Tevredenheidonderzoek Activiteitentherapie

umcg

Annemieke van de Bovenkamp
Amy Voerman
Juni 2010
Christelijke Hogeschool Windesheim
Sociaal Pedagogische Hulpverlening

Titel van het onderzoek:

‘Tevredenheidonderzoek Activiteitentherapie’

Opdrachtgever:

Naam opdrachtgever: Mariëlle van der Zee
Functie: Activiteitentherapeut binnen het reuma revalidatieteam
Instelling: Centrum voor Revalidatie UMCG, locatie Beatrixoord in Haren

---

Begeleider vanuit de opleiding:

Naam: Han Dekker
Functie: docent binnen Christelijke Hogeschool Windesheim

Literatuurverwijzing:

Zie bijlage drie

Gebruikte afkortingen:

Binnen het onderzoek gebruiken wij de volgende afkortingen:
RA = Reumatische Artritis
AT = Activiteitentherapie
CvR = Centrum voor Revalidatie
RA-Balans = Rust-Activiteit Balans
UMCG = Universitair Medisch Centrum Groningen

Voorwoord

In ons onderzoek doen we een tevredenheidmeting naar de AT. Hierbij richten wij ons op hoe de patiënten de behandeling van de AT hebben ervaren en of zij het geleerde in hun thuissituatie kunnen toepassen. Daarnaast hebben wij achterhaald waar de uitdagingen en verbeterpunten liggen voor de AT. De onderzoeksvraag die wij hiervoor hebben gebruikt is: “Is de huidige behandeling van de AT voor RA patiënten voldoende, zodat de patiënten het geleerde tijdens behandeling kunnen toepassen in de thuissituatie?”

Hoe tevreden zijn reuma patiënten over de activiteitentherapie?
Om op deze vraag een antwoord te krijgen hebben wij de patiënten telefonisch geënquêteerd. We hebben 64 patiënten benaderd. Van deze 64 patiënten hebben er 29 deelgenomen aan het onderzoek. In de enquête hebben wij vragen gesteld over hun ervaring met de AT en wat zij eraan hebben gehad voor de thuissituatie.

De opdrachtgever voor dit onderzoek is Mariëlle van der Zee, activiteitentherapeut van het reuma revalidatieteam binnen het Centrum voor Revalidatie UMCG locatie Beatrixoord in Haren.

Wij zijn, Annemieke van de Bovenkamp en Amy Voerman, studenten van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening, aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle. Wij zitten in het vierde leerjaar en dit onderzoek is het laatste onderdeel van de opleiding.

Het tevredenheidonderzoek is het eerste onderzoek naar de tevredenheid over de behandeling van AT. Wij hopen dat het onderzoek positieve uitkomsten geeft, zodat de AT zich kan blijven ontwikkelen.

Graag willen wij de volgende mensen bedanken; Mariëlle van der Zee, Han Dekker, familie en vrienden. Zij hebben ons ondersteund tijdens het onderzoek.

Inhoudsopgave

Inhoud: ***Pagina:***

Voorwoord 3
Inhoudsopgave 4
Samenvatting 5

Hoofdstuk 1 Inleiding 6
1.1 Aanleiding voor het onderzoek 6
1.2 Hoofdvraag en deelvragen 6
1.3 Doel van het onderzoek 6
1.4 Onderzoeksgroep en onderzoeksterrein 7

Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet 8
2.1 Meetinstrumenten 8
2.2 Kwantitatief onderzoek 9
2.3 Betrouwbaarheid en validiteit 9

Hoofdstuk 3 Verdiepende theorie 10
3.1 Activiteitentherapie 10-13
3.2 CBO- richtlijnen 14
3.3 Doelgroepanalyse 15
3.4 Ontspanning 16-19
3.5 Over- en onderbelasting 20-21
3.6 Gespreksvaardigheden 22-23

Hoofdstuk 4 Resultaten uit praktijkonderzoek feitelijk 24
4.1.1 Algemeen 24
4.1.2 Ontspanningsmomenten 25-27
4.1.3 Inzicht in eigen handelen 28-30
4.1.4 Informatievoorziening 31-32
4.1.5 Tevredenheid 33-39

Hoofdstuk 5 Conclusies interpretaties, verbanden leggen 40
5.1 Herhaling van de centrale vraag- en doelstelling 40
5.2 Antwoord op de deelvragen 40
5.3 Antwoord op de centrale vraagstelling 41
5.4 Overige conclusies 41
5.5 Aanbevelingen en adviezen 42-43
5.6 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek 43

Hoofdstuk 6 Discussies 44
6.1 Evaluatie van resultaten 44-46

Bijlage 47
Inleidende brief 48
Enquête 49-53
Bronnenlijst 54

Samenvatting

Dit is een onderzoek naar de tevredenheid van patiënten over de AT binnen het Centrum voor Revalidatie UMCG locatie Beatrixoord in Haren.

De populatie waar het onderzoek zich op richt zijn mannen en vrouwen tussen de 22 en 70 jaar met Reumatische Artritis (RA).

De vraagstelling die wij voor het onderzoek hebben gebruikt:
“Is de huidige behandeling van de AT voor RA patiënten voldoende, zodat de patiënten het geleerde tijdens behandeling kunnen toepassen in de thuissituatie?”

Deelvragen;
1. Zijn patiënten tevreden over hun rust – activiteitenbalans in het dagelijkse leven?
2. Hebben patiënten na behandeling van AT meer inzicht in hun handelen? Zo ja, hoe komt dit? Hierbij kun je denken aan grenzen aangeven, weten waar je mogelijkheden en beperkingen liggen.
3. Kunnen patiënten dat wat zij hebben geleerd tijdens de behandeling van de AT toepassen in de thuissituatie?
4. Hoe hebben de patiënten de AT ervaren?
5. Waar liggen de verbeterpunten t.a.v. de AT.

Binnen het onderzoek zijn de patiënten benaderd met een inleidende brief, waarin het onderzoek werd aangekondigd en patiënten zijn voorbereid op de telefonische enquête die een week na het verzenden van de brief is afgenomen.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de patiënten over het algemeen tevreden zijn over de AT. Daarnaast willen patiënten zich tijdens de therapie meer richten op de thuissituatie, zodat zij het geleerde kunnen integreren in dagelijkse leven. Patiënten gaven ook aan dat zij van medepatiënten willen en kunnen leren. Tot slot kwam naar voren dat patiënten graag zouden willen dat therapie-uren beter op elkaar aansluiten, zodat zij geen tussenuren hebben.

In het verslag zijn alle details beschreven en hebben wij adviezen gegeven voor de AT, waarmee de AT zich kan verbeteren en ontwikkelen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek.

Amy Voerman heeft stage gelopen binnen het Centrum voor Revalidatie. Daar lag de vraag om onderzoek te doen naar het effect van de AT. De effectmeting zal gericht zijn op de rust-activiteitenbalans en het integreren van ontspanningsmomenten.

De vraag kwam van Mariëlle van der Zee, zij is werkzaam als activiteitentherapeut binnen het reuma revalidatieteam, zij is de opdrachtgever van het onderzoek.

Toen wij aan het onderzoek begonnen kwamen wij erachter dat het niet mogelijk is om een effectmeting te doen naar de AT. Het kan niet omdat de patiënten tijdens de behandeling door mensen vanuit diverse disciplines gezien worden. De disciplines werken op verschillende manieren aan het integreren van rust-activiteit balans en ontspanningsmomenten. Voorbeeld: AT werkt aan het integreren van ontspannende activiteiten en de fysiotherapie richt zich op het lichamelijke vlak. Maar hoe kun je dan precies meten wat het aandeel van de AT hierin is? Wanneer je patiënten interviewt, dan zullen de antwoorden vervuild zijn, omdat zij de AT niet los kunnen zien van de andere therapieën.

Wij hebben toen samen met de opdrachtgever besloten om in plaats van een effectmeting een tevredenheidonderzoek naar de AT te doen. Met als doel de tevredenheid van de patiënten te meten en gerichte feedback te krijgen, waardoor de AT zich kan blijven ontwikkelen.

1.2 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag:
“Is de huidige behandeling van de AT voor RA patiënten voldoende, zodat de patiënten het geleerde tijdens behandeling kunnen toepassen in de thuissituatie?”

Deelvragen:
1. Zijn patiënten tevreden over hun rust-activiteiten balans in het dagelijkse leven?
2. Hebben patiënten na behandeling van AT meer inzicht in hun handelen? Zo ja, hoe komt dit? Hierbij kun je denken aan grenzen aangeven, weten waar je mogelijkheden en beperkingen liggen.
3. Kunnen patiënten dat wat zij hebben geleerd tijdens de behandeling van de AT toepassen in de thuissituatie?
4. Hoe hebben de patiënten de AT ervaren?
5. Waar liggen de verbeterpunten t.a.v. de AT.

1.3 Doel van het onderzoek:

Binnen ons onderzoek doen we een tevredenheidmeting naar de AT. Hierbij richten wij ons op hoe de patiënten de behandeling van de AT hebben ervaren en of zij het geleerde in hun thuissituatie kunnen toepassen. Daarnaast willen wij achterhalen waar de uitdagingen en verbeterpunten liggen voor de AT.

1.4 Onderzoeksgroep en onderzoeksterrein

De populatie van het onderzoek:
De populatie waar wij ons op richten zijn mannen en vrouwen tussen de 22 en 70 jaar met Reumatische Artritis. Zij hebben allemaal AT gehad binnen het Centrum voor Revalidatie UMCG locatie Beatrixoord in Haren. De behandeling is minimaal een jaar geleden.

Wij hebben voor deze doelgroep gekozen omdat wij de tevredenheid over de AT in kaart wilde brengen. Wij hebben een lijst gekregen met daarop alle patiënten die door Mariëlle van der Zee gezien zijn. Wij hebben met ons onderzoek dus geen steekproef gehouden, maar de hele populatie benaderd.

Onderzoeksterrein:
In het CvR-UMCG, locatie Beatrixoord zijn patiënten opgenomen die revalideren als gevolg van een chronische ziekte, een trauma of een niet aangeboren hersenletsel. Er zijn patiënten die poliklinisch- en klinisch revalideren. Het centrum is georganiseerd in multidisciplinaire behandelteams. Deze bestaan uit: een revalidatiearts, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een activiteitentherapeut.

Één van deze teams is het reuma revalidatieteam, waarin mensen met RA revalideren. Een onderdeel van deze behandeling besteedt aandacht aan de dagbesteding van de patiënt, wanneer de patiënt een hulpvraag heeft wat te maken heeft met zijn/haar dagbesteding. Hierbij is de activiteitentherapeut nauw betrokken.

2. Onderzoeksopzet

2.1 Meetinstrumenten

Voor ons onderzoek hebben wij ervoor gekozen om de patiënten te enquêteren. Er zijn verschillende manier om te enquêteren; persoonlijk en onpersoonlijk. Bij een persoonlijke enquêtevorm is er persoonlijk contact tussen een interviewer en de respondenten. Er bestaan verschillende persoonlijke enquêtevormen; huis-aan-huisenquête, straatenquête, en telefonische enquête. Er zijn ook onpersoonlijke enquêtevormen; via post of via internet. Voor het onderzoek hebben wij ervoor gekozen om als meetinstrument gebruik te maken van een persoonlijke enquêtevorm; de telefonische enquête. Deze manier heeft een aantal voordelen. Zo is het een snelle manier, het kost geen reistijd en het is niet duur. Bij telefonische enquêteren kun je de informatie van de patiënten ook meteen op de computer verwerken, ook dit scheelt tijd. Daarnaast verwachten wij een grotere respons omdat de patiënten persoonlijk worden benaderd. (Oudemans, A.M. & K.A.R. Markus, (2007) *Enquête research (tweede druk))*

De deelvragen komen voort uit de hoofdvraag en de deelvragen hebben wij gebruikt bij het opstellen van de enquêtevragen. De enquêtevragen zijn zo geformuleerd dat deze antwoord moeten geven op de deelvragen. Wij hebben geen directe koppeling gemaakt met de doelen van de AT zoals deze zijn beschreven in hoofdstuk 3.1. De enquêtevragen hebben een overlapping met de doelstellingen van de AT. Bijvoorbeeld het doel: Stimuleren van de bewustwording van het eigen leefklimaat en het structureren van de dagindeling. Hierbij word het accent vaak gelegd op het aanleren van een RA-Balans. In de enquêtevragen hebben wij het onderwerp ‘Ontspanningsmomenten’, waarin wij ingaan op de RA-Balans.

Bij het uitkiezen van de enquêtevorm hebben we rekening gehouden met de bereikbaarheid van de respondenten. ‘Waar vind je de respondenten die over de specifieke informatie beschikken die wij zoeken?’ Bij ons is het zo dat de informatie/gegevens van de patiënten te vinden is bij de administratie van het Centrum voor Revalidatie, zij weten precies welke patiënten relevant zijn voor ons onderzoek. De patiënten zijn telefonisch goed bereikbaar. Onze gehele populatie is op deze manier goed te bereiken. (Oudemans, A.M. & K.A.R. Markus, (2007) *Enquête research (tweede druk))*

Soms is het mogelijk om de enquête aan te kondigen bij de toekomstige respondenten. Wij hebben dit gedaan door middel van een inleidende brief, op deze manier wilden we de respondenten voorbereiden op de telefonische enquête. Bij de inleidende brief hebben we de enquête meegestuurd, om hen op deze manier de gelegenheid te geven zich voor te bereiden op de telefonische enquête. Voorbereidend voor de respondent en tijdbesparend voor ons als onderzoekers. (Oudemans, A.M. & K.A.R. Markus, (2007) *Enquête research (tweede druk))*

2.2 Kwantitatief

Wij doen een kwantitatief onderzoek. Wij onderzoeken of patiënten tevreden zijn over de AT, hiervoor maken wij gebruik van enquêtes. Om de meningen van de patiënten weer te geven, vertalen wij hun meningen in gemiddelden. Daarom werken wij met cijfers. Dit maakt ons onderzoek kwantitatief. Daarnaast doen wij een praktijkgericht onderzoek. Het onderzoek is gericht op maatschappelijke en relevante problemen. (Verhoeven, N. (2007) Wat is onderzoek? (Tweede druk)).

2.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid:
Bij ons onderzoek hebben we op de volgende manier rekening gehouden met de betrouwbaarheid.
Omvang: Voor het onderzoek hebben we de hele populatie genomen van RA patiënten binnen het CvR. Alle benaderde patiënten hebben een jaar of meer geleden AT gehad. Door de gehele populatie te nemen is het onderzoek zo groot mogelijk en dus betrouwbaar.
Fishing: Wij hebben ervoor gezorgd dat er geen fishing heeft plaatsgevonden in het onderzoek. Fishing houdt in dat je niet alles onnodig met elkaar in verband brengt en dat je niet gericht aan het onderzoeken bent, je bent aan het 'vissen' naar verbanden. Wij hebben hier rekening mee gehouden door bewust en gericht de enquête op te stellen.
Betrouwbaarheid van het meetinstrument: In de enquête hebben wij diverse vragen over hetzelfde onderwerp gesteld. Zo vroegen wij bijvoorbeeld eerst of zij tevreden waren met hun dagbesteding. Bij deze vraag konden zij kiezen uit: Zeer tevreden, tevreden, ontevreden en zeer ontevreden. De volgende vraag was welk cijfer zij hun dagbesteding zouden geven. Tot slot vroegen wij hen wat er zou moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen. Op deze manier konden wij de antwoorden met elkaar vergelijken en toetsen in welke mate de vragen dezelfde uitkomst gaven. (Fischer, T & Julsing, M (2007) *Onderzoek doen)*

Validiteit:
Validiteit heeft te maken met systematische fouten die het onderzoek beïnvloeden.

Alle onderwerpen die wij hebben gebruikt in de enquête zijn ingeleid met een tekst waarin wordt beschreven wat wij met de vragen bedoelen. Voorbeeld: De eerste vragen gingen over de rust-activiteitenbalans. Het volgende stuk hebben wij hierover toegelicht: 'Wij zouden graag willen weten of u ontspanningsmomenten integreert in de thuissituatie. Met ontspanningsmomenten bedoelen wij momenten waarop u een activiteit plant voor uzelf en of u hier tevreden over bent. De volgende vier vragen zullen hierover gaan'. Hiermee hebben wij het begrip 'vertaald' in meetbare termen.

Een sociaal wenselijk antwoord is een antwoord dat beter past bij een verwachtingspatroon. Om te voorkomen dat mensen sociaal wenselijk gaan antwoorden hebben wij bovenaan de enquête aangegeven dat de antwoorden anoniem verwerkt zouden worden. Daarnaast hebben wij aan het begin van elk gesprek nogmaals gezegd dat de gegeven antwoorden anoniem zouden worden verwerkt. (Verhoeven, N. (2007) *Wat is onderzoek?* (tweede druk)).

