Patients know best

De behoefte van patiënten met een amputatie binnen de revalidatie

Auteur:
Meike Swinkels

Studentnummer:
1372068

Datum:
2-6-2019

Patients know best

De behoefte van patiënten met een amputatie binnen een revalidatie

Auteur: Meike Swinkels
Studentnummer: 1372068
Datum: 02-06-2019
Schoolinstelling: Zuyd Hogeschool
Docentbegeleider: Rianne Jansens
Tweede beoordelaar: Steffy Stand

Instelling opdracht: Revalidatiecentum Tolbrug
Opdrachtgever: Annette van Kuijk
Mee Lezer: Britt Vleeshouwers

Ergotherapie

ZUYD

TOLBRUG SPECIALISTISCHE REVALIDATIE
JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS

Voorwoord

Deze bachelorthesis is geschreven als afstudeeropdracht van de opleiding ergotherapie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen en Revalidatiecentrum Tolbrug te ’s Hertogenbosch. In het afgelopen jaar heb ik intensief aan deze bachelorthesis gewerkt met veel pieken en dalen. Maar al het harde werken heeft dit mooie eindproduct opgeleverd, waar ik uiteindelijk erg trots op ben.

Voor het bereiken van dit eindresultaat wil ik de participanten bedanken. Zonder hen had ik niet de diepgang kunnen bereiken die ik nu heb gekregen. De meningen van de participanten zijn de basis van dit resultaat en zonder hen had ik dit niet kunnen schrijven.

Natuurlijk zijn er veel mensen die ik wil bedanken voor de interesse, steun en tijd die ze gestoken hebben in mij of in deze thesis. In het bijzonder wil ik Rianne Jansens en Annelies van der Neut bedanken voor de lessen, feedback en begeleiding tijdens deze thesis. De sturing en stimulering die ik gekregen heb van jullie maken mede dit eindresultaat.

Tevens wil ik mijn mede studenten van het I-ZIC traject bedanken voor de leerzame lessen, feedback en steun om deze thesis te kunnen schrijven.

Tot slot een bedankwoord aan de collega’s van het revalidatiecentrum Tolbrug en het Jeroen Bosch ziekenhuis. Bedankt voor de interesse, steun en geduld die ik van jullie heb mogen krijgen tijdens dit jaar. Ook bedankt voor de middelen en mogelijkheden binnen jullie organisatie.

Veel leesplezier toegewenst!

Samenvatting

Context en vraagstelling: Tolbrug is onderdeel van het Jeroen Bosch ziekenhuis en is een medisch specialistisch revalidatiecentrum. De unit houding en beweging is momenteel zoekende naar de rol van ergotherapeuten binnen de amputatiegroep, die aansluit bij de revalidanten. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag; 'welke behoeften hebben participanten met een amputatie aan de onderste extremiteit met betrekking tot het behalen van hun gestelde doelen, binnen een revalidatiecontext?'

Methode: de vraagstelling in dit onderzoek is beantwoord middels een explorerend/verkennend onderzoek met een hermeneutisch design. Er zijn vier observaties uitgevoerd die input gaven voor de zes individuele interviews bij patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit. De interviews zijn geanalyseerd volgens conventional content analysis (Baarda B. e., 2018).

Resultaten: uit de resultaten zijn vijf thema's ontstaan;

1)Participanten willen meer eigen regie binnen de behandeling

2)Participanten hebben behoefte aan gezellige groepstherapie

3)Participanten hebben behoefte aan ondersteuning van zorgzame therapeuten op het gebied van lopen met hulpmiddelen

4) participanten hebben liever actievere therapie dan praattherapie.

5) levensverhaal van de participant

Conclusie: de conclusie van het onderzoek is dat revalidanten weten waar ze behoefte aan hebben binnen de therapie. Ze geven aan liever actieve therapie te hebben dan praattherapie binnen een gezellige groep. Tevens hebben ze behoefte aan ondersteuning van zorgzame therapeuten bij het lopen met een hulpmiddel. Ze geven aan meer eigen regie te willen binnen de behandeling.

Abstract

Context and question:

The Tolbrug is a specialized multidisciplinary Rehabilitation Centre. The research question was directed towards exploring the role of occupational therapy within the amputation group which in itself falls within the responsibility of the Posture and Movement Unit. This leads to the next question 'what need do participants with an amputation to the lower extremity have with regard to achieving their set goals, within a rehabilitation context?

