Dit leverde meer werk op binnen het analyseproces, maar zorgde er wel voor dat er een goed beeld gevormd kon worden van de respondent.

Verder is er in dit onderzoek niet gekeken naar de daadwerkelijke loopactiviteit. Binnen de interviews is er uitgevraagd naar hoe vaak en hoe lang de respondent liep. Deze gegevens zijn gebruikt in de resultaten om een beeld te krijgen van de loopactiviteit van een respondent en konden indien nodig vergeleken worden met de perceptie die erbij hoort. De uitgevraagde loopactiviteit binnen dit onderzoek valt niet te vergelijken met de loopactiviteit genoemd in de inleiding, omdat deze kwantitatief gemeten is. Toch is het goed om de loopactiviteit uit te vragen, ondanks dat deze subjectief is. Een gemiddelde therapeut heeft nu nog niet het vermogen om iemands loopactiviteit (objectief) bij te houden en de patiënt daarin te coachen. Vaak is er geen valide apparatuur binnen een praktijk hiervoor aanwezig omdat dit veel geld kost en de therapeut heeft geen tijd om de patiënt de hele dag te volgen. De therapeut moet het nu nog hebben van de subjectieve ervaring van de patiënt. Er is op dit moment vanuit TNO onderzoek gaande naar een apparaat die de loopactiviteit meet en de therapeut helpt om de patiënt hierin te coachen. Om nog een beter beeld te krijgen van de loopactiviteit en de perceptie die erbij hoort, zou bij vervolgonderzoek naast interviews, een kwantitatieve meting van de loopactiviteit uitgevoerd moeten worden.

Een beperking van de gepresenteerde resultaten was dat de onderzoeker mogelijk subjectieve invloed heeft gehad op de uitkomst van het kwalitatieve onderzoek. Voor een betere validiteit zijn daarom controles van transcripties uitgevoerd en zijn er consensusbesprekingen gedaan. Dat sommige thema's vaker aangehaald zijn, houdt niet direct in dat dit de meest belangrijke factoren zijn. Een tabel alleen zou daarom onvoldoende antwoord geven op de onderzoeksvraag.

Als laatste was dit onderzoek uitgevoerd bij een klein aantal CVA-patiënten. De onderzoekspopulatie is mogelijk niet representatief voor de hele populatie. De onderzoekspopulatie was wel gespreid, maar de leeftijd was hoog en de tijd na CVA had een grote spreiding. Bij één respondent was bijvoorbeeld de rol van de partner enorm beïnvloedend. Uit dit onderzoek wordt niet duidelijk of dit ook voorkomt bij dezelfde populatie buiten dit onderzoek. Dit geldt ook voor andere voorkomende factoren. De vraag is daarom in hoeverre de onderzoeksresultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar de praktijk (externe validiteit). Onderzoek naar percepties in grotere onderzoekspopulaties is nodig om dit verder te kunnen onderbouwen.

Ondanks de kleine onderzoekspopulatie is er nu wel meer bekend geworden wat de percepties zijn ten opzichte van het lopen na een CVA. Therapeuten kunnen rekening houden met de factoren die vanuit dit onderzoek naar voren zijn gekomen en hier hun trainingen strategischer op inrichten. Op deze manier is er hoop op langer behoud van mobiliteit en zelfstandigheid en daarmee de kwaliteit van leven.

Conclusie

Mensen die in de chronische fase leven na een CVA ervaren dat ze een doel moeten hebben om te gaan lopen. Gemak, geen doel hebben en slecht weer weerhoudt hen ervan om te lopen. Wanneer ze lopen, belemmert vaak het evenwicht, valangst, de kracht en aansturing van het been hen om verder te lopen. Training hiervan zou wellicht helpen verder te komen. Sociaal gezelschap stimuleert het lopen vaak, maar invloed van de partner (door angst om te vallen) kan ook remmend zijn. Verder onderzoek naar percepties in grotere onderzoekspopulaties is nodig om dit verder te kunnen onderbouwen.