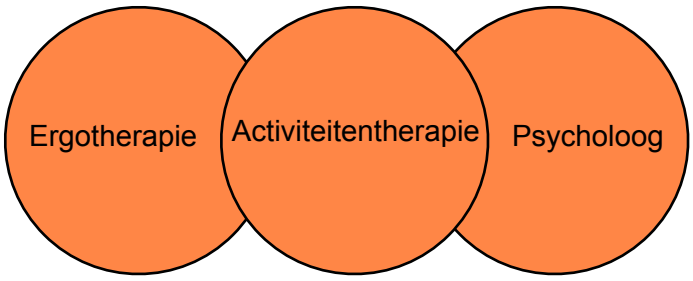
3. Theorie

3.1 Doel en methodiek van de activiteitentherapie

Hieronder vindt u de doelstellingen, werkwijze en gebruikte methodieken binnen de AT. Ook is er schematisch weergegeven hoe de behandeling er uit ziet van begin tot eind.

Doel van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG):
Toegepast Gezondheidsonderzoek stelt zich ten doel om een bijdrage te leveren aan het inzichtelijk maken en oplossen van knelpunten binnen de gezondheidszorg en aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg binnen de diverse gezondheidszorgvelden. Dit doet zij door het uitvoeren van kortdurende onderzoeksprojecten en de (eventuele) publicatie daarover. De projecten kunnen gericht zijn op:
- inventarisatie van knelpunten;
- uitvoering van proces- en effectevaluaties;
- uitvoering van satisfactieonderzoek;
- ontwikkeling van protocollen en richtlijnen en
- beschrijving van de gevolgen van gezondheidszorgbeleid, gekoppeld aan aanbevelingen om dit beleid te verbeteren. (http://www.rug.nl/umcg/faculteit/disciplinegroepen/gezondheidswetenschappen/tgo/doelstelling Geraadpleegd op 31-5-10)

Interdisciplinair werken:
Het Centrum voor Revalidatie werkt interdisciplinair. Interdisciplinair betekent ‘met betrekking tot tussenwetenschapsgebieden’. Dat betekent dat verschillende vakgebieden samenwerken, waarmee zij hun werkveld vergroten. Bij het CvR bestaat het Reuma revalidatie team uit de volgende disciplines: AT, diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, maatschappelijk werk, psychologie, psychomotorische therapeut, nurse practitioner, reumaverpleegkundige, reumatologen en verpleging.
De interdisciplinaire samenwerking zorgt ervoor dat de patiënt op alle vakgebieden belicht en ondersteund wordt, zodat de patiënt zo goed mogelijk kan revalideren. (http://www.encyclo.nl/begrip/interdisciplinair Geraadpleegd op 31-5-10)



Taakomschrijving Activiteitentherapie:
AT richt zich dagbesteding. Hoe kun je je dag zinvol invullen en omgaan met de mogelijkheden, beperkingen en interesses. AT richt zich op creatief, sociaal, arbeidsmatig en/of educatief vlak. Het doel is het vergroten van de zelfredzaamheid en structuur geven aan de dag. De AT heeft overlappingen met andere disciplines zoals de ergotherapie en psychologie. Dit komt doordat de terreinen van de verschillende disciplines een overlapping hebben. Zo werkt de AT ook aan het bewaken van grenzen en aan een goede houding tijdens de activiteit.

Hoofddoelstelling van de activiteitentherapie in het CvR:
'Het aangaan van een samenwerkingsrelatie met de patiënt, om door middel van creatieve activiteiten en activiteiten op sociaal, recreatief, arbeidsmatig en educatief gebied, een zinvolle dagbesteding te helpen bereiken, uitgaande van de mogelijkheden en behoefte van de patiënt. De dagbesteding in het bijzonder gericht op de thuissituatie'.

Overige doelen van de activiteitentherapie in het CvR:
1- Omgaan met de beperking binnen activiteiten. Hierbij kunt u denken aan aanpassingen voor het gebruik van de computer zoals een aangepaste muis of toetsenbord.
2- Stimuleren van de bewustwording van het eigen leefklimaat en structureren van de dagindeling. Hierbij wordt het accent vaak gelegd op het aanleren van een rust-activiteitenbalans.
3- Bevorderen van sociale contacten. Hierbij kunt u denken aan het doorverwijzen naar een cursus centrum of buurthuis.
4- Vergroten van zelfredzaamheid, door het aanleren van vaardigheden.
5- Een bijdrage leveren aan zelfontplooiing
6- Stimuleren van creativiteit

Gebruikte methodieken binnen de activiteitentherapie in het CvR:
In 1984 heeft de vrijetijdswetenschapper Hans Mommaas duidelijkheid proberen te krijgen wat de manier van werken is binnen het werkveld van de activiteitensector. Hierbij kunt u denken aan psychiatrie, ouderenzorg en zorg voor verstandelijk gehandicapten. Uit zijn onderzoek kwam een driedelig werkmodel.

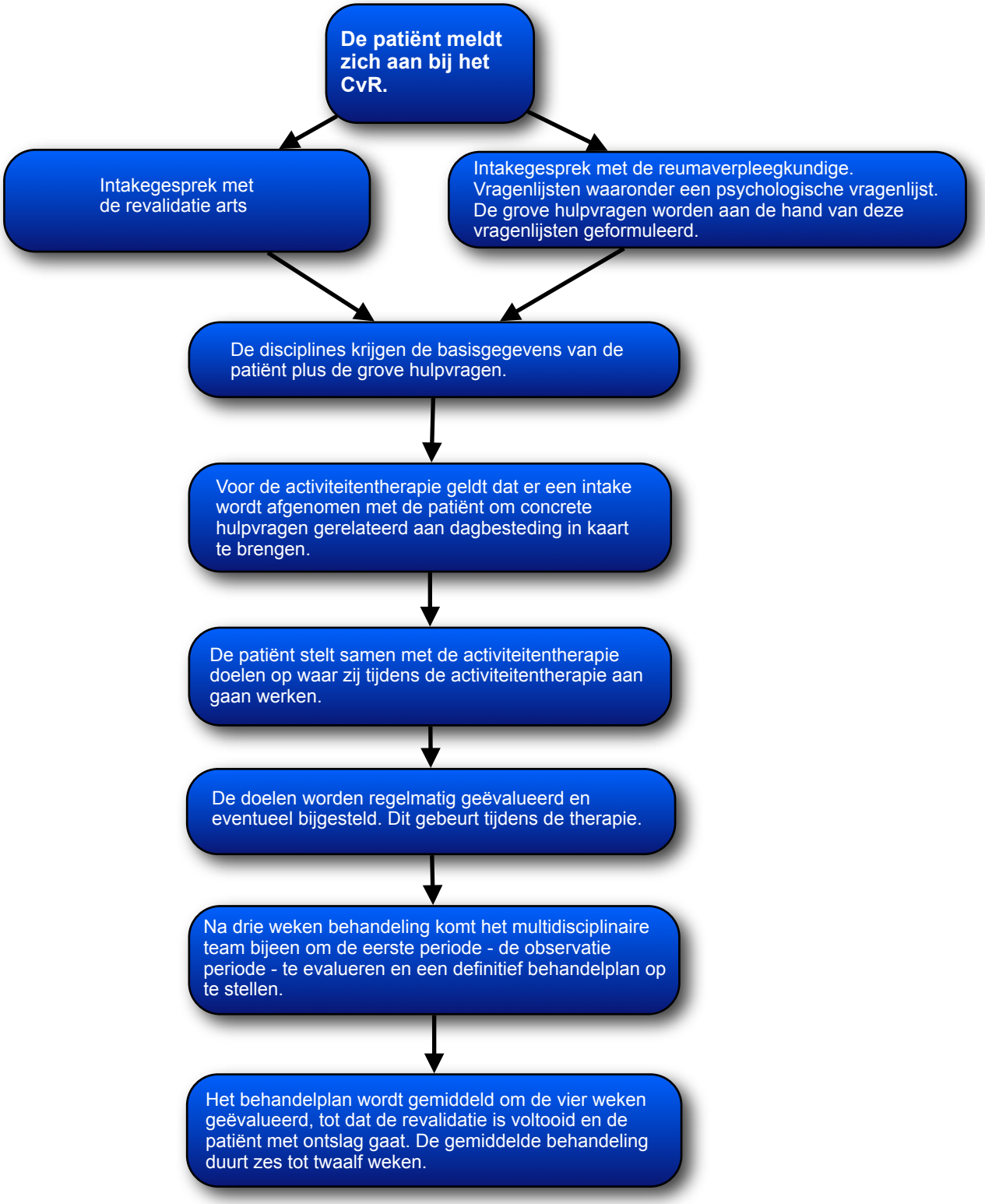
1- Het therapeutisch model
In dit model staan de activiteiten vooral in het teken van herstel. Nieuwe hobby's worden aangeleerd en hobby's die mensen vroeger beoefenden worden gereactiveerd, met als doel om ze meer zelfvertrouwen en eigenwaarde terug te geven. Kortom, om bij te dragen aan psychisch en/of lichamelijk herstel. De activiteiten hebben een verplichtend karakter.

2- Het recreatiemodel
In dit model vormen de activiteiten geen onderdeel van de therapeutische behandeling. De recreatieleider functioneert als leverancier en begeleider van vrijetijdsbestedingsmogelijkheden en van recreatieve bezigheden. Patiënten kunnen hier op eigen initiatief gebruik van maken.

3- Het vrije tijdsmodel
Uitgangspunt in het vrijetijdsmodel is dat ook mensen die tijdelijk of permanent verzorging nodig hebben, recht hebben op het ongestoord kunnen beleven van hun smaak, eigen cultuur en eigen vermaak. In het vrije tijdsmodel wordt aan dit recht tegemoet gekomen. De vrije tijd vormt een doel op zichzelf. De recreatieleider is in dit model meer een bewaker van een vrijheidsruimte binnen de instelling. Hij/zij helpt mensen hun eigen cultuur, smaak en vermaak te beleven en te beoefenen. *(Vakgroep Activiteitentherapie, Centrum voor Revalidatie UMCG Locatie Beatrixoord, in Haren, juli 2008)*

Toepassing in de praktijk:
Van de bovenstaande modellen is het therapeutische model het meest gebruikte model bij de AT in Beatrixoord. De AT is gericht op de dagbesteding van de patiënt. Welke activiteiten kunnen bijdragen aan een juiste dagbesteding waar rust en activiteit worden afgewisseld? Hoe kan de zelfstandigheid en zelfredzaamheid vergroot worden en kan de eigenwaarden van de patiënt zich ontwikkelen? Kortom, AT richt zich op de re-integratie, zodat mensen in de thuissituatie kunnen functioneren. De activiteitentherapeuten werken vraaggericht. De patiënt heeft hulpvragen rondom zijn dagbesteding. De AT richt zich op deze hulpvraag en stemt de therapie af op de patiënt.

Behandeling van de activiteitentherapie van begin tot eind:



3.2 CBO- Richtlijnen

Doelstelling CBO richtlijnen.
Deze richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. De richtlijn geeft aanbevelingen voor de diagnostiek, behandeling, voorlichting en begeleiding van patiënten met RA De richtlijn is geschreven ter ondersteuning van de zorgverlening aan patiënten met RA en wil tevens bijdragen aan verbeterde communicatie tussen behandelaars onderling en tussen de patiënt, diens naasten en behandelaars.

Behandeling van patiënten met RA, specifiek gericht op het psyche.
In de populatie van patiënten met RA komen psychische beperkingen regelmatig voor (waaronder angst en depressieve gevoelens)Uit onderzoek is bekend dat ongeveer een derde van de patiënten met RA in meer of mindere mate psychische beperkingen ervaren die gepaard gaan met problematisch gedrag. Deze beperkingen en het problematische gedrag zijn een risicofactor voor het lichamelijk en psychisch functioneren van de patiënt op de lange termijn. Bij mensen met RA zijn deze beperkingen vaak een reactie op het hebben van een chronische lichamelijke aandoening en kunnen daarmee worden onderscheiden van ziektebeelden als depressie en angststoornis, zoals beschreven in de psychiatrische DSM-categorieën. Psychosociale interventies, gericht op de psychische beperkingen en hiermee gepaard gaande gedragsfactoren, kunnen bijdragen tot een betere kwaliteit van leven bij mensen met RA en een verbetering van het lichamelijke en psychosociaal functioneren op de lange termijn. (Richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis, 2009)

De psychosociale begeleiding en behandeling van mensen met RA vraagt om een stapsgewijze aanpak. Er is een hoofdcategorie; Educatie.
Educatie: Educatie is het opzettelijk en doelgericht scheppen van voorwaarden en organiseren van activiteiten en leerprocessen. Dit word gedaan om kennis te vermeerderen, het vergroten van inzicht en het verbeteren van meningen. De patiënt moet op de hoogte zijn van de ziekte en de gevolgen van de ziekte, net als de mogelijkheden om de ziekte en de gevolgen daarvan te behandelen.
Educatie heeft tot doel de kwaliteit van leven te verbeteren, gezondheidsgedrag te bevorderen en problematisch gedrag te verminderen, maar educatie blijkt vaak onvoldoende om deze factoren te veranderen. Psychosociale therapie blijkt daarin wel succesvol. (Richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis, 2009).

Koppeling met de praktijk.
De AT richt zich tijdens de behandeling ook op het psychosociale vlak van de patiënt. De CBO-richtlijnen geven de AT handvaten hoe zij hier mee om moeten of kunnen gaan in de behandeling. In de behandeling is dit terug te zien doordat patiënten werken aan gedragsverandering en het krijgen van inzicht in hun handelen.

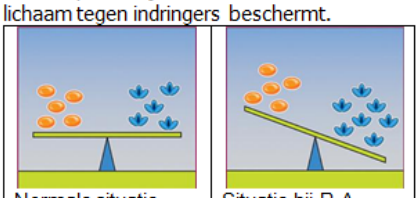
3.3 Doelgroepanalyse

Reumatoïde artritis

*“Reumatoïde artritis (RA) betekent letterlijk: reumatische gewrichtsontsteking. Het woord 'reuma' komt uit het Grieks en betekent 'stroom' of 'ziekteverwekkende vloeistof'. En 'artritis' is afgeleid van het Griekse woord 'arthron', dat 'gewricht' betekent”.*Abbott BV (2007, 2008) http:// www.reumatoideartritis.nl/4/Wat-is-het.html (2007 Geraadpleegd op 1-6-10)

RA is een chronische vorm van reuma die wordt gekenmerkt door ontstekingen in de gewrichten. In principe kan RA in het hele lichaam voorkomen, gewrichten die vaak worden aangedaan zijn de handen en voeten, de knieën, de polsen en de enkels. Het komt op alle leeftijden voor, iets vaker bij vrouwen dan bij mannen. De ziekte heeft een wisselend verloop: periodes waarin de ziekte actief is en periodes waarin de ziekte rustig is.

Er is vastgesteld dat mensen met R.A. een ontregeld afweersysteem hebben. Mensen met RA hebben te veel ontstekings-stimulerende stoffen. Hierdoor slaat het afweersysteem ‘op hol’. Zonder reden ontstaan er ontstekingen in de gewrichten, die daardoor worden aangetast. Bij gezonde mensen is de balans tussen ontstekings-stimulerende en ontstekings-remmende stoffen precies goed. Dit betekent dat het afweersysteem goed functioneert en het lichaam tegen indringers beschermt.



Normale situatie | Situatie bij R.A. patiënten

RA wordt ook wel een auto-immuunziekte genoemd, het is een ontregeling van het eigen afweersysteem. De cellen gaan zich richten tegen het eigen lichaam. Hieronder wordt het d.m.v. plaatjes duidelijk gemaakt. In het rechter tabel wordt het nog nader toegelicht.

Door de ontstekingen veranderen de gewrichten, de ruimte tussen de gewrichtsdelen worden kleiner en kunnen uiteindelijk helemaal verdwijnen. Hierdoor treedt er schade op in de gewrichten waardoor vergroeiingen kunnen ontstaan. Uiteindelijk kunnen de gewrichten niet meer vrij bewegen en nemen zij vaak een vreemde stand aan die niet meer gecorrigeerd kan worden.