Method:

The questions raised in this study have been answered by means of an exploratory study with a hermeneutic design. The lower limb amputees participated in four observation moments during the group sessions which gave information for the six individual interviews as a means to obtain their opinions and needs regarding the therapy. The interviews were analysed according to conventional content analysis.

Results:

Four themes became apparent as a consequence of the interviews and observations. Namely

1) Participants expressed a desire for more control within the treatment

2) Participants appreciated a convivial group therapy atmosphere

3) Participants appreciated the presence and support from caring therapists whilst learning to walk with prosthetic limbs

4) participants expressed a preference for active therapy over passive therapy (talking).

5) Lifestory

Conclusion: the conclusion of the research is that participants understand their own needs within the therapy. They prefer a active therapy over a talking therapy within a convivial group. They need a supporting therapist whilst walking with prothetic limbs. Essentially they want more control during their treatment.

Inhoudsopgave

Patients know best 2
Voorwoord 3
Samenvatting 4
Abstract 4
Begrippenlijst 6
Leeswijzer 7
Introductie 8
De aanleiding en de probleemstelling; 8
Inleiding 8
Theoretisch kader 11
De vraagstelling en de doelstelling 16
Onderzoeksvragen: 16
Hoofdvraag: 16
Deelvragen: 16
Definities 17
Methoden 18
Resultaten 21
Conclusie 26
Discussie 26
Bibliografie 29
Bijlagen 31
bijlage 1: informatiebrief 31
Bijlage 2: toestemmingsverklaringformulier 33
Bijlage 3: observatie guide: 34
Bijlage 4: interview guide 36
Bijlage 5: observaties uitgewerkt 37
Bijlage 6: observatie gegevens 51
Bijlage 7: codeboom 56

Begrippenlijst

Amputatie aan de onderste extremiteit	Met de onderste extremiteiten van het lichaam worden de benen, vanaf de heupen tot aan de voeten, bedoeld (Kortermaarkrachtiger, z.d.)
Axiaal coderen	Het ordenen van de open codes in categorieën
Behoeften	Kotler (2009) stelt: 'een behoefte is het idee van een individu dat het hem aan iets ontbreekt' , 'zij maken deel uit van de menselijke aard' (Kotler, Armstrong, Wong, & Saunders, 2009).Het woordenboek van Dale vult hierbij aan 'een zaak die je nodig hebt' (den Boon, Hendrickx, & van der Sijs, 2015) Deze definities zullen gevolgd worden in deze thesis.
Betrouwbaarheid	De mate waarin een meting onafhankelijk is van toeval
Client-centred werken	In de therapie staat de cliënt centraal. In samenwerking ligt de focus op de ondersteuning van de cliënt in het mogelijk maken van zijn handelen (Granse, Kinébanian, & Hartingsveldt, 2012)
Data analyse	Het proces waarbij verkregen gegevens binnen een onderzoeksetting (Baarda, 2017)
Explorerend onderzoek	Een onderzoek waarbij je het begin van een probleem wilt ontdekken
Gestelde doelen	Doelen gesteld door de revalidant op activiteiten en participatieniveau volgens het ICF (Granse, Kinébanian, & Hartingsveldt, 2012)
Hermeneutisch design	Onderzoeksdesign waarbij je zowel mag analyseren als interpreteren
Inclusie criteria	Men dient om te participeren aan het onderzoek te voldoen aan vooraf gestelde normen (criteria). Alleen dan mogen ze participeren
Interviewguide	Een richtlijn voor de semi-gestructureerde interviews.
Kwalitatief onderzoek	Onderzoek gericht op het in kaart brengen van meningen, gevoelens, opvattingen en gedragingen van personen (Baarda, Boullart, & Bakker, 2018)
Observatieguide	Een richtlijn voor de observaties
Observaties	Een observatie is een objectieve waarneming van gedragingen of gebeurtenissen, die wordt uitgevoerd met een bepaald doel voor ogen
Open coderen	Fragmenten/delen uit een geschreven of getypt interview toekennen van labels, waarbij je zo dicht mogelijk bij de inhoud van het fragment probeert te blijven
Saturatie	Verzadiging van de uitkomsten; men hoort geen nieuwe dingen meer

Semi-gestructureerd interview	Een gesprek waarin de vragen en de volgorde van deze vragen in grote lijnen vaststaan. Er is echter de mogelijkheid om door te vragen
Transcriberen	Overschrijven of omzetten van een geluidsopname in een stuk tekst
Transfers	Verplaatsingen
Validiteit	De mate waarin een test meet wat hij beoogd te meten

Leeswijzer

Om dit onderzoek in goede banen te leiden, wordt de structuur aangehouden volgens de indeling van Baarda (Baarda B. , 2014).
In de introductie zal allereerst de aanleiding en de probleemstelling beschreven worden. Vervolgens wordt de inleiding en het theoretisch kader geïntroduceerd om vervolgens tot de vraagstelling en doelstelling te komen. Na de introductie volgt de methode van de thesis waarin de resultaten van de observaties en de interviews beschreven staan. Hierop volgend komt de discussie en de conclusie. Tot slot zijn de literatuurlijst en bijlagen toegevoegd.