Literatuur

1. Barnsley, L., McCluskey, A., Middleton, S. (2012). What people say about travelling outdoors after their stroke: A qualitative study. *Australian Occupational Therapy Journal*; 59, 71–78.
2. Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced Nursing* 62(1), 107-115.
3. Eyck, A., Peerenboom, P.B. (2006). Revalidatie in Nederland. De grenzen van AWBZ en ZVW. ETC TANGRAM, Leusden. (via website: http://www.cbo.nl/Downloads/218/rl_beroerte_09.pdf bezocht op 25-02-2013).
4. Franke CL. (2001). Acute zorg voor patiënten met een beroerte. Ziekenhuis stroke unit en TIA-poli. *Ned Tijdschr Neurol* 6: 428-43 (Via website: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/beroerte/beschrijving/> bezocht op 13-03-2013).
5. Lord, S.E., McPherson, K., McNaughton, H.K., Rochester, L., Weatherall, M. (2004). Community ambulation after stroke: how important and obtainable is it and what measures appear predictive? *Arch Phys Med Rehabil*. Feb;85(2):234-9.
6. Michael, K.M., Allen, J.K., Macko, R.F. (2005). Reduced ambulatory activity after stroke: the role of balance, gait, and cardiovascular fitness. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Volume 86, Issue 8, Pages 1552–1556.
7. Mudge, S., Barber, P.A., Stott, N.S. (2009). Circuit-based rehabilitation improves gait endurance but not usual walking activity in chronic stroke: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 90:1989-96.
8. Ploeg, H.P van der., Beek, A.J. van der, Woude, L.H. van der, Mechelen, W. van. (2004). Physical activity for people with a disability: a conceptual model. *Sports Med*, 34(10):639-49.
9. Port, I.G.L van de, Kwakkel, G., Wijk, I. van, Lindeman, E. (2006). Susceptibility to Deterioration of Mobility Long-Term After Stroke. A Prospective Cohort Study. *Stroke*. 37:167-171.
10. Robinson, C.A., Matsuda, P.N., Ciol, M.A., Shumway-Cook, A. (2013). Participation in community walking following stroke: the influence of selfperceived environmental barriers. *Phys Ther*. Feb;93.
11. Roos, M.A., Rudolph, K.S., Reisman, D.S. (2012). The structure of walking activity in people after stroke compared with older adults without disability: a cross-sectional study. *Phys Ther*. Sep;92(9):1141-7. doi: 10.2522/ptj.20120034. Epub 2012 Jun 7.
12. Schmid, A.A., Rittman, M. (2009). Consequences of poststroke falls: activity limitation, increased dependence, and the development of fear of falling. *Am J Occup Ther*. May-Jun;63(3):310-6.
13. Wijk, I. van, Algra, A., Port, I.G. van de, Bevaart, B., Lindeman, E. (2006). Change in mobility activity in the second year after stroke in a rehabilitation population: who is at risk for decline? *Arch Phys Med Rehabil*. Jan;87(1):45-50.
14. World Health Organization (WHO). (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*, Geneva: World Health Organization.



Bijlage 1. Topiclijst Interview

Opening

- Kennismaken
- Introductie van het interview
- Toestemming

Persoonsgegevens

- Naam
- Geboorte datum
- Geslacht
- Thuisituatie/Burgerlijke staat/partner
- Adres
- Datum CVA
- Soort CVA
- Locatie CVA
- (Huidige) medicatie
- (Huidige) therapie
- Hulpmiddelen
- Revalidatieproces/ Beloop herstel
- Behandelende professionals
 - o Arts
 - o Fysiotherapeut
 - o Verpleegkundige

Openingsvraag:

Wat heeft u vandaag allemaal gedaan?

Begin vraag:

Hoe ver heeft u vandaag gelopen?

Topic 1: Gezondheid

Hoofdvraag: Hoe denkt u over u algehele gezondheid?

Deelvragen:

- Heeft uw loopactiviteit (lichaamsbeweging) invloed op uw gezondheid?
- En heeft dit invloed op uw loopactiviteit?

Topic 2: Lopen algemeen

- Hoeveel, hoever loopt u maximaal op een dag? Gebeurt dit regelmatig?
- Komt u overal heen waar u heen wilt?
- Wat beïnvloedt uw beslissing wel of niet te gaan lopen?
- Loopt u alleen of in gezelschap van man/ vriendinnen/ etc.?
- Heeft u hulp nodig bij het lopen? Zo ja
 - Van wie/wat
 - Helpt dat ook met het lopen? (motivatie, tempo, afstand)

Topic 3/4: Binnenshuis/buitenshuis

- Woont u in de stad (alles dichtbij) of wat meer buitenaf
 - o Hoe verplaatst u zich over het algemeen buitenshuis?
- Als u loopt, wat is dan:
 - o Het doel
 - Waarvoor (lopen in de vrije tijd en lopen voor huishoudelijke taken)