De symptomen zijn niet bij iedereen hetzelfde. Pijn, roodheid en eventuele zwelling van de gewrichten zijn niet de enige voorkomende symptomen, andere symptomen zijn; stijve ledematen, het minder soepel kunnen bewegen van verschillende gewrichten, griepachtige klachten, intense vermoeidheid, bloedarmoede, een algemeen gevoel van malaise (zich ziek voelen). Het is typerend voor RA patiënten dat de gewrichten symmetrisch (linker- EN het rechtergewricht) zijn aangedaan. (2007, 2008) http://www.reumatoideartritis.nl/4/Wat-is-het.html (2007) (Geraadpleegd op 1-6-10)

3.4 Ontspanning

Ontspanning algemeen:
Van Dale omschrijft ontspanning als 'vermindering van spanning' of 'een bezigheid waardoor men kan ontspannen'. Synoniemen voor ontspanning zijn verpozing, afleiding, relaxatie, recreatie, pauze, verfrissing, herscheppen, vrijetijdsbesteding, rust. (http://www.bouwenaanleefbaarheid.nl/index.php/Ontspanning Geraadpleegd in dec. 2009)

Ontspanning voor Reumatoïde Artritis (RA) patiënten:
Een goede balans tussen in- en ontspanning, beweging, een activiteit en rust is voor RA patiënten belangrijk. Luisteren naar het eigen lichaam, het serieus nemen van signalen, voorkomt dat over (lichamelijke en geestelijke) grenzen wordt heengegaan en een gevoel van uitputting ontstaat.

Periodes waarin de RA actief en dan weer rustig is wisselen elkaar af, maar RA patiënten ervaren in het dagelijks leven pijn. Wie pijn heeft, ervaart zowel lichamelijke als emotionele beperkingen. Pijn en stress hebben een negatieve werking op het lichaam: spieren spannen zich, de ademhaling versnelt, wordt oppervlakkiger en de hartslag en bloeddruk stijgen. Ontspanning helpt om deze negatieve werking op het lichaam tegen te gaan en geeft een gevoel van controle, waardoor pijn beter hanteerbaar wordt.

Het voorbeeld dat bij de AT wordt gebruikt om aan patiënten duidelijk te maken hoe de rust-activiteitenbalans (de balans tussen in- en ontspanning) in elkaar steekt in het dagelijks leven: Zie voor dit voorbeeld de volgende bladzijde ‘Voorlichting AT’. (“Activiteitentherapie” Centrum voor Revalidatie, locatie Beatrixoord, Haren, oktober 2008)

Toepassing met het onderzoek:
Bij deze theoretische onderbouwing richten wij ons vooral op het laatste “aanleren van een RA-Balans”. Dit is ook een onderwerp dat terugkomt in onze deelvragen, omdat dat gedeelte een belangrijk punt is binnen de AT. RA-Balans is een balans tussen in- en ontspanning. De antwoorden op de vragen over de RA-Balans kunnen vervuild zijn, doordat patiënten tijdens andere therapieën ook werken aan de RA-Balans. Patiënten kunnen hierdoor de AT niet los zien van de andere therapieën.
Bij deze theorie zijn we ingegaan op wat ontspanning is en wat dit voor RA patiënten inhoudt en waarom dit zo belangrijk is. *(Vakgroep Activiteitentherapie, Centrum voor Revalidatie UMCG Locatie Beatrixoord, in Haren, juli 2008)*

VOORLICHTING ACTIVITEITENTHERAPEUT

Dagbesteding:
Met deze voorlichting willen we bereiken:
→ Dat u kennis heeft over de zin van dagbesteding en de noodzakelijke balans tussen inspanning en ontspanning
→ Dat u een start maakt met (gestructureerd) plannen van uw eigen dagbesteding.
Het uiteindelijke doel is dat u in staat bent om uw dagelijkse activiteiten in balans te brengen en dat u ook energie overhoudt voor leuke activiteiten.

Waarom is dagbesteding belangrijk?
Bij dagbesteding denken we aan het totaal aantal activiteiten dat u op een dag uitvoert. Door het uitvoeren van activiteiten word zowel lichamelijk- als geestelijk welzijn bevorderd. U staat in contact met uw omgeving. Het geeft zin aan het leven.

Activiteiten met verplichtend karakter:
→ Persoonlijke verzorging.
U kunt denken aan: wassen, kleden, toilet, eten en drinken. Alles wat een mens eigenlijk moet doen om in leven te blijven.
→ Arbeidsmatige activiteiten
Dit zijn alle activiteiten die als arbeid worden ervaren. Voor de een betekent het geld verdienen en voor de ander het vervaardigen van een product of het leveren van een maatschappelijk relevante bijdrage.
→ Wonen
Alle activiteiten die verricht worden in en om het huis. Het op orde houden en inrichten van het huis, de huishouding, enzovoorts.

Activiteiten zonder verplichtend karakter:
→ Recreatieve activiteiten
Plezier is hierbij het uitgangspunt. Men maakt zelf uit welke activiteit men uitvoert en hoe lang.
Doelstellingen kunnen zijn:
- Vervanging van of aanvulling op werk met de behoefte om nuttig bezig te zijn of om sociale contacten te onderhouden, bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk of lid te zijn van een vereniging
- Creatief bezig zijn bijvoorbeeld door het volgen van een cursus.
- Ontspanning bijvoorbeeld door wandelen.

Activiteitenpatroon:
Door het ondernemen van activiteiten ontstaat er een bepaald patroon in de dag. Meestal wordt dit georganiseerd rond een aantal vaste activiteiten als persoonlijke verzorging, huishouden, gezinsverzorging, werk, enzovoorts. Vaak hebben deze activiteiten een verplichtend karakter.
Daarnaast worden "variabele" activiteiten naar behoefte ingepland, zoals het onderhouden van sociale contacten, boodschappen doen, uitgaan, hobby's etc. Binnen het activiteitenpatroon zie je een dagstructuur en dagritme. Dit kan per dag verschillen.

Het is belangrijk dat u een balans vindt tussen activiteiten met en zonder verplichtend karakter en dat u daarnaast voldoende rustmomenten in uw dagstructuur opneemt.

(Zee, M van der (2010))

Theorie dagbesteding
De dagbesteding van een patiënt kan bestaan uit verschillende activiteiten. Er zijn een aantal groepen activiteiten te onderscheiden:
Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)-activiteiten
Voorbeelden van ADL-activiteiten zijn; aankleden, wassen, eten en drinken. Alles wat de patiënt eigenlijk moet doen om in leven te blijven.

Arbeidsmatige activiteiten
Dit zijn alle activiteiten die de patiënt als arbeid ervaart. Dit is per persoon verschillend. Voor de een betekent het geld verdienen en voor de ander het maken van een product of het leveren van een bijdrage. Je kunt je daarom wel voorstellen dat als iemand zijn werk verliest, de dagbesteding er anders uit komt te zien.

Wonen
Onder wonen verstaan we alle activiteiten in en om het huis, bijvoorbeeld het op orde houden van het huis,het inrichten van het huis en de huishouding.

Recreatieve activiteiten
Binnen deze groep activiteiten vallen alle verplichtingen die door onszelf of door anderen wordt opgelegd. Plezier is in dit geval het uitgangspunt voor de keuze van de activiteit. De patiënt maakt zelf uit welke activiteit hij/zij uitvoert en hoelang. Vaak zijn dit ook de activiteiten die wij leuk vinden om te doen, zoals de voetbalvereniging, het volgen van een cursus of wandelen.

Wat opgemerkt dient te worden bij al deze groepen activiteiten is dat het karakter van de activiteiten bepaald wordt door de beleving. Een voorbeeld: Dhr. J. is arbeidsongeschikt verklaard. Nadat hij gestopt is met zijn werk heeft hij een vrijwilligersfunctie bij het asielzoekerscentrum bij hem in de buurt aangenomen. Hij begeleidt mensen bij het doen van activiteiten. Hij doet dit twee keer in de week. De motivatie van dhr. J. zou kunnen zijn dat hij de behoefte heeft zich toch "nuttig" te blijven voelen. Voor hem is het misschien een alternatief voor zijn werk. Voor een ander persoon kan het een ander motief hebben, bijvoorbeeld het opdoen van sociale contacten. Toch hebben we het over dezelfde activiteit.

Waarom is dagbesteding belangrijk?
Iedereen heeft bepaalde activiteiten die binnen de dagbesteding elke keer weer terugkomen. Deze activiteiten zijn belangrijk voor de patiënt om verschillende redenen; plezier, sociale contacten, dagstructuur en dagritme, ontspanning en afleiding en tijdverdrijf.
Dagbesteding is belangrijk, omdat het uw leven aangenamer maakt. Door het ondernemen van activiteiten staat de patiënt in contact met de buitenwereld. Het geeft zin aan het leven, waardoor het lichamelijk en geestelijk welzijn wordt bevorderd.

Wat kosten activiteiten u?
Het doen van een activiteit kost energie. Voorkomend is dat na alle activiteiten die we "moeten" doen, er geen energie meer over is voor de activiteiten die we doen uit plezier en/of ontspanning

Hoe kan de patiënt hier mee leren omgaan?
Binnen de AT wordt er gebruik gemaakt van het voorbeeld van “de doos”: De patiënt moet zich voorstellen dat hij/zij elke dag een doos met energie ontvangt. Alle activiteiten nemen energie uit deze doos. Soms wil de patiënt zoveel doen dat er aan het einde van de dag geen energie meer over is. Soms zijn zelfs de reserves aangesproken en heeft de patiënt geen "bodem" meer in de doos zitten. Het probleem wat dan ontstaat, is dat de doos door slechts nachtrust (wat energie is) niet meer vol raakt. Met als gevolg dat er de volgende dag een tekort aan energie ontstaat.
(M. v.d. Zee, 2010))

3.5 Over- en Onderbelasting

Elk individu moet naar zijn eigen lichaam leren luisteren, hij/zij moet leren wat hij/zij wel/niet aankan, dit voorkomt dat over (lichamelijke en emotionele) grenzen wordt heengegaan en dat overbelasting ontstaat (zowel lichamelijk en emotionele).

Lichamelijke overbelasting bij RA patiënten:

Patiënten met RA hebben vaak pijn door ontstoken en/of overbelaste gewrichten. Het slijmvlies, tussen de gewrichten, wordt dikker. Er wordt meer gewrichtsvocht geproduceerd. Dit vormt uitstulpingen en leidt tot pijn, warmte en zwelling van het gewricht. In een later stadium van de ziekte kunnen ook het kraakbeen en het bot beschadigd raken. Niet alleen de gewrichten maar ook de pezen en de spieren kunnen in het ziekteproces betrokken raken.
Zoals hierboven genoemd brengt RA lichamelijke pijn met zich mee. Als de diagnose is gesteld moet je leren omgaan met de pijn die erbij komt kijken. Elk individu zal daar zijn eigen weg in moeten vinden. Iedereen heeft zijn eigen grens van belasting voordat dit overbelasting wordt. Voorbeelden om lichamelijke overbelasting te voorkomen of te verlichten zijn; afleiding en/of ontspanningsmomenten (bijv. muziek luisteren, tv kijken of het doen van een creatieve activiteit), goede nachtrust, enz.
Voorbeeld: Mevrouw Kok heeft door de RA erg last van de gewrichten in haar handen. Over een gehele dag gezien moet mevrouw veel met haar handen doen. De dag begint al met brood klaar maken voor het hele gezin. Als alle kinderen de deur uit zijn moet het huishouden gedaan worden; Stoffen, stofzuigen, enz. Daarna op de fiets weer door naar de supermarkt om boodschappen te halen. Dit is nog maar het begin van de dag. Allemaal dingen die moeten gebeuren en het is allemaal belastend voor de gewrichten. Als mevrouw zo doorgaat met het belasten van haar gewrichten zal de pijn gaan toenemen en overslaan op overbelasting. (Afdeling fondsenwerving http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patienten/vormen-van-reuma/reumatoide-artritis/Dagelijks-leven/Omgaan-met.aspx (Geraadpleegd in mei 2010))

Emotionele overbelasting bij RA patiënten:

Emotionele belasting kan al ontstaan bij het verwerken van de diagnose. Het verwerken kan heftige emoties met zich meebrengen. Vervolgens moet je leren leven met de diagnose, leren leven met de mogelijkheden en beperkingen die erbij komen kijken. RA patiënten kunnen bepaalde verwachtingen hebben van zichzelf. Zo kunnen ze bedenken dat ze alles nog wel (aan)kunnen en dan vervolgens zichzelf tegenkomen, omdat ze het toch niet (aan)kunnen. Dit is een emotionele belasting en als het keer op keer weer gebeurt, dan ontstaat er overbelasting. Ze kunnen het allemaal niet meer overzien.
Voorbeeld: Mevrouw de Vries heeft ongeveer 1 jaar geleden te horen gekregen dat ze RA heeft. De ziekte paste niet in het plaatje van haar leven. Ze had een drukke baan, sportte en had een druk sociaal netwerk om haar heen. Ze wil op dezelfde manier doorleven zoals voor haar ziekte. Ze gaat maar door met haar drukke leventje. Keer op keer komt ze zichzelf weer tegen, omdat ze er dan achter komt dat alles niet meer zo gaat als voorheen. Ze heeft er moeite mee om te accepteren dat haar leven nooit meer zo zal worden als voorheen. Keer op keer weer tegen teleurstellingen aanlopen valt zwaar, een emotionele belasting voor mevrouw. Als dit lang doorgaat kan dit en zal dit overslaan op overbelasting. (http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patienten/vormen-van-reuma/reumatoide-artritis/Dagelijks-leven/Omgaan-met.aspx (Geraadpleegd in mei 2010))

Onderbelasting:
Onderbelasting is het tegenovergestelde van overbelasting. Men is bang om spieren en gewrichten over te belasten en daarom niks of weinig meer kunnen en durven te ondernomen. Zowel lichamelijk als emotioneel gezien wordt de RA patiënt niet meer gestimuleerd om door te gaan.

Toepassing met het onderzoek:
Binnen de AT wordt er aandacht besteed aan verdeling van energie, verdeling van activiteiten, enz. Er wordt geleerd een balans te vinden tussen rust en activiteiten. Door het aanleren van een goede balans, wordt over- en onderbelasting voorkomen. Naast de AT werken ook andere disciplines aan het aanleren van een goede balans.

3.6 Theorie gespreksvaardigheden

In het tevredenheidonderzoek naar AT maken wij gebruik van een telefonische enquête. Om de juiste informatie te geven en te krijgen tijdens het telefoongesprek met de patiënt is het van belang dat wij de juiste communicatieve vaardigheden inzetten. Het is van belang dat wij duidelijke korte zinnen gebruiken, samenvatten en reflecteren wat de patiënt zegt. Daarnaast moeten wij rekening houden met het feit dat wij elkaars gezichtsuitdrukking niet zien tijdens het telefoongesprek. Terwijl 80% van de hele communicatie non-verbaal is. Tijdens het telefoon gesprek zullen wij ons dus richten op de 20% verbale communicatie en toch de juiste informatie proberen te achterhalen.

Inhoud van het gesprek:
* Ruimte geven; uitnodigen met een stilte.
* Spiegelen; de inhoud of het gevoel terugkoppelen en controleren of je het begrijpt.
* Verbinden; de verborgen boodschap.
* Doorvragen; wat bedoel je daarmee? Hoe is het ontstaan?
* Verdiepen; Vragen naar gevoel of emoties.
* Uitleggen; ruim, en met een reden informatie geven over relevante onderwerpen.
* Verbanden leggen; Deze twee dingen lijken erg op elkaar, vind je niet?
* Betekenis geven; Inhoudelijk verband leggen of betekenis geven aan gedrag of ervaringen.
* Controleren; controleren of de patiënt het gesprek kan volgen.
* Aantrekkelijk; gebruik voorbeelden en anekdotes.

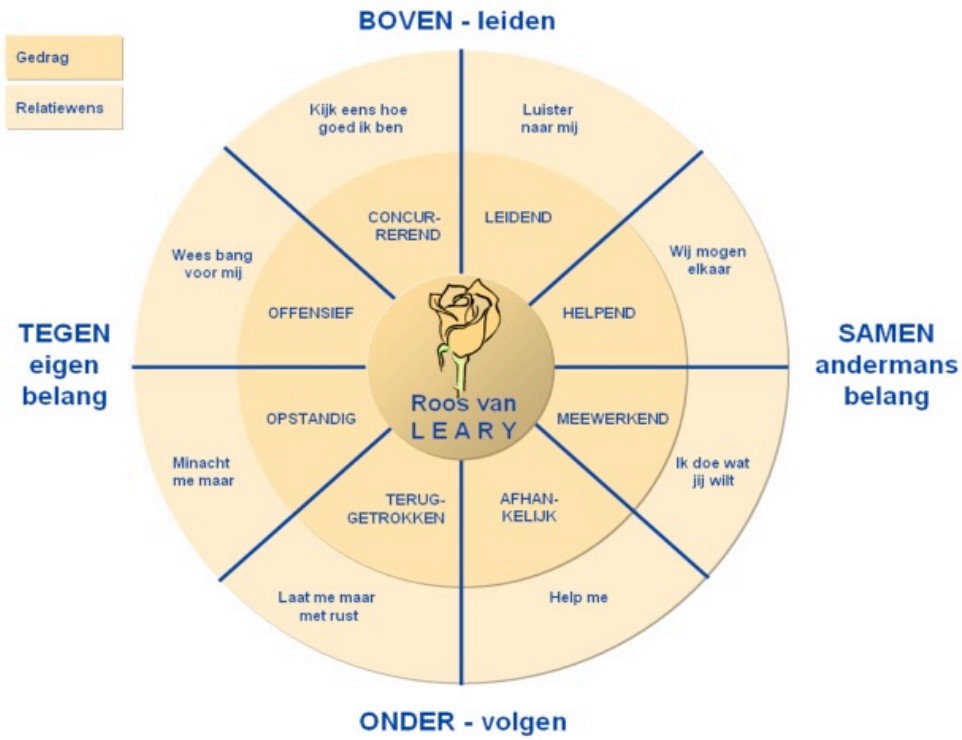
Een gesprek leiden:
* Tijdens de opening van een gesprek moeten de doelen van een gesprek worden vastgesteld en moet er een basis worden gelegd voor samenwerking:
* Creëer een goede sfeer: praat even wat over koetjes en kalfjes.
* Spreek wederzijds de verwachtingen en doelen uit.
* Stel vast hoeveel tijd er is voor het gesprek.
* Hardop denken, terugkoppelen.