Ter verduidelijking van de thesis: indien er revalidant geschreven staat houd dit in dat het gaat om de groep revalidanten waarin ook niet-participerende personen zitten. Als er participant staat heeft het betrekking tot een deelnemer van het onderzoek.

Introductie

De aanleiding en de probleemstelling;

In dit hoofdstuk word beschreven wat de aanleiding is geweest tot het schrijven van deze bachelorthesis. De aanleiding is gebaseerd op een gebeurtenis van de opdrachtgever. Vervolgens wordt de relevantie van dit onderzoek op wetenschappelijk en ergotherapeutisch gebied besproken.

De context waar de opdracht vandaan komt is Revalidatiecentrum Tolbrug te ’s Hertogenbosch. Tolbrug is onderdeel van het Jeroen Bosch ziekenhuis en is een medisch specialistisch revalidatiecentrum. Tolbrug is verdeeld in verschillende units; neurologie, houding & beweging en kinderrevalidatie. Het probleem is ontstaan op de unit houding en beweging bij de discipline ergotherapie.

In 2013 heeft Tolbrug een multidisciplinair protocol ontwikkeld voor de doelgroep amputatie (Hark, 2013). Wat betreft ergotherapie bevatte dit protocol twee modules voor ergotherapeutische doelen, namelijk; module mobiliteit en module dagelijkse activiteiten. Sinds twee jaar is de module dagelijkse activiteiten vervallen omdat therapeuten merkten dat revalidanten niet gemotiveerd waren om dagelijkse activiteiten te oefenen. De reden hiervoor was niet duidelijk. Omdat de unit houding en beweging de rol van ergotherapie bij amputatie belangrijk vond hebben ze de module mobiliteit breder getrokken en konden in deze module dagelijkse activiteiten geoefend worden. Voor de ergotherapeuten hield dit in dat ze revalidanten uitnodigen om functioneel te oefenen.

Het probleem waardoor ze de module hebben aangepast bevindt zich nu ook in de huidige module mobiliteit. Dit is een module voor patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit. De module mobiliteit is gericht op het zo zelfstandig en veilig mogelijk uitvoeren van transfers die de revalidant in zijn dagelijkse leven tegen komt, ter bevordering van de participatie. Het doel van de module is om de revalidanten te leren om zo veilig en zelfstandig mogelijk transfers uit te voeren, met en zonder prothese.
Therapeuten, maar voornamelijk ergotherapeuten merken dat revalidanten geen motivatie hebben tot functioneel oefenen zoals een activiteit in de keuken. Maar wederom weten ze niet waar dit gedrag vandaan komt. De ergotherapeuten weten hierdoor niet wat een goede rol binnen deze doelgroep is. De unit is ervan overtuigd dat ergotherapie een meerwaarde kan bieden aan patiënten, maar ze weten niet in welke vorm of invulling dit past bij de revalidanten. Naar aanleiding van deze probleemstelling is de opdracht dus als volgt; onderzoek wat de beste manier is om ergotherapie aan te bieden voor patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit, kijkend naar behoefte van de patiënt.

Inleiding

Per jaar wordt er bij ruim 3.200 mensen in Nederland een been geamputeerd. De ingreep komt vaker voor bij 65-plussers en bij mannen. Een amputatie is een definitieve en heftige ingreep voor zowel de patiënt als voor de artsen. Alleen als het niet anders kan wordt deze ingreep gedaan (Feenstra, z.d.). Amputatie is een interventie die ten grondslag ligt aan een oorzaak (Derksen, 2016). De meest voorkomende oorzaak is een vaataandoening. Andere oorzaken kunnen tumoren, bloedcirculatiestoringen, trauma, diabetes mellitus of een infectie zijn (Kortermaarkrachtiger, 2018)