- Waarheen
 - Gaat u wel eens een dagje ergens naar toe? (bijv. musea, dierentuin)
 - De afstand
 - De ondergrond/ hindernissen/ trap / Mensendrukke/ Weer / Hellingen/ Trappen
 - De tijd/duur
 - De kwaliteit (verschil met vroeger)
 - Intensiteit (hoe snel?, hoe zwaar?) (hoe voelt u zich daarbij?)
 - Vermoeidheid (Hoe snel erna kunt u weer iets anders doen?)
- Ervaart u problemen buitenshuis met het lopen? (Ondergrond /Hindernissen /Mensendrukke / Weer (gladheid/wind/regen enz)/ Hellingen/ Trappen)
 - Zo ja hoe gaat u hier mee om (ontwijken of juist vaak oefenen)
- **Wat zijn voor u redenen om wel of juist niet te lopen buitenshuis?**
- **Wat zou u helpen meer buiten te lopen?**
- **Wat zou u motiveren meer buiten te lopen?**

Topic 5: Hobby's

Heeft u op dit moment een hobby waarbij u moet lopen? Hoe besteedt u het liefst uw tijd?

- Indien nee, waarom niet? (sinds CVA niet meer?)
- Zo ja, welke?
- Zijn er hobby's die u graag weer zou willen oppakken?

Topic 6: Lichaamsbeweging

Heeft u voor het CVA aan sport gedaan of was u anders lichamelijk actief?

- Wat voor sport/lichamelijke activiteit
- Hoe vaak/ intensief?
- Vond u het leuk of belangrijk om te bewegen/sporten?

Beweegt u op dit moment?

- Zo niet, heeft u daar behoefte aan? Waarom?
- Zo ja,
 - Welke activiteit voert u uit?
 - Moet u hiervoor veel lopen?
 - Waarom vindt u het fijn dit te doen?
 - Hoe vaak beweegt u?
 - Hoe vindt u dat het bewegen gaat (intensiteit)?
 - Kunt u de activiteit de gehele tijd volhouden?

Afsluiting

Bent u tevreden met de wijze waarop u nu kunt lopen?

Zijn er nog dingen die u nog graag wilt vertellen die nog niet aan bod zijn gekomen of die ik volgens u zou moeten weten?



Bijlage 2. Afspraken met betrekking tot transcriberen

- Harde return bij sprekerswisseling
- Spreker met de volgende afkortingen aangeven:
 - o Respondent "R"
 - o Mantelzorger/partner "M"
 - o Interviewer "I"
 - o In een groepsinterview worden de respondenten genummerd: "R1", "R2" enz.
- // "..." overlappende sprekers, aangeven op nieuwe regel.
- ... pauze < 1 seconde
- (2,0) als de pauze 2,0 sec. duurt
- (emotie) b.v. (boos) of (cynisch)
- *Cursief* (als iets met nadruk wordt gezegd)
- ?(brabbel)? Als iets niet of moeilijk te verstaan is, schrijf je dat wat je verstaat tussen haakjes
- ?
- !
- Regelnummering en pagina nummering: elke regel wordt genummerd en elke pagina ook
- Regelafstand 1,5

Extra afspraken:

- Tijdsnotitie na elke minuut
- Bij niet verstaanbare zinnen ook tijdsweergave noteren.

Controle van transcripties:

- Naluisteren hele interview
- Steekproef 2x1 minuut kiezen.
- 1^e gekozen minuut transcriberen. Erna naast de te controleren versie leggen.
- Indien de eerste minuut in orde is, wordt de 2^e steekproef minuut meegelezen tijdens het luisteren.
- Hele bestand nalopen op onduidelijkheid/onverstaanbaarheden.
- Student past bestand aan indien nodig, en slaat deze vervolgens op in definitieve brontekst mapje.

Databeheer:

Bij de transcripties worden USB-sticks gebruikt. De data blijft op deze sticks en mag de HU niet verlaten. (Privacy wetgeving). De sticks worden bewaard op kamer 0.073 in een doos op het bureau links achter bij het raam.