Haas, W de (2008) *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*

Houdingen die je kunt aannemen volgens de Roos van Leary:
* Leidend (leiden, initiatief nemen)
* Helpend (Helpen, steunen, beschermen)
* Meewerkend (Instemmen, bewonderen, schikken, bescheiden zijn)
* Afhankelijk (Afwachten, leunen, aanpassen, vragen)
* Teruggetrokken (Terugtrekken, verbergen, zwijgen)
* Opstandig (Verzet bieden, passief agressief, wantrouwen)
* Agressief (Aanvallen, vijandigheid)
* Concurrerend (hooghartig, vernederen).

Zie figuur 1

Remmerswaal, J. (2003) *Handboek Groepsdynamica* (achtste druk)



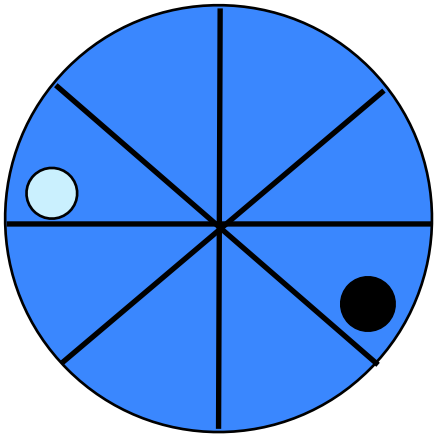
Figuur: 1

Toepassing Roos van Leary:

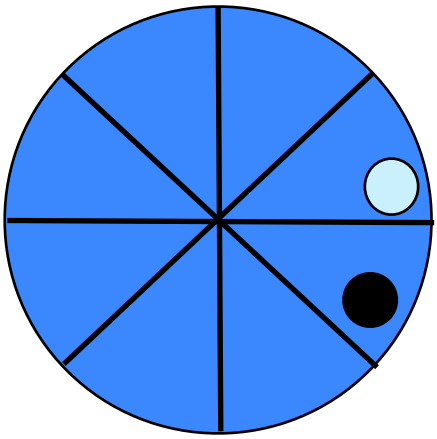
De Roos van Leary gaat ervan uit dat gedrag, gedrag oproept. Met andere woorden; de Roos gaat uit van actie en reactie, oorzaak en gevolg, zenden en ontvangen. Het doel van de Roos van Leary is dat hij laat zien welk gedrag door welk gedrag wordt opgeroepen en hoe gedrag te beïnvloeden is.

Door de Roos van Leary te gebruiken in de telefoongesprekken die wij hebben gevoerd, konden wij bepalen hoe wij daarop in moesten spelen. Een voorbeeld: Een mevrouw is erg negatief en uit dit door alle vragen negatief te beantwoorden. Als we haar gedrag in de Roos plaatsen, zien we dat zij Boven-Tegen zit wat betekent dat ze een opstandige houding aanneemt (zie figuur 2). In het telefoongesprek gingen wij ons meewerkend en afhankelijk opstellen, wij gingen dus Samen-Onder zitten in de roos (zie figuur 2). Door deze houding aan te nemen wilden wij bereiken dat de vrouw de positie Boven- Samen in de Roos ging aannemen. (zie figuur 3) Op deze manier hebben wij geprobeerd het gedrag van de patiënten op een positieve manier te beïnvloeden.

Figuur 2 Begin situatie



Figuur 3 Gewenste eindsituatie

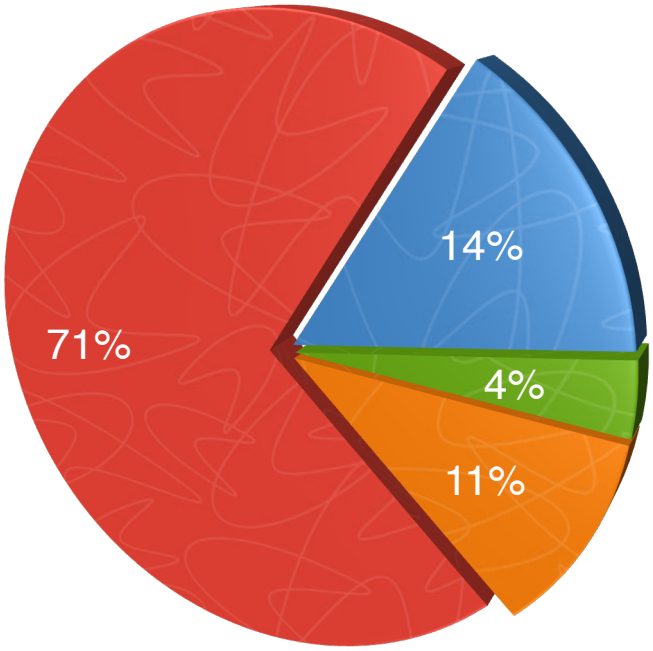


4. Grafieken, diagrammen en overzichten feitelijk beschreven

Algemeen:
De respondenten zijn gemiddeld 49 jaar oud. De leeftijd ligt tussen de 25 en 69 jaar. 72.4% van de respondenten is vrouwelijk en 27.6% mannelijk. Van de 64 patiënten die zijn benaderd hebben er 29 patiënten deelgenomen aan het onderzoek.

Duur van behandeling:
96.6% van de respondenten heeft dagbehandeling gehad, 3.4% heeft alleen klinische behandeling gehad. Van de 96.6% heeft 71.4% 1 tot 4 maanden AT gehad. 14.3% 5 tot 8 maanden, 3.6% 9 tot12 maanden en 10.7% van de respondenten hebben een jaar of langer AT gehad.

Duur van de dagbehandeling

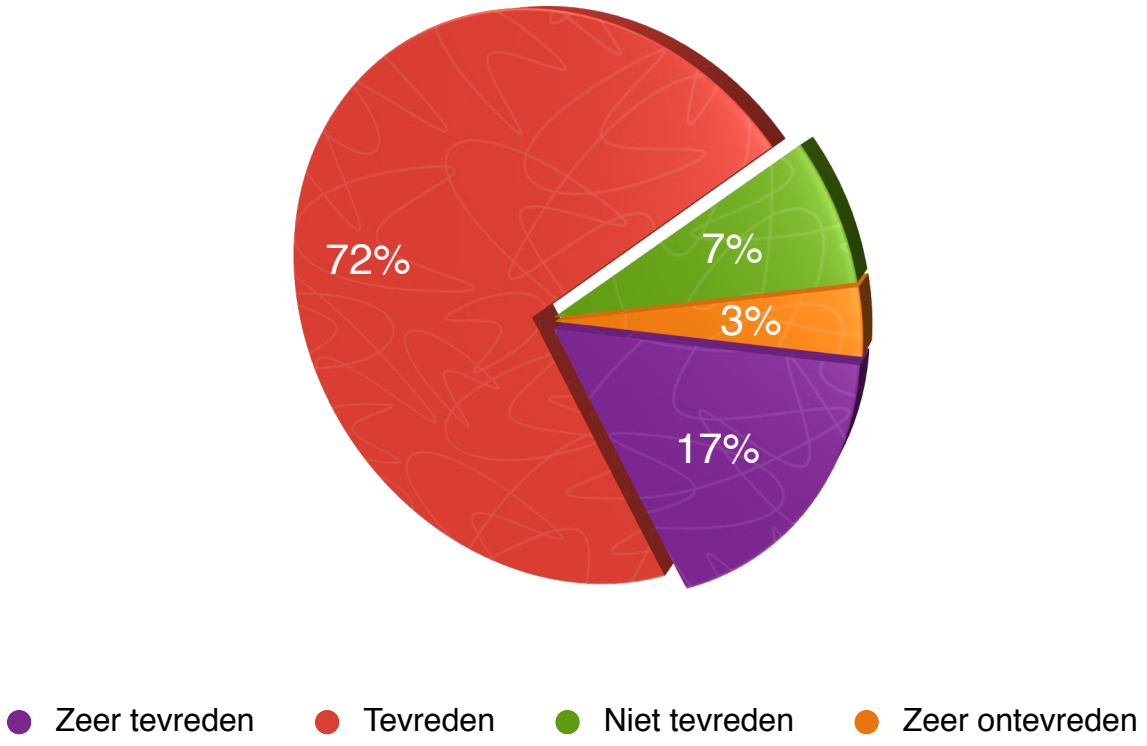


1-4 maanden 5-8 maanden 9-12 maanden 12 maanden of langer

Ontspanningsmomenten:
Van de ondervraagde respondenten geeft 62.1% aan, ontspanningsmomenten toe te passen in het dagelijkse leven.
De overige 37.9% geeft aan, redelijk ontspanningsmomenten toe te kunnen passen in het dagelijkse leven.

Ontspanningsmomenten:
Op de vraag of de patiënten tevreden zijn met de ontspanningsmomenten zoals zij deze in het dagelijkse leven toepassen antwoord 17.2% dat zij zeer tevreden zijn. 72.4% is tevreden. 6.9% is niet tevreden en 3.4% is zeer ontevreden.

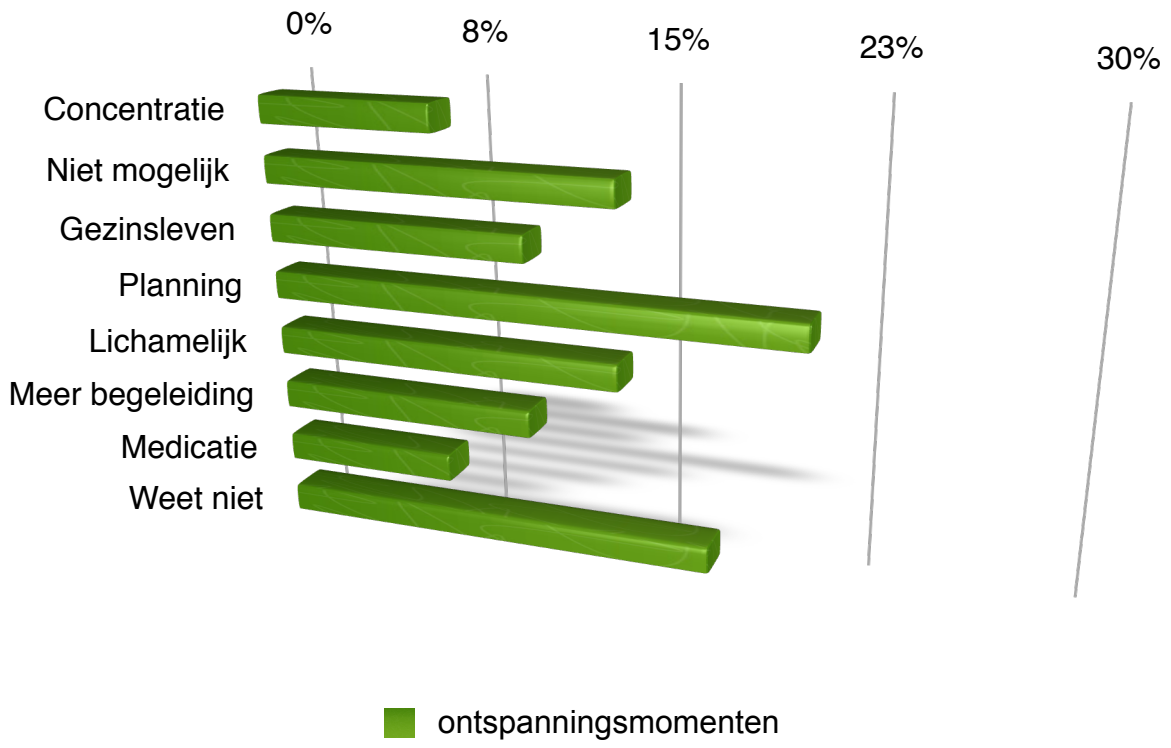
Tevredenheid ontspanigsmomenten



Op de vraag 'Welk cijfer geeft u de ontspanningsmomenten in het dagelijkse leven'? Gaven de respondenten het gemiddelde cijfer 6.9

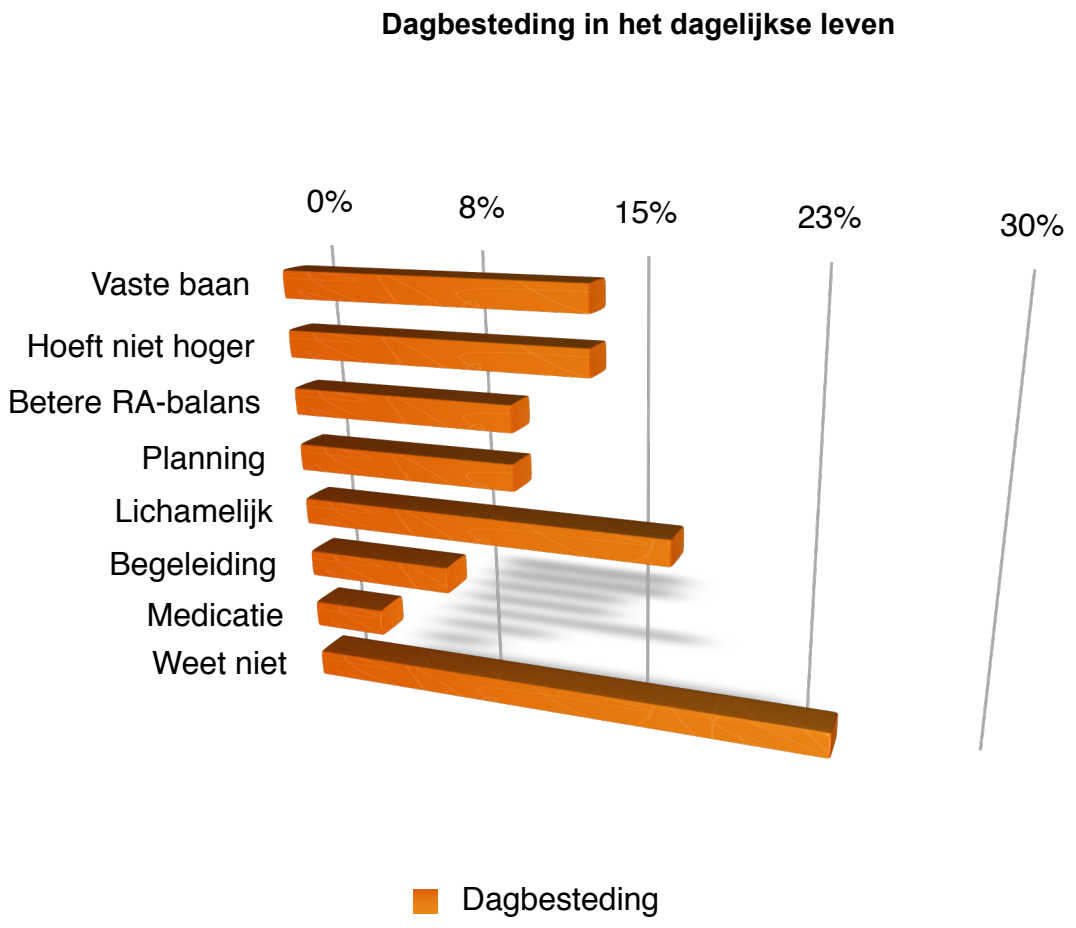
De volgende vraag die wij hen stelde was hoe het cijfer een punt hoger kon worden. Hierop antwoordde 6.9% dat zij zich beter zouden moeten en/of kunnen concentreren. 13.8% geeft aan dat het niet mogelijk is het cijfer een punt hoger te krijgen. 17.2% weet niet hoe zij het cijfer hoger moeten krijgen. 10.3% zegt dat zij een druk gezinsleven hebben, waardoor rustmomenten niet altijd mogelijk zijn. 20.7% geeft aan te moeten werken aan de planning, een voorbeeld hiervan is werk of prioriteiten stellen. 13.8% zegt dat het lichamelijk beter moet gaan om het cijfer een punt hoger te krijgen. 10.3% geeft aan meer begeleiding te willen hebben in het dagelijkse leven. Tot slot zegt 6.9% dat het cijfer een punt hoger zou worden als zij de juiste medicatie zouden krijgen.