De verwachting is dat het aantal beenamputaties ongeveer gelijk zal blijven in de komende jaren. Aan de ene kant komen vaatlijden en diabetes mellitus vaker voor en vergrijst de bevolking. Aan de andere kant verbetert de zorg voor mensen met diabetes mellitus en verbeteren de vaatoperaties. Wat de precieze consequenties hiervan zullen zijn voor het aantal beenamputaties en voor de verdeling over de verschillende amputatieniveaus laat zich moeilijk voorspellen. Gebleken is dat de verwachting dat het aantal beenamputaties zou afnemen, zoals uitgesproken tijdens de St. Vincent

Declaration in 1989, niet is uitgekomen (Van Der Hark, Faashen, De Jong, & Revalidatiecentrum Tolbrug, 2013).

Binnen het revalidatiecentrum Tolbrug worden voornamelijk patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit behandeld (Van Der Hark, Faashen, De Jong, & Revalidatiecentrum Tolbrug, 2013). De onderste extremiteit worden de benen, vanaf de heupen tot aan de voeten, bedoeld (Kortermaarkrachtiger, 2018). De onderste extremiteit kan op verschillende plekken worden geamputeerd, de meest voorkomende gevallen zijn; Bekkenamputatie, door-de-heup-amputatie, transfemorale amputatie, knie-exarticulatie ,transtibiale amputatie ,enkelamputatie en dubbelzijdige amputatie (Kortermaarkrachtiger, 2018).

Het been wordt zo laag mogelijk afgezet om zoveel mogelijk van het been te sparen. De chirurg maakt een zo goed mogelijke stomp, die stevig genoeg is om mee te lopen met een prothese. Na de operatie zal er een revalidatietraject volgen waarbij er getraind wordt op kracht en mobiliteit van beide benen en eventueel wordt er getraind op lopen met een prothese (Kortermaarkrachtiger, 2018) . Een amputatie is vaak een emotionele gebeurtenis. Werk,wonen, zelfredzaamheid en seksualiteit zijn onderwerpen waarbij de emoties hoog op kunnen lopen. Het ondergaan van een amputatie is een traumatische gebeurtenis die veel beperkingen met zich mee brengt (Kortermaarkrachtiger, 2018). Betekenisvolle activiteiten zoals werken en hobby's uitvoeren zal, zeker in het begin, beperkingen opleveren. Verder zijn dagelijkse bezigheden, zoals zelfverzorging en lopen, niet meer vanzelfsprekend (Kortermaarkrachtiger, 2018). Buiten deze beperkingen zullen er ook beperkingen zijn door iemands fysieke en sociale omgeving. Denk hierbij aan een thuissituatie die, al dan niet tijdelijk, aangepast moet worden voor een rolstoel en sociale uitjes die tijdens een ziekenhuisopname wegvallen. Na de ziekenhuisopname zullen sociale uitjes veranderd zijn, bijvoorbeeld door een beperkte loopafstand of doordat iemand gebonden is aan een hulpmiddel.

Na de operatie volgt een revalidatieperiode. Patiënten die niet zelfstandig genoeg zijn om zich te redden in de thuissituatie worden opgenomen. Dit wordt klinische behandeling genoemd. In andere gevallen wordt veelal een poliklinisch revalidatieprogramma gevolgd. Gemiddeld duurt een revalidatieperiode drie maanden (Kortermaarkrachtiger, 2018). Een amputatie wordt in een revalidatiecentrum of op een revalidatieafdeling van een ziekenhuis behandeld. In een revalidatiecentrum is dit vaak op een speciaal ingerichte afdeling door een multidisciplinair team van specialisten (Kortermaarkrachtiger, 2018). De revalidatiearts legt het proces van de revalidatie uit waarbij het genezingsproces van de stomp een belangrijk onderdeel is. Dit wordt nauwlettend in de gaten wordt gehouden. In de eerste periode na de operatie is wondverzorging een groot aandachtspunt. Aan het begin van de revalidatie worden er doelen gesteld en wordt een behandelplan opgesteld. Beide zijn speciaal gericht op de wensen en behoeften van de patiënt. Het primaire doel is vaak om zo snel mogelijk weer te kunnen lopen en waar mogelijk terug te keren in het oude niveau van functioneren. De andere hulpvragen en samenhangende revalidatiedoelen van een revalidant kunnen erg divers zijn. De hulpvragen kunnen op alle domeinen van het 'International Classification of Function, Disability and Health (WHO, 2001). Dit kunnen zowel hulpvragen zijn van de revalidant als van zijn sociale omgeving (Van Der Hark, Faashen, De Jong, & Revalidatiecentrum Tolbrug, 2013). Deze hulpvragen zullen omgezet worden naar doelen waar het muldisciplinair team samen met de revalidant aan gaat werken tijdens de revalidatie. Een fysiotherapeut en een ergotherapeut zullen zich in eerste instantie bezig houden met het functioneren zonder prothese. Dit houdt onder andere in rolstoelvaardigheden, zelfverzorging in de eerste fase, en evenwichtstraining in. Later in het proces leert een fysiotherapeut of ergotherapeut het lopen met een prothese en de inschakeling hiervan bij dagelijkse activiteiten (Kortermaarkrachtiger, 2018).