Bijlage 3. Definitieve codeboom

	Hoofdthema	/Deelthema	/Deelthema 2	/Deelthema 3 -output	R1	R2	R3	Totaal:		
Belemmerend	Persoonlijke factoren									
		Attitude	Coping	Zonder doel/zomaar	7	4		11		
			Beliefs	Schaamte	2			2		
		Intention			Tevreden over hoeveelheid lopen		7		7	
		Health condition			Stemming/depressie			1	1	
					Gewrichtsklachten				0	
					Trauma/chirurgie	2	2		4	
		Self efficacy/bezorgdheid			Angst voor recidief		1		1	
					Valangst	2	2	1	5	
	Omgevingsfactoren									
		Fysieke omgeving			Lange afstanden		1		1	
					Gemak/convenience	1	3	2	6	
					Oneffen ondergrond		2	2	4	
					Slecht weer		2	3	5	
					Ontoereikende financiële middelen	1			1	
		Social Influence			Negatieve attitude van proffessionals			4	4	
					Lage beschikbaarheid van professionals			3	3	
					Geen gezelschap			6	6	
					Mantelzorg/Partner	Partner stimuleert niet/geen behoefte		3		3
						Angst voor vallen partner			7	7
	Participatie									
				Zithobby's	1	2		3		
				Geen FT meer	1			1		
				Andere dingen te doen/drukte		2		2		
	Activiteit (kunnen/vaardigheid)									
				Lange afstanden	3			3		
	Stoornis door CVA									
Hemiplegie/motorische controle slecht				1		2	3			
Kracht te weinig in been				3			3			
Algemene vermoeidheid				2	1		3			
Conditie te laag				3			3			
Cognitie verminderd						1	1			
Evenwicht verminderd					5	1	6			

	Hoofdthema	/Deelthema	/Deelthema 2	/Deelthema 3 -output	R1	R2	R3	Totaal:	
Bevorderend	Persoonlijke factoren								
		Intention		Wil meer/verder lopen	4		4	8	
		Self efficacy		Minder bezorgd over recidief		1		1	
				Minder bezorgd geworden om te vallen	1	2	1	4	
		Health condition		Voelt zich gezond	2		2	4	
				Nooit ziek/griep	1			1	
				Geen pijn	1			1	
		Attitude	Coping	Niet drukmaken	1			1	
				Affiniteit met bewegen/geen stilzitter	3	8	5	16	
				Doelgericht	5	3		8	
				Doorzetten/gedreven	11	5	3	19	
			Belief	Geen schaamte meer	1			1	
				Een goede start is het halve werk		3		3	
				Veel oefenen=meer effect/herstel			3	3	
				bewegen is een manier van leven		1		1	
				Naar buiten/Frisse lucht is goed voor gezondheid	2			2	
				Beweging is goed voor gezondheid	7	2	2	11	
				Lopen/bewegen om stijfheid te voorkomen	1	1		2	
				Zit in de genen		2		2	
	Omgevingsfactoren								
		Fysieke omgeving		Landschap effen			3	3	
				Mooi weer		2	1	3	
				Financieel toereikende middelen	1			1	
		Social Influence		Woning		1		1	
				Feedback stimulatie(technologie)			1	1	
				Motivatie/sturing door professional	3	1	2	6	
				Mantelzorg/ Partner	Als er iemand bij is/loopt			5	5
						Partner stimuleert			1
				Gezelschap/gezelligheid stimulerend	9			9	
	Omgeving houdt rekening			1			1		
	Participatie								
		Sociale participatie				1	1	2	
		Sport/vereniging			3	2	1	6	

		Hobby	1	4		5
		ADL	3	3	1	7
	Activiteit (vaardigheid/kunnen)					
		Hulpmiddelen	1	2	2	5
		Weer (zelfstandig) kunnen lopen			3	3
		Kunnen traplopen		2		2
	Stoornis door CVA					
		Hemiplegie/motorische controle	1		1	2
		Nog steeds vooruitgang		1		1
		Conditie/uhv	3		3	6
		Kracht in been	4			4

	Hoofdthema	/Deelthema	/Deelthema 2	/Deelthema 3 -output	R1	R2	R3	Totaal:
Neutraal								
		Persoonlijke factoren						
			Attitude					
				Autonoom ingesteld		1		1
			Self efficacy	Voorzichtiger, niet minder	2			2
		Omgevingsfactoren		Feedback(technologie)	2	2		4
		Stoornis		Verminderd evenwicht belemmerd gaan lopen niet		1	1	2
				Conditie geen probleem		1	3	4