Ontspanningsmomenten in het dagelijkse leven



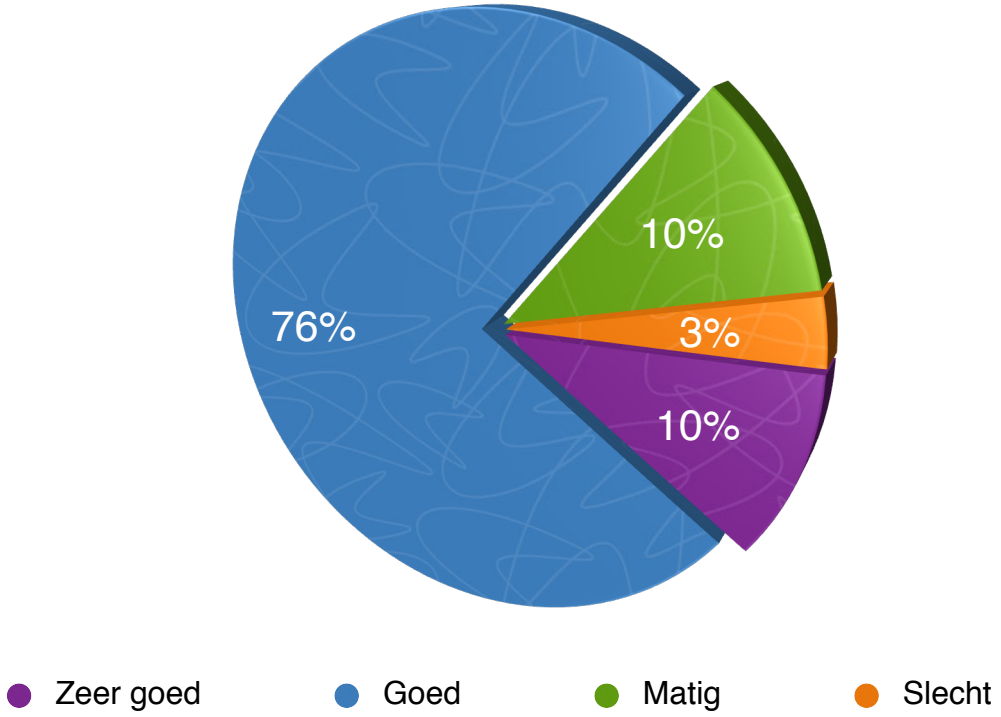
Op de vraag 'Welke cijfer geeft u uw dagbesteding in het dagelijkse leven? Gaven de respondenten het gemiddelde cijfer 6.9

De volgende vraag die wij hen stelden, was hoe het cijfer een punt hoger kon worden. Hierop antwoordde 13.8% dat zij een leuke/vaste baan zouden moeten hebben. Van 13.8% hoeft het cijfer niet een punt hoger, zij zijn tevreden. 24.1% weet niet hoe zij het cijfer hoger moeten krijgen. 10.3% geeft aan een betere rust- activiteitenbalans te moeten toepassen. 10.3% wil meer tijd inplannen voor zichzelf. 17.2% geeft aan zich lichamelijk beter te moeten voelen. 6.9% geeft aan behoefte te hebben aan begeleiding of het volgen van een cursus. 3.4% zegt medicatie te moeten hebben om het cijfer een punt hoger te krijgen.



Inzicht in eigen handelen:
Op de vraag of AT heeft bijgedragen aan het verkrijgen van inzicht in hun mogelijkheden en beperkingen antwoord 10.3% zeer goed, 75.9% goed, 10.3% matig en 3.4% slecht.

Bijdrage AT ten opzichte van mogelijkheden en beperkingen



We hebben de respondenten gevraagd wat zij hebben geleerd tijdens de activiteitentherapie.

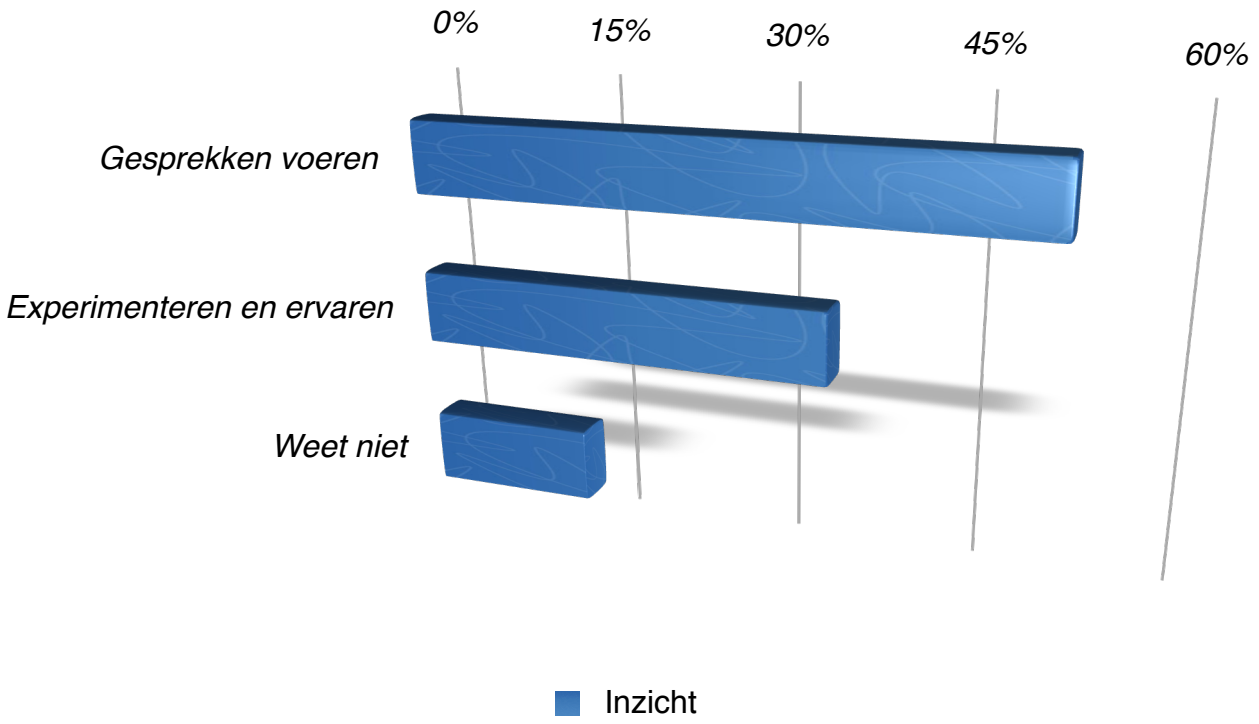
3.4% heeft leren reflecteren, zij hebben geleerd naar zichzelf te kijken. 6.9% geeft aan praktische vaardigheden te hebben geleerd tijdens de AT. Het grootste deel, 48.3% zegt te hebben geleerd tijd voor zichzelf te maken en een balans te vinden tussen rust en activiteit. 6.9% heeft geleerd meer bewust te zijn wat betreft houding en aanpassingen. 17.2% heeft tijdens de AT geleerd om te gaan met de beperkingen. Ook heeft de therapie voor hen bijgedragen aan het verwerken, doordat ze gesprekken konden voeren met behandelaren en medepatiënten. 6.9% geeft aan het niet te kunnen benoemen of niets geleerd te hebben. Tot slot heeft 10.3% geleerd om grenzen aan te geven.

Op de vraag ‘ Wat heeft ervoor gezorgd dat u wel/geen inzicht heeft gekregen in uw mogelijkheden en beperkingen?’ kwamen diverse antwoorden naar voren. De antwoorden hebben we verdeeld in verschillende categorieën.

Zo geeft 51.7% aan dat voeren van gesprekken met de behandelaren en met mede patiënten ervoor heeft gezorgd dat zij inzicht hebben gekregen in hun mogelijkheden en beperkingen. Van die 51.7% geeft 60% aan dat de gesprekken met de behandelaren binnen de AT hebben bijgedragen aan het krijgen van inzicht. 26.7% zegt dat de gesprekken met mensen om hen heen heeft bijgedragen en 13.3% zegt inzicht te hebben gekregen door gesprekken met medepatiënten.

13.8% zegt dat ze niet precies weten waar het inzicht vandaan komt. En 34.5% heeft inzicht gekregen door te experimenteren en te ervaren.

Krijgen van inzicht in mogelijkheden en beperkingen



Op de vraag ‘Welk cijfer geeft u de bijdrage van de activiteitentherapie ten opzichte van het krijgen van inzicht in uw handelen?’ kwam het gemiddelde cijfer 7.3

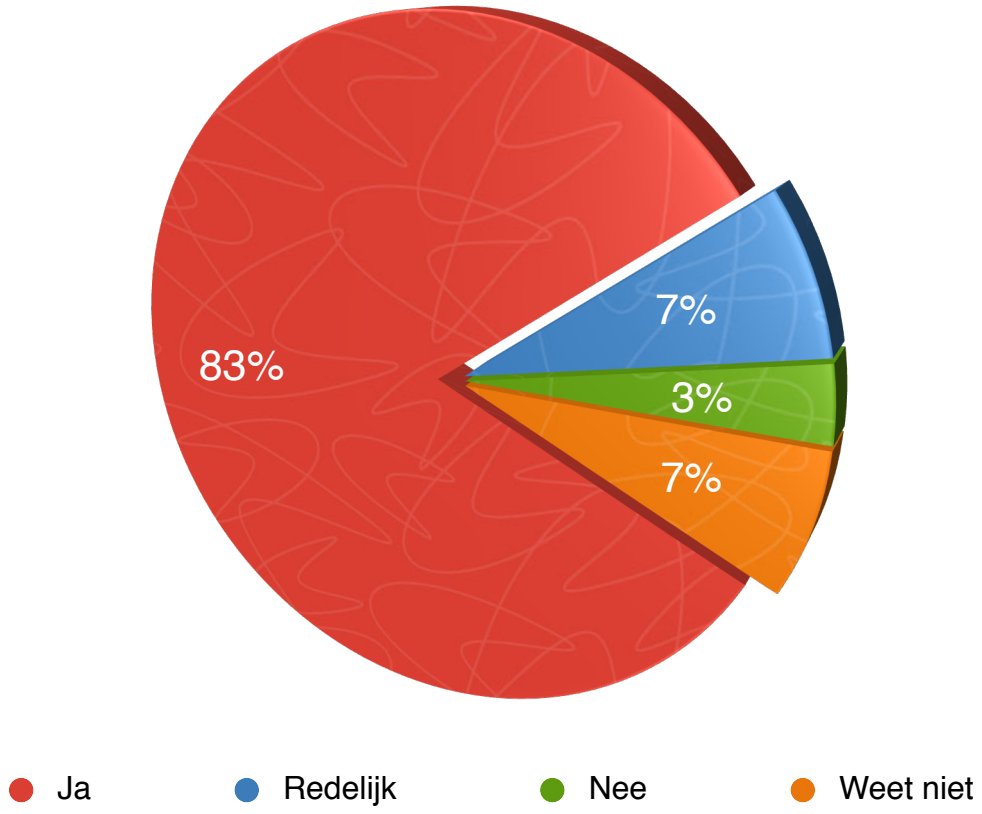
Daarna hebben wij hen de vraag gesteld wat er zou moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen. Hierop antwoordde 34.5% dat ze niet wisten wat er zou moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen. 31% zegt dat zij het niet nodig vinden het cijfer een punt hoger te krijgen.

31% geeft aan meer begeleiding, eerder begeleiding en/of langer begeleiding te willen. Hierbij kunt u denken aan ondersteuning bij het verwerken, omgaan met en de nazorg.

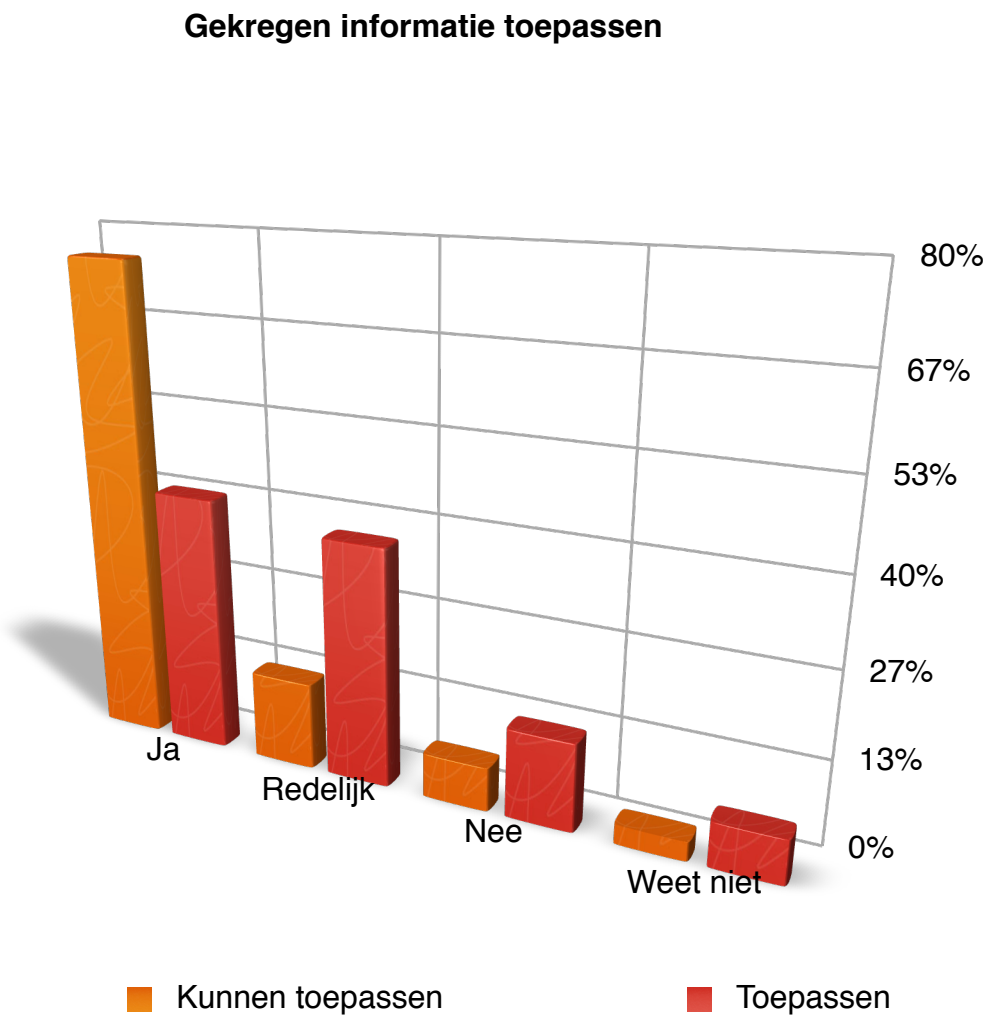
Tot slot geeft 3.4% aan zich lichamelijk goed te moeten blijven voelen.

Informatievoorziening:
Op de vraag of zij tijdens de behandeling van de AT informatie hebben gekregen waar zij op dat moment wat aan hadden antwoord 82.8% ja, 6.9% redelijk, 3.4% nee en 6.9% geeft aan het niet te weten.