Het multidisciplinair team bevat onder andere een ergotherapeut. De ergotherapeut ondersteunt in de revalidatie voornamelijk in de handelingsgebieden wonen/zorgen, werken/leren en spelen/vrije tijd (WHO, 2001). In onderzoeken van Spiliotopoulou is naar voren gekomen dat ergotherapie een essentiële discipline is binnen een multidisciplinair team bij de revalidatie van de doelgroep

amputatie om goed gebruik van de prothese te verkrijgen(G. & Spiliotopoulou, 2011)(College of Occupational Therapists, 2011). Pellegrini stelt dat complexe patiënten, waaronder patiënten met een amputatie, baat hebben bij een multidisciplinaire revalidatie. Waaronder ergotherapeutische , client-centred interventies (Pellegrini et al 2018).

Ook voor ergotherapie worden doelen gesteld voor de revalidatieperiode. Volgens het RCT onderzoek 'occupational therapy in complex patients, a pilot randomized' waren de activiteiten die participanten kozen voor de behandelingen gebaseerd op zelfverzorging, functioneel handelen, werk en vrije tijd (Pellegrini et al 2018). De doelen van de patiënten sluiten goed aan bij een ergotherapeutische behandeling omdat ze op de handelingsgebieden van ergotherapie zitten. Na de revalidatie bereikten de meeste participanten verbetering in het dagelijks functioneren. (Atwal, 2011). De studie van Bilodeau et al and White refereren direct naar ergotherapeutische interventies die belangrijk zijn in de specialistische revalidatie bij oudere patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit (Bilodeau, Hebert, & Desrosiers, 2000) (White, 1992).

Bovenstaande onderzoeken benoemen het belang van ergotherapie, echter is het niet duidelijk welk soort interventies zijn gegeven om de doelstellingen te behalen. Ze worden namelijk niet benoemd of beschreven in de verschillende onderzoeken. Spiliotopoulou beschrijft de verschillende onderzoeken op sterkte van het bewijs. De onderzoeken die werden vergeleken in de systematic review beschreven de uitkomsten van de interventies, maar niet de interventies zelf (G. & Spiliotopoulou, 2011). In de klinische studie 'occupational therapy in complex patients, a pilot randomized' beschrijft hoe de ergotherapeutische interventie tot stand kwam, maar niet de inhoud hiervan. Zo werd er focus gelegd op bepaalde dagelijkse bezigheden maar wordt niet beschreven hoe deze interventies uitgevoerd zijn (Pellegrini et al 2018). Ergotherapie wordt dus als essentieel gezien binnen de revalidatie door onderzoek.

Aan de hand van de gelezen literatuur kan geconcludeerd worden dat in het belang van ergotherapie is dat er meer bewijs komt over de behandelinterventies van de ergotherapie bij de mensen met een amputatie aan de onderste extremiteit. Dit gaat zowel over de vorm, inhoud als frequentie van de therapie. Spiliotopoulou stelt dat er momenteel te weinig onderzoek is gedaan naar bewijs over ergotherapeutische interventies bij patiënten met een amputatie (Atwal, 2011). Ergotherapeuten moeten dringend actie ondernemen om het evidence-based tekort te vullen wat betreft deze doelgroep om betere kwaliteit te bieden in de ergotherapie(G. & Spiliotopoulou, 2011). Door dit tekort aan te vullen zal er een kwalitatief betere behandeling gegeven kunnen worden voor de doelgroep amputatie. Door dit gegeven is het moeilijk om uit literatuur te bepalen welke behandeling het beste is voor patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit.