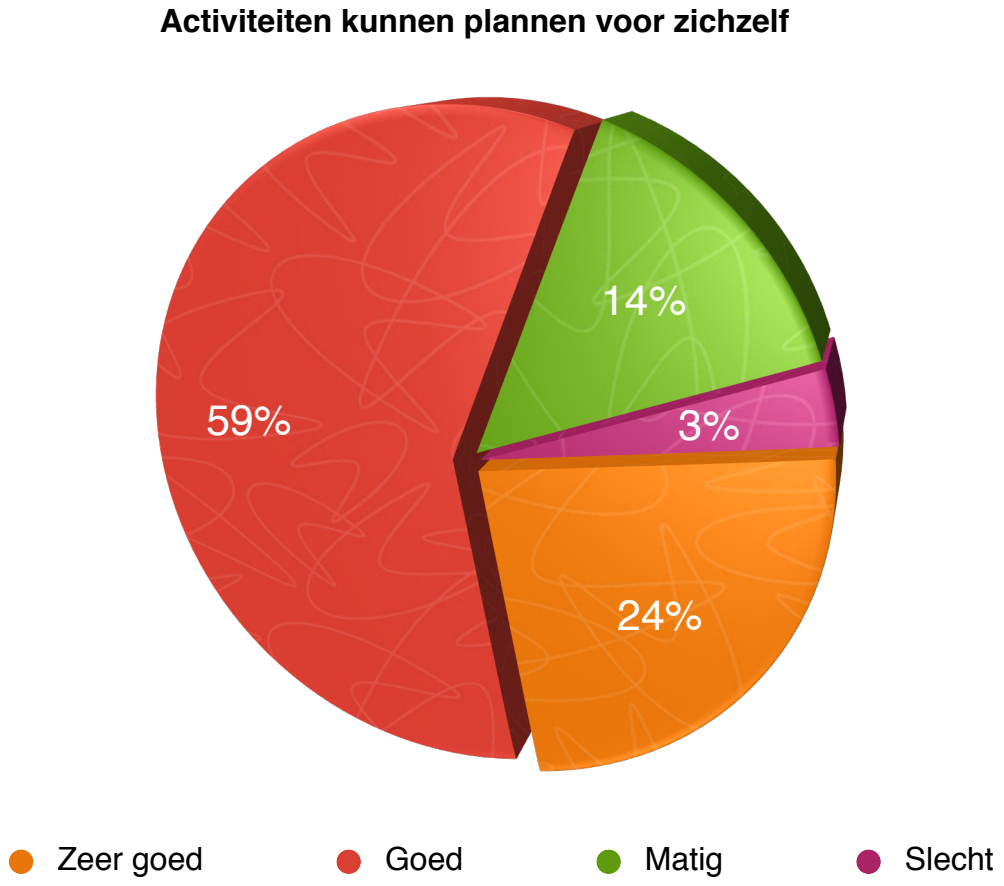
Bruikbare informatievoorziening tijdens AT



Informatievoorziening:
De vraag of zij de informatie nog *kunnen toepassen* in de thuissituatie antwoord 75.9% ja, 13.8% redelijk, 6.9% nee en 3.4% geeft aan het niet te weten. Daarna vroegen wij hen of zij de informatie ook *daadwerkelijk toepassen* in de thuissituatie hierop antwoord 41.4% ja, 37.9% soms, 13.8% nee en 6.9% geeft aan het niet te weten.



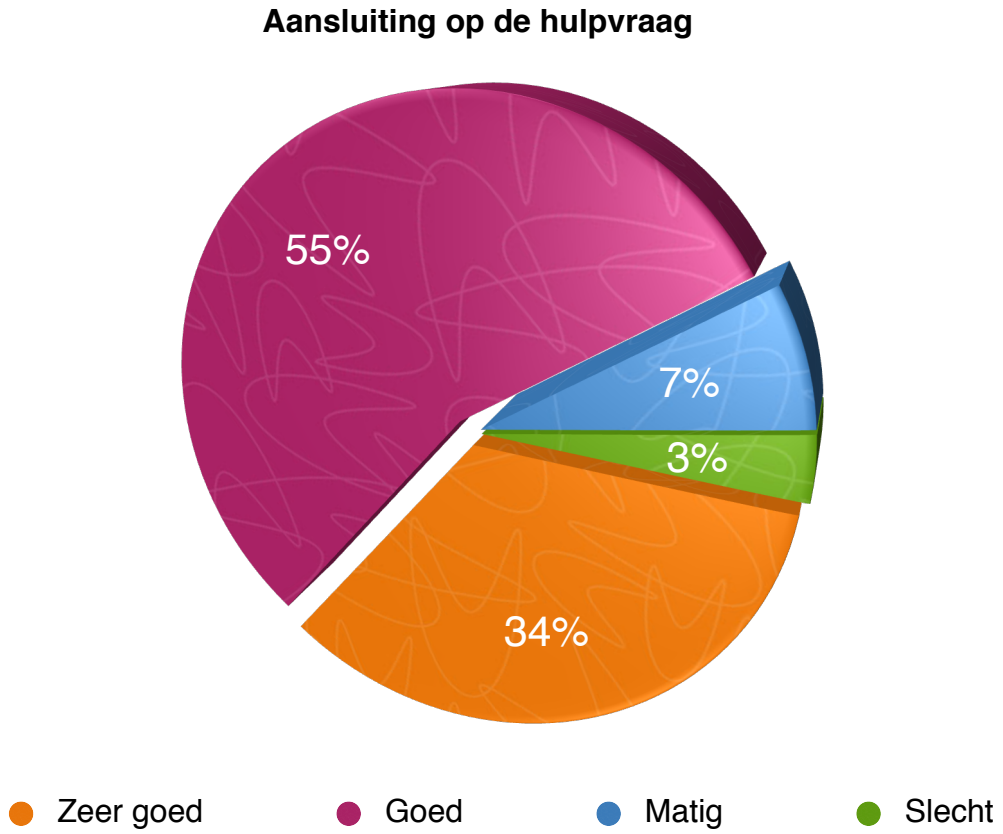
Activiteiten:
24.1% geeft aan dagelijks zeer goed een activiteit voor zichzelf te kunnen plannen. 58.6% geeft aan dit goed te kunnen. 13.8% geeft aan dagelijks matig een activiteit voor zichzelf te kunnen plannen en 3.4% geeft aan dit slecht te kunnen.



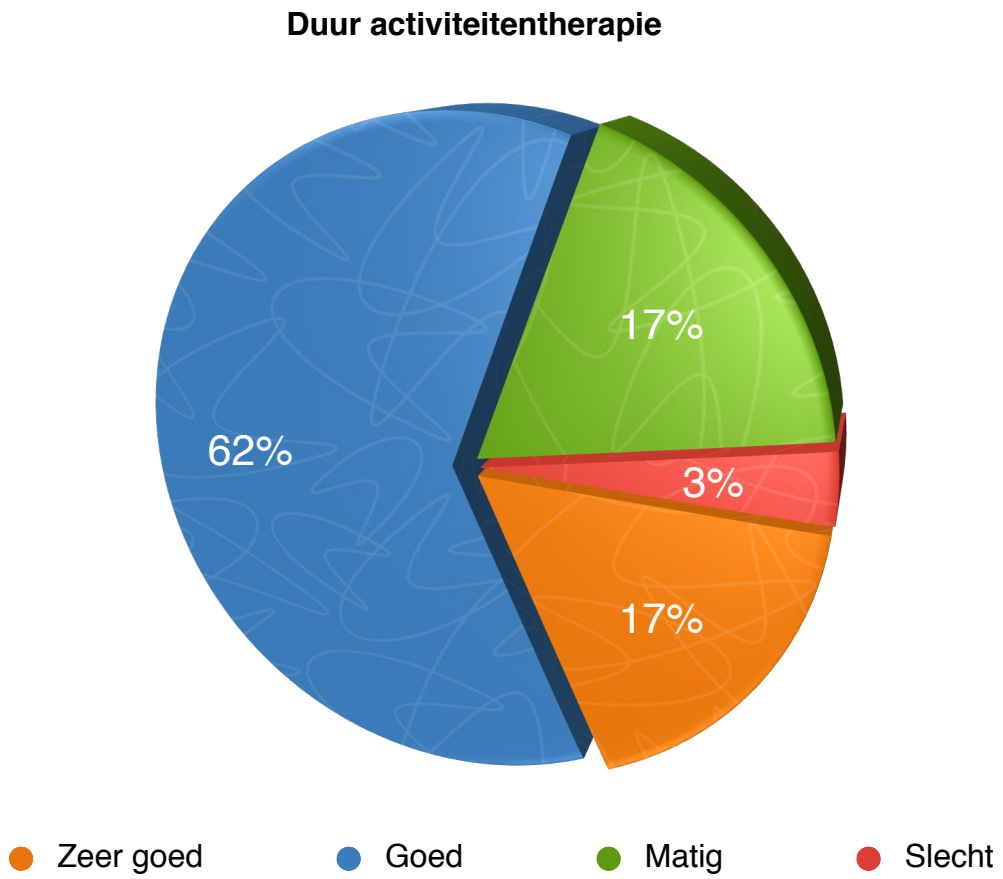
Activiteiten:
Op de vraag of zij dagelijks een activiteit voor zichzelf plannen antwoord 55.2% ja, 31% soms en 13.8% nee.

Tevredenheid behandeling

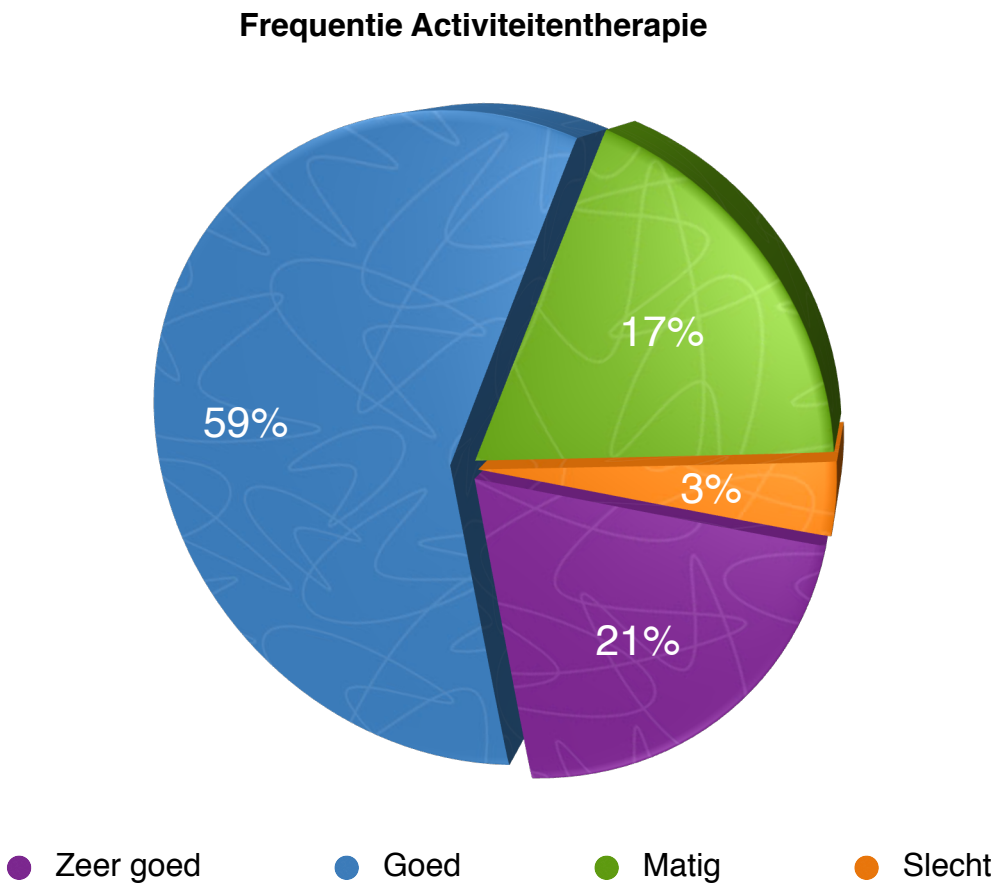
Op de vraag of de behandeling van de AT aansloot op de hulpvraag antwoordt 34.5% zeer goed. 55.2% goed, 6.9% matig en 3.4% geeft aan dat de behandeling slecht aansloot op de hulpvraag.



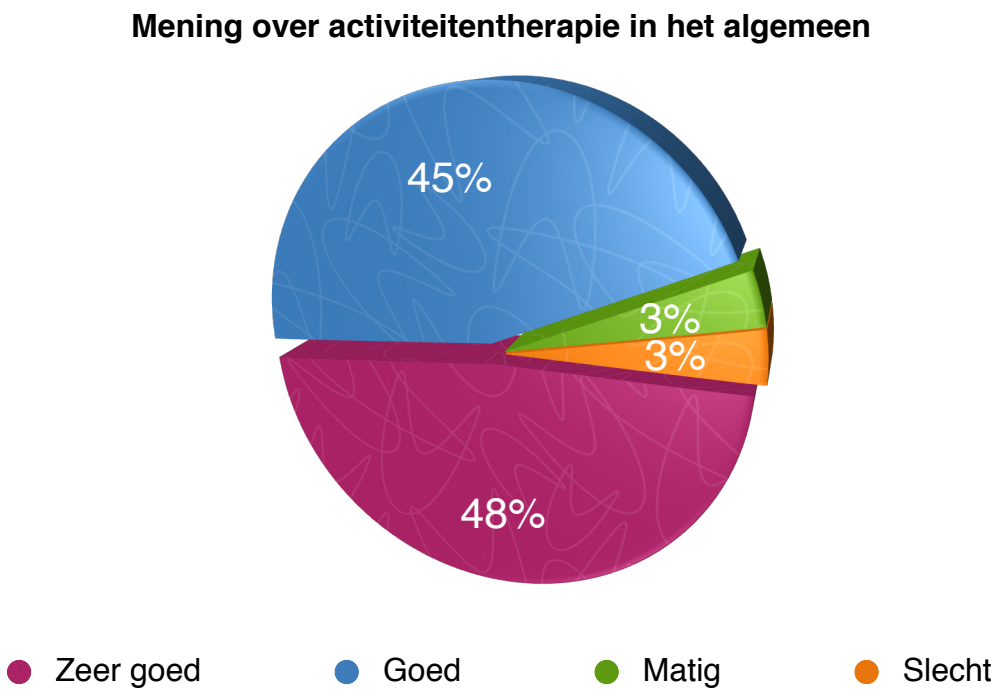
Tevredenheid behandeling:
17.2% geeft aan dat de duur van de AT zeer goed was. 62.1% geeft aan dat de duur goed was. 17.2% zegt dat de duur matig was en 3.4% geeft aan dat de duur van de AT slecht was.



Tevredenheid behandeling:
Op de vraag wat zij van de frequentie van de AT vonden, antwoordt 20.7% zeer goed, 58.6% goed, 17.2% matig en 3.4% slecht.



Tevredenheid behandeling:
Op de vraag wat zij in het geheel van de AT vonden antwoordt 48.3% zeer goed, 44.8% goed, 3.4% matig en 3.4% slecht.



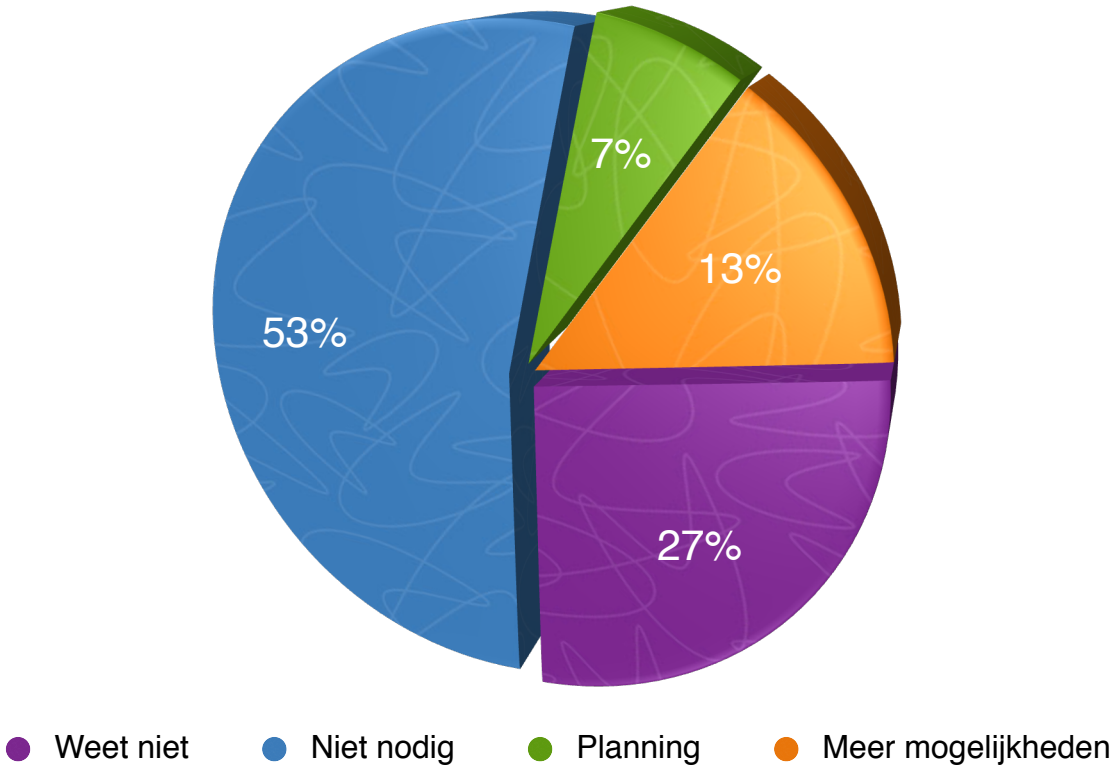
Op de vraag' welk cijfer geeft u de informatie die u tijdens de behandeling heeft gekregen?' was het gemiddelde cijfer een 7.8

Daarna hebben wij hen de vraag gesteld wat er zou moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen. Hierop antwoordde 31% dat ze tevreden waren en dat het cijfer niet hoger kon of hoefde. 41.4% gaf aan niet te weten hoe het cijfer een punt hoger kon. Dit waren de voornaamste antwoorden. Daarnaast werd er door 3.4% aangegeven dat de informatie niet makkelijk was toe te passen in de thuissituatie. 6.9% geeft aan behoefte te hebben aan behandeling in groepsverband. 3.4% zegt voor een hoger cijfer, zelf meer initiatief hadden moeten nemen. 6.9% zegt dat de informatie geen functie had en 6.9% zegt dat de informatie niet van toepassing was op het moment van de behandeling.

Op de vraag 'Welk cijfer geeft u de behandelaar?' was het gemiddelde cijfer een 8.4

Daarna hebben wij de vraag gesteld wat er zou moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen. Hierop antwoordde 27.6% dat ze niet wisten wat er zou moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen.
55.2% geeft aan tevreden te zijn en het niet nodig vinden om het cijfer een punt hoger te krijgen.
6.9% vindt dat de AT aan de planning moet werken.
13.8% zouden graag meer mogelijkheden willen op het gebied van activiteiten doen, meer alertheid en vervanging bij afwezigheid.

Uitdagingen behandelaar

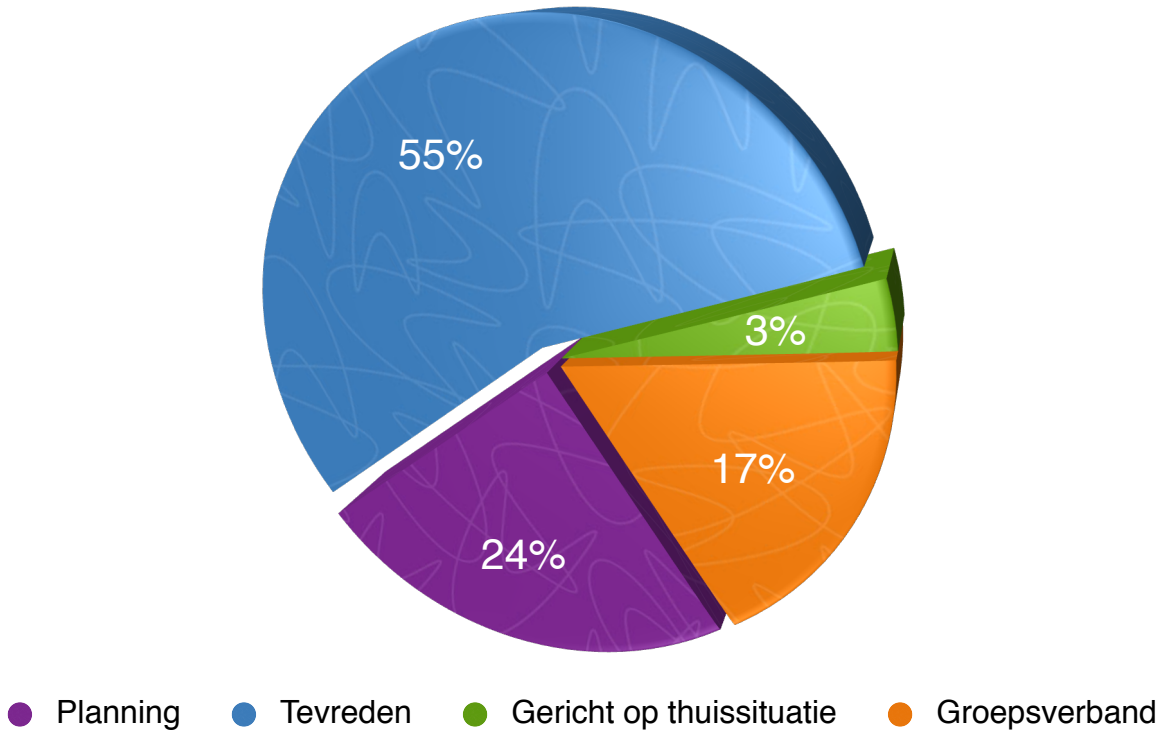


Wij hebben de respondenten gevraagd wat ze de activiteitentherapie mee willen geven.

Op deze vraag wilde 24.1% de AT meegeven te werken aan de planning. Hierbij kunt u denken aan op tijd beginnen, geen tussenuren, planning van ruimte, langere behandeling in een hogere frequentie en een goede communicatie onderling.

55.2% gaf aan geen tip te weten en zijn tevreden. Ga zo door is een veel voorkomend antwoord. 3.4% gaf de tip de therapie meer te richten op de thuissituatie en 17.2% gaf als tip om naar de vorm en inhoud van de AT te kijken. Hierbij kunt u denken aan behandelen in groepsverband en meer herhaling.

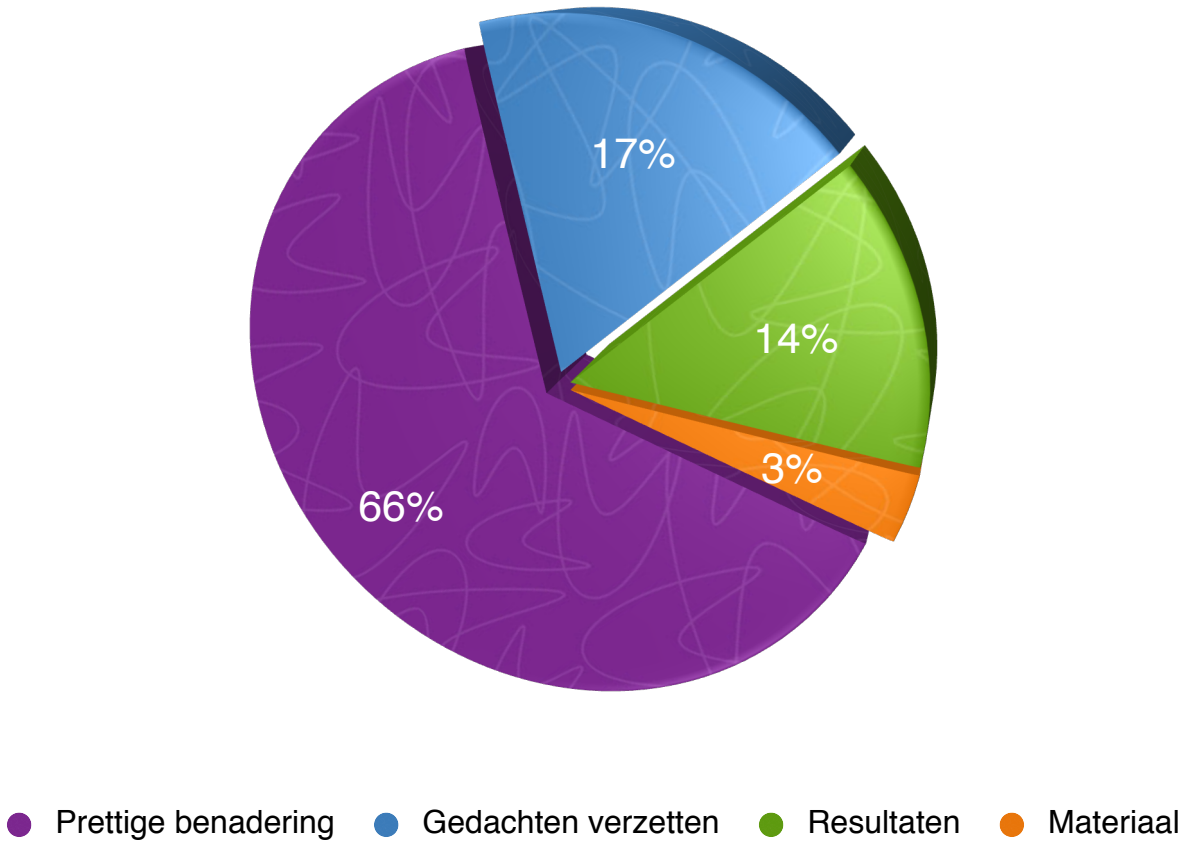
Tips voor de activiteitentherapie



Tot slot hebben wij de respondenten gevraagd wat ze goed vonden aan de activiteitentherapie

65.5% van de respondenten vonden de benadering van de behandelaren zeer prettig. Hierbij kunt u denken aan in de waarde laten, enthousiasme, motivatie en een luisterend oor. 17.2% geeft aan het fijn te vinden met AT de gedachten ergens anders op te zetten. 13.8% vond het goed wat het heeft opgeleverd. Hierbij kunt u denken aan handvaten die ze kunnen inzetten bij activiteiten. 3.4% vond het erg goed dat er altijd materiaal aanwezig was.

Tops voor de activiteitentherapie



5. Conclusies, interpretaties en verbanden leggen

5.1 Herhaling van de centrale vraag- en doelstelling

Doelstelling:
Binnen ons onderzoek doen we een tevredenheidonderzoek naar de AT. Hierbij richten wij ons op hoe de patiënten de behandeling van AT hebben ervaren en of zij het geleerde in hun thuissituatie kunnen toepassen. Daarnaast willen wij achterhalen waar de uitdagingen en verbeterpunten liggen voor de AT.

Deelvragen:
1. Zijn de patiënten tevreden over hun ontspanningsmomenten in het dagelijkse leven?
2. Hebben de patiënten na behandeling van AT meer inzicht in hun handelen? Zo ja, hoe komt dit? Hierbij kun je denken aan grenzen aangeven, weten waar je mogelijkheden en beperkingen liggen.
3. Kunnen patiënten de informatie die ze tijdens de behandeling van de AT hebben gekregen integreren in de thuissituatie?
4. Hoe hebben de patiënten de AT ervaren en sloot de behandeling aan op hun hulpvraag?
5. Waar liggen de verbeterpunten t.a.v. AT?

Hoofdvraag:
"In welke mate is de huidige behandeling van de AT voor RA patiënten voldoende, zodat de patiënten het geleerde tijdens de behandeling kunnen toepassen in de thuissituatie?"

5.2 Antwoord op de deelvragen

Deelvraag 1 'Ontspanningsmomenten'
Zoals in hoofdstuk vier 'Ontspanningsmomenten' staat beschreven, kan worden aangenomen dat patiënten tevreden zijn over de ontspanningsmomenten in het dagelijkse leven. Drie van de negenentwintig respondenten geven aan niet tevreden te zijn. De redenen hiervoor hebben niet direct te maken met de AT. Hierbij kunt u denken aan een drukke baan, stoppen met medicatie en meer rust willen hebben in het dagelijkse leven. Naast de vraag of de patiënten tevreden zijn over hun ontspanningsmomenten, hebben we hen gevraagd of zij deze ook toepassen in het dagelijkse leven. Hieruit bleek dat het merendeel van de patiënten dagelijks ontspanningsmomenten toepast. Voor meer details over dit onderwerp verwijzen wij u naar hoofdstuk vier 'Ontspanningsmomenten'.

Deelvraag 2 'Inzicht in eigen handelen'
Ruim driekwart van de patiënten geeft aan dat de AT heeft bijgedragen aan het verkrijgen van inzicht in hun mogelijkheden en beperkingen. Meer dan de helft geeft aan dat gesprekken voeren heeft bijgedragen aan het verkrijgen van inzicht. Met deze gesprekken worden zowel gesprekken met behandelaren als gesprekken met medepatiënten bedoeld. De feitelijke resultaten van het praktijkonderzoek kunt u vinden in hoofdstuk vier 'Inzicht in eigen handelen'.

Deelvraag 3 'Informatie voorziening'
Van de ondervraagde respondenten gaf ruim driekwart aan dat ze de informatie die ze tijdens de

AT hebben gehad kunnen toepassen in de thuissituatie. Bijna de helft van de patiënten die aangaf de informatie te kunnen toepassen, doet dit in het dagelijkse leven. De andere helft geeft aan soms de gekregen informatie toe te passen in het dagelijkse leven. De feitelijke resultaten van het praktijkonderzoek kunt u vinden in hoofdstuk vier 'Informatievoorziening'.

Deelvraag 4 'Tevredenheid'
Zoals in hoofdstuk vier 'Tevredenheid' staat beschreven, kan worden aangenomen dat, op drie respondenten na, de patiënten tevreden zijn over de behandeling van de AT. Één derde van de patiënten geeft aan dat de duur en frequentie van de therapie matig tot slecht was. Gemaakte opmerkingen hierover was dat de driekwartier durende AT te kort was. Daarnaast werd door een aantal patiënten aangegeven dat de behandeling langer had mogen duren.

Deelvraag 5 'Verbeterpunten'
De verbeterpunten die naar voren kwamen in de enquêtes waren: Betreffende de planning: Een goede planning ten opzichte van de driekwartier durende behandeling, vervanging bij ziekte of afwezigheid en de therapieën op elkaar laten aansluiten, om tussenuren te voorkomen. Betreffende de nazorg: Therapie meer richten op het functioneren in de thuissituatie. Patiënten na behandeling nazorg bieden, zodat zij het geleerde kunnen integreren en niet terugvallen in oude structuren. Betreffende het vormgeven van AT: Een tiende van de patiënten geeft aan behoefte te hebben aan therapie in groepsverband. Betreffende overige zaken: Hier wordt aangegeven dat de onderlinge communicatie tussen de personeelsleden beter kan, om miscommunicatie te voorkomen en de AT beter te laten aansluiten op de verwerkingsfase van de patiënt.

5.3 Antwoord op de centrale vraagstelling

Uit het onderzoek kwam naar voren dat patiënten over het algemeen tevreden waren over de AT. De aspecten die naar voren kwamen kunt u terug vinden in de deelvragen hierboven genoemd. De feitelijke resultaten van het onderzoek kunt u terugvinden in hoofdstuk vier.

5.4 Overige conclusies

Bij de deelvragen is te lezen dat het grootste deel van de patiënten tevreden is. Daarnaast kwam ook naar voren dat patiënten ontevreden waren over de AT. Zo werd aangegeven dat het doel van de AT niet duidelijk was en dat er geen tijd en ruimte beschikbaar was.

5.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

1. Op het moment dat er iets gedaan is met de adviezen die wij hebben gegeven, raden wij aan om één jaar na de veranderingen opnieuw een tevredenheidonderzoek te doen. Op deze manier kan worden gemeten of patiënten tevreden zijn met de nieuwe ontwikkelingen.

2. Achterhalen wat de behoeften van patiënten zijn als het gaat over nazorg, en onderzoeken hoe een nazorg traject kan worden vormgegeven en opgezet.

3. Onderzoeken wat de meerwaarde is van groepstherapie, en nagaan wat de verwachtingen zijn van patiënten ten opzichte van groepstherapie. Eventueel: Onderzoeken hoe groepstherapie kan worden vormgegeven en opgezet.

5.5 Aanbevelingen en adviezen

Ontspanningsmomenten

Inleiding:
Een aantal patiënten gaf aan de overgang van behandeling naar thuissituatie moeilijk te vinden. Tijdens de behandeling werkt de patiënt aan zichzelf, door bijvoorbeeld ontspanningsmomenten te integreren in het dagelijkse leven. Op het moment dat zij met ontslag gaan, moeten de patiënten dit op eigen kracht doen. De mensen uit de omgeving van de patiënten doen weer een beroep op de patiënten zoals voor de behandeling, waardoor de patiënten in oude structuren terugvallen en dan bijvoorbeeld geen ontspanningsmomenten meer toepassen. De patiënten geven aan hierin ondersteuning te missen.

Advies:
Ons advies is om patiënten in de overgang van behandeling naar thuissituatie ondersteuning te bieden. Dit kan zijn in de vorm van een nazorgtraject, waar patiënten de mogelijkheid krijgen om terug te kunnen vallen op een behandelaar van het reuma revalidatieteam.

Inzicht in eigen handelen

Inleiding:
Patiënten gaven aan dat gesprekken met medepatiënten bijdragen aan het verwerken en het verkrijgen van inzicht. Patiënten krijgen erkenning van elkaar en kunnen van elkaar leren. Een patiënt zei dat ze ‘kracht’ kreeg van medepatiënten.

Advies:
Ons advies is om groepstherapie aan te bieden in de vorm van een vrijblijvend inloop-uur, waar patiënten elkaar kunnen ontmoeten, ervaringen kunnen delen en van elkaar kunnen leren. Over de precieze vormgeving moet nog nagedacht worden.

Informatievoorziening

Bij deelvraag 3 over de informatie voorziening hebben wij geen gerichte adviezen. Patiënten geven aan tevreden te zijn met de informatievoorziening en deze kunnen toepassen in de thuissituatie.

Tevredenheid

Inleiding:
In de enquête die wij hebben afgenomen, vroegen wij de respondenten wat zij aan de AT mee wilden geven. Patiënten gaven bij deze vraag aan dat er verbeterpunten zijn ten opzichte van de planning.

Advies:
Ons advies is om meer tijd in te plannen per therapie, zodat het opstarten en het afronden niet van de driekwartier durende therapie afgaat. Daarnaast aanbieden dat patiënten twee keer in de week AT kunnen krijgen.

Planning

Inleiding:
Patiënten gaven aan dat zij het vervelend vonden dat er tussenuren zijn op een therapiedag. Zij zouden graag willen dat de therapieën op elkaar aansluiten.

Advies:
Ons advies is om als team te kijken naar de mogelijkheden om de therapieën voor de patiënten op elkaar te laten aansluiten.

6. Discussies

6.1 Evaluatie van de resultaten

De inleidende brief:
We hebben ervaren dat de inleidende brief die wij vooraf aan de patiënten hebben verstuurd, een goede voorbereiding was op het afnemen van de enquête. Dit geldt voor de patiënt en voor ons. Wij konden efficiënt enquêtes afnemen, omdat de patiënten wisten dat wij zouden bellen en zich vaak hadden voorbereid op het gesprek. De patiënten gaven aan dat zij het prettig vonden zich op het gesprek voor te kunnen bereiden, want op deze manier hadden ze van te voren kunnen nadenken over de antwoorden.

De telefonische enquête:
We begonnen het gesprek met het voorstellen van onszelf en met het vragen of de patiënten de brief hadden ontvangen. Zo ja, of zij mee wilden werken aan het onderzoek. Als de patiënt mee wilde werken aan het onderzoek, benoemden wij het verloop van het gesprek en dat de gegevens anoniem verwerkt zouden worden. Deze voorbereiding zorgde ervoor dat zowel wij als de patiënt wisten waar we aan toe waren, waardoor de gesprekken soepel verliepen.

Als de patiënt aangaf niet te willen deelnemen aan het onderzoek, stelden wij hem(of haar) de vraag of zij een reden wilde geven waarom ze niet wilde deelnemen. Dit deden wij om helder te krijgen of het aan het onderzoek lag of aan iets anders.

Tijdens het afnemen van de enquête hebben wij een aantal keer ervaren dat het voor de patiënten niet duidelijk was dat wij de AT bedoelden. Een aantal keer waren het patiënten die alleen de fit-groep hadden gevolgd. Zij hadden dus alleen een voorlichting gehad van de AT en geen behandeling. Zij dachten dat de activiteiten van de fysiotherapie zoals; zwemmen en fitness, ook onder de AT vielen. Bij deze groep lag het niet aan de enquête, maar aan de patiënt-gegevens die wij hadden gekregen.

Het stellen van gesloten vragen gaf bij een aantal vragen een beperking. Dit kwam doordat er naar voren kwam dat ze iets zeer goed, goed, matig of slecht vonden, maar niet wat de reden daarvan was. Het gevolg hiervan was dat wij hier niets mee konden in de conclusies en aanbevelingen. Bij een vervolg onderzoek raden wij aan gebruik te maken van open vragen, zodat niet alleen de mening van de patiënten naar voren komt, maar ook de motivatie. Achter de gesloten zou de vraag ‘waarom’ gesteld kunnen worden.

We hebben meerdere keren de vraag gesteld: ‘Wat zou er moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen?’ Patiënten wisten niet wat zij hier op moesten antwoorden, waardoor we geen antwoord op deze vraag kregen. Er waren ook patiënten die tevreden waren met het cijfer dat ze hadden gegeven, waardoor ze antwoorden met: “Het cijfer kan niet hoger, ik ben tevreden”. Bij een vervolgonderzoek zou deze vraag opnieuw waardevol zijn. Helaas was het voor patiënten een lastige vraag, waardoor zij deze vaak met ‘weet niet’ of ‘hoeft niet’ beantwoorden, waardoor de

functie van de vraag niet tot zijn recht kwam. Wij hebben geen beeld van hoe we de vraag kunnen formuleren zodat de vraag makkelijk te beantwoorden is.

We hadden weinig tijd om het onderzoek uit te voeren. De telefonische enquête was hierdoor een goede methode. Het nadeel van een telefonische enquête was, dat er geen directe interactie heeft plaatsgevonden tussen de respondenten en ons als onderzoekers. Als wij meer tijd hadden gehad voor het onderzoek, hadden wij persoonlijke interviews willen afnemen.

Conclusie van de gebruikte methoden:
Wij kijken positief terug op de gebruikte methoden. Als wij het onderzoek opnieuw zouden moeten uitvoeren zouden wij dezelfde methoden gebruiken, wat betekent dat wij de inleidende brief weer zouden gebruiken. Wat betreft de enquêtevragen zouden wij meer open vragen integreren en de vraag: 'Wat zou er moeten gebeuren op het cijfer een punt hoger te krijgen?' zouden wij anders formuleren. Op het moment dat wij meer tijd zouden hebben voor de uitvoering van het onderzoek, zouden wij ervoor kiezen bij patiënten langs te gaan. Om op deze manier een indruk te krijgen hoe zij thuis functioneren. Gezien de tijd die wij hadden voor het onderzoek, was de telefonische enquête een goede methode voor het onderzoek.

Methodiek:
In het onderzoek hebben wij geen gebruik gemaakt van de methodiek die binnen de AT word gehanteerd. Dit heeft te maken met het feit dat de methodiek die zij gebruiken zoals deze staat beschreven in hoofdstuk 3.1 achterhaald is. De modellen zijn geschreven in 1984 en dekken niet de hele handelwijze die word gehanteerd binnen de AT. De AT werkt eraan, de methodiek aan te scherpen.

Conclusies van de gebruikte methodiek:
Binnen ons onderzoek hebben wij geen gebruik gemaakt van de methodieken die binnen de AT worden gehanteerd. Hier hebben wij voor gekozen omdat ons aan het begin van het onderzoek is verteld dat de methodieken vernieuwd moesten worden. Wij hebben ons nu beperkt tot het beschrijven van waar de AT zich op richt en wat de therapeut doet.

Onze mening over de aanbevelingen:

‘***Ontspanningsmomenten’***
Onze aanbeveling:
Zoals in hoofdstuk vijf staat beschreven: ‘Nazorg traject opzetten.’
Onze mening:
Wij zijn van mening dat dit meegenomen moet worden in de behandeling van de activiteitentherapie, eventueel in samenwerking met andere disciplines. Wij vinden het belangrijk dat de patiënten de mogelijkheid krijgen om nog op de activiteitentherapie terug te kunnen vallen en dat de therapie zich ook gaat richten op het functioneren in de thuissituatie.

‘***Inzicht in eigen handelen’***
Onze aanbeveling:
Zoals in hoofdstuk vijf staat beschreven: ‘Groepstherapie aanbieden.’
Onze mening:
Wij zijn van mening dat er groepstherapie moet worden aangeboden. Het heeft voordelen voor beide partijen. Voor de activiteitentherapie is het efficiënt, omdat je meer in groepen kunt werken in plaat van individuele therapie. Voor de patiënten is het waardevol, omdat zij van elkaar kunnen leren.

‘***Tevredenheid’***
Onze aanbeveling:
Zoals in hoofdstuk vijf staat beschreven: ‘Planning van de AT.’
Onze mening:
Het lijkt ons waardevol dat de AT kijkt naar de mogelijkheden die er zijn om de therapie 60 minuten te laten duren, zodat patiënten de therapie rustig kunnen beginnen. Ook al realiseren wij ons dat het een lastige tijd is met veel bezuinigingen.

Bijlagen

Bijlage 1 De inleidende brief

27 april 2010, Haren

Betreft: Tevredenheidmeting

Geachte mevrouw/meneer,

Wij doen onderzoek naar de tevredenheid over de AT binnen het Reumateam van het Centrum voor Revalidatie UMCG, locatie Beatrixoord in Haren. De opdrachtgever voor dit onderzoek is Mariëlle van der Zee, activiteitentherapeut van het reuma revalidatieteam. Wij vragen u als ervaringsdeskundige mee te werken aan het tevredenheidonderzoek.

Hoe kunt u meewerken?
Binnen een week nemen wij telefonisch contact met u op. Aan de telefoon zullen wij u vragen of u mee wilt werken aan het onderzoek en vervolgens zullen wij de enquête met u bespreken. Het telefoongesprek zal circa 10 minuten in beslag nemen. In de bijlage van deze brief vindt u de enquête van het onderzoek. Deze enquête kunt u bekijken wij vragen u deze alvast in te vullen, zodat u de antwoorden slechts hoeft voor te lezen als wij bellen.

Wie zijn wij?
Wij zijn Annemieke van de Bovenkamp en Amy Voerman, studenten van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan Hogeschool Windesheim in Zwolle.
Wij zitten in het vierde leerjaar en het tevredenheidonderzoek is het laatste onderdeel van de opleiding.

Wij hopen dat u wilt meewerken aan het tevredenheidonderzoek, want met uw mening kan de AT zich blijven ontwikkelen en verbeteren.

Voor u is het mogelijk om de eindpresentatie van het onderzoek bij te wonen in het Centrum voor Revalidatie in Haren. Deze presentatie zal in juni plaatsvinden, de exacte datum volgt.

Heeft u vragen naar aanleiding van deze brief dan kunt u contact opnemen met Amy Voerman via: amy.voerman@me.com of telefonisch contact met Mariëlle van der Zee
via: 050-5338684

We hopen u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Annemieke van de Bovenkamp
&
Amy Voerman
Bijlage: Enquête

Bijlage 2 De enquête

Enquête

Belangrijk om te weten:

1. Er bestaan geen goede of foute antwoorden.
2. In dit onderzoek gaat het om uw mening.
3. Probeer altijd een antwoord te geven, ook als u twijfelt.
4. De gegevens zullen vertrouwelijk en anoniem worden behandeld. Het telefoongesprek waarin we de enquête behandelen neemt circa 10 minuten in beslag.

1. Algemeen

A Mijn leeftijd is:

……jaar.

B Ik heb zolang AT gehad:

…… behandelingen

C Dagbehandeling/klinische behandeling (doorstrepen wat niet van toepassing is)

2. Ontspanningsmomenten

Inleiding:
Wij zouden graag willen weten of u ontspanningsmomenten integreert in de thuissituatie. Met ontspanningsmomenten bedoelen wij momenten waarop u een activiteit pland voor uzelf en of u hier tevreden over bent. De volgende vier vragen zullen hierover gaan.

A Past u ontspanningsmomenten toe in het dagelijkse leven?

0 Ja
0 Redelijk
0 Nee
0 Weet niet

B Bent u tevreden over de ontspanningsmomenten zoals u deze in het dagelijkse leven toepast?

0 Zeer tevreden
0 Tevreden
0 Niet tevreden
0 Zeer ontevreden
0 Weet niet

C Welk cijfer geeft u de ontspanningsmomenten in het dagelijkse leven? (Schaal 1-10. 1 is zeer ontevreden, 10 is zeer tevreden)

……

D Wat zou er moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen?

……
……
……
……

E Welk cijfer geeft u uw dagbesteding in het dagelijks leven (Schaal 1-10. 1 is zeer ontevreden, 10 is zeer tevreden)

……

F Wat zou er moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen?

……
……
……
…….....

3. Inzicht in eigen handelen

Inleiding:
Wij zouden graag willen weten of u door de AT meer inzicht hebt gekregen in u handelen. Hierbij kunt u denken aan omgaan met mogelijkheden en beperkingen en grenzen aangeven of een moment voor uzelf inplannen. De onderstaande vragen zijn niet gericht op aangeleerde technieken, zoals schilderen, computeren, enz. Hieronder volgen 4 vragen over inzicht in eigen handelen

A Heeft de AT bijgedragen aan het verkrijgen van inzicht in uw mogelijkheden en beperkingen?

0 Zeer goed
0 Goed
0 Matig
0 Slecht
0 Weet niet

B Wat heeft u geleerd tijdens AT?
……
……
……
…….....

C Wat heeft ervoor gezorgd dat uw wel/geen inzicht heeft gekregen in uw mogelijkheden en beperkingen?

……
……
……
…….....

D Welk cijfer geeft u de bijdrage van de AT ten opzichte van het krijgen van inzicht in uw handelen? (Schaal 1-10. 1 is slecht, 10 is zeer goed)

……

E Wat zou er moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen?

……
……
……
…….....

4. De thuissituatie

Inleiding:
Wij willen graag weten of u dat wat u heeft geleerd tijdens de AT kunt toepassen in uw thuissituatie. Dat wat u heeft geleerd kan gaan over praktische vaardigheden en/of informatie die u heeft gekregen. De volgende vijf vragen zullen hierover gaan.

A Heeft u tijdens de behandeling informatie gekregen waar u op dat moment wat aan had?

0 Ja
0 Redelijk
0 Nee
0 Weet niet

B Kunt u de informatie die u tijdens de behandeling heeft gekregen nog gebruiken in de thuissituatie?

0 Ja
0 Redelijk
0 Nee
0 Weet niet

C Past u de informatie die u tijdens de behandeling heeft gekregen toe in de thuissituatie?

0 Ja
0 Soms
0 Nee
0 Weet niet

D Welk cijfer geeft u de informatie die u tijdens de behandeling heeft gekregen? (Schaal 1-10. 1 is slecht, 10 is zeer goed)

……

E Wat zou er moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen?
……
……
……
…….....

F Kunt u in de thuissituatie dagelijks een moment inplannen waarin u een activiteit voor uzelf doet?
0 Zeer goed
0 Goed
0 Matig
0 Slecht
0 Weet niet

G Pland u dagelijks een moment waarin u een activiteit voor uzelf doet?

0 Ja
0 Soms
0 Nee

5. Tevredenheid

Inleiding:
Wij zouden graag willen weten hoe tevreden u bent over de AT. Hierbij kunt u denken aan de duur en de frequentie van de AT. De volgende zes vragen zullen hierover gaan.

A Sloot de behandeling aan op uw hulpvraag?

0 Zeer goed
0 Goed
0 Matig
0 Slecht
0 Weet niet

B Wat vond u van de duur van de activiteittherapie?

0 Zeer goed
0 Goed
0 Matig
0 Slecht
0 Weet niet

C Wat vond u van de frequentie van de AT?

0 Zeer goed
0 Goed
0 Matig
0 Slecht
0 Weet niet

D Wat vond u in het geheel van de AT?

0 Zeer goed
0 Goed
0 Matig
0 Slecht
0 Weet niet

E Welk cijfer geeft u de behandelaar? (Schaal 1-10. 1 is slecht, 10 is zeer goed)
……

F Wat zou er moeten gebeuren om het cijfer een punt hoger te krijgen?

……
……
……
…….....

6. Wat gaat goed en wat kan beter?

Inleiding:
Wij zijn benieuwd naar wat u goed vond aan de AT, waar bent u tevreden over? Om de AT te kunnen verbeteren zouden wij ook graag willen weten wat er volgens u beter zou kunnen? Hieronder geven wij u de mogelijkheid om dit op te schrijven.

Wat zou u de AT mee willen geven?
……
……
……
…….....

Wat vond u goed aan de AT?
……
……
……
…….....

Bijlage 3 Bronnenlijst

Boeken:
Fischer, T & Julsing, M (2007) *Onderzoek doen*

Haas, W de (2008) *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*

Oudemans, A.M. & K.A.R. Markus, (2007) *Enquête research (tweede druk)*

Remmerswaal, J. (2003) *Handboek Groepsdynamica* (achtste druk)

Verhoeven, N. (2007) *Wat is onderzoek?* (tweede druk).

Organisatie:
Vakgroep Activiteitentherapie, Centrum voor Revalidatie UMCG Locatie Beatrixoord, in Haren, juli 2008

Professional:
Zee, M van der (2010)

Internetsites:
http://www.bouwenaanleefbaarheid.nl/index.php/Ontspanning Geraadpleegd in dec. 2009

http://www.encyclo.nl/begrip/interdisciplinair, Geraadpleegd op 31-5-10

(2007, 2008) http://www.reumatoideartritis.nl/4/Wat-is-het.html 2007 Geraadpleegd op 1-6-10

(2007, 2008) http://www.reumatoideartritis.nl/4/Wat-is-het.html (2007 Geraadpleegd op 1-6-10

http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patienten/vormen-van-reuma/reumatoide-artritis/Dagelijks-leven/Omgaan-met.aspx Geraadpleegd in mei 2010

http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patienten/vormen-van-reuma/reumatoide-artritis/Dagelijks-leven/Omgaan-met.aspx Geraadpleegd in mei 2010

http://www.rug.nl/umcg/faculteit/disciplinegroepen/gezondheidswetenschappen/tgo/doelstelling, Geraadpleegd op 31-5-10

Overige:
Richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis, 2009

Richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis, (2009)