Binnen de ergotherapie, maar ook binnen de Tolbrug, unit houding en beweging, is er dus een tekort aan evidence-based literatuur en interventies om tot een goede behandeling te komen voor de doelgroep amputatie. Het bestaande protocol binnen het revalidatiecentrum de Tolbrug is verouderd en de geraadpleegde literatuur is tot 2013. Het praktijkprobleem dat is ontstaan binnen Tolbrug, is dat de therapeuten met de huidige behandeling niet aansluiten bij de behoefte van de patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit. Het is onduidelijk hoe dit probleem is ontstaan. Doordat de literatuur te kort schiet aan evidence based ergotherapeutische interventies kan er niet goed behandeld worden op basis van onderzoeken. Tevens is de mening en behoefte van de patiënten niet bekend. Het is dus voor het belang van ergotherapie dat de behoefte en mening onderzocht wordt van de doelgroep amputatie om zo tot een betere behandeling te komen vanuit patiëntenperspectief.
Doel van dit onderzoek is om de kwaliteit van de ergotherapeutische behandelingen binnen de Tolbrug te verbeteren en beter aan te laten sluiten op de behoeften van de patiënten. Dit leidt tot de volgende vraag:

‘Welke behoeften hebben patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit met betrekking tot het behalen van hun gestelde doelen, binnen een revalidatiecontext?’

Theoretisch kader

Onderstaand worden theoretische kaders beschreven die van belang zijn in dit onderzoek.

De context waarin gewerkt wordt is het revalidatiecentrum Tolbrug, unit houding en beweging. De topics die centraal staan:

- Revalidanten met een amputatie aan de onderste extremiteit
- Beperkingen in het dagelijks leven na de amputatie
- Multidisciplinair revalidatieprogramma
- Behandelplan met client-gecentreerde doelen
- Weinig literatuur bekend over ergotherapeutische interventies bij de doelgroep
- Ergotherapie is essentieel bij de doelgroep

Bovenstaande topics zijn verder uitgediept in bovenstaande inleiding.

Visie & missie

Om het theoretisch kader verder uit te diepen wordt onderstaand de visie en missie beschreven van de Tolbrug. Deze geven het kader van deze thesis vorm . De visie en missie die Tolbrug gesteld heeft sluiten aan dit onderzoek.

Visie Tolbrug: Tolbrug, als onderdeel van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ), is het meest patiëntvriendelijke en patiëntveilige revalidatiecentrum in Nederland. Tolbrug biedt specialistische revalidatie, dat wil zeggen revalidatiegeneeskunde en paramedische ziekenhuiszorg. Binnen deze omgeving werken we volgens drie pijlers: in balans, in zijn kracht en in regie. Deze pijlers kunnen we zowel vertalen naar het perspectief van de patiënt/revalidant en zijn systeem, de professional en de organisatie. Samen maken ze het mogelijk om de bedoeling van Tolbrug waar te maken: het verbinden naar een nieuwe toekomst (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2019).

Missie Tolbrug: Tolbrug biedt mensen met een lichamelijke en/of cognitieve beperking in alle levensfasen gespecialiseerde diagnostiek, behandeling, ondersteuning en advies. Onze patiënten revalideren vanuit hun eigen kracht met als doel optimale zelfredzaamheid, eigen regie, deelname aan de maatschappij en kwaliteit van leven voor zowel de revalidant als zijn omgeving. Wij dragen, als onderdeel van een zorgketen, daaraan bij vanuit onze eigen deskundigheid en professionele verantwoordelijkheid op het gebied van revalidatiegeneeskunde en paramedische ziekenhuiszorg (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2019).

Visie/missie thesis:

Zoals beschreven in bovenstaande visie staat Tolbrug voor een specialistische revalidatie waarbij zowel de patiënt, professional als zijn systeem in balans, zijn kracht en zijn eigen regie staat. Binnen het revalidatiecentrum wordt multidisciplinair gewerkt om een goede behandeling van de patiënt mogelijk te maken. Binnen Tolbrug wordt ergotherapie gezien als een essentieel onderdeel van een multidisciplinaire behandeling van patiënten. In deze thesis gaat het om patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit. Deze visie zal gehanteerd worden binnen deze thesis. Dit houdt voor het onderzoek in dat er rekening wordt gehouden met multidisciplinaire aspecten zoals behandelingen met meerdere disciplines. In het onderzoek zal het multidisciplinair werken meegenomen worden wat betreft de behoeften van de participanten, hierop wordt ergotherapie wel specifiek beschreven. Deze thesis streeft naar duidelijke uitkomsten van de meningen van patiënten om een beeld te creëren over welke rol ergotherapie kan hebben bij de revalidatie van patiënten met een amputatie. Hierin wordt ook het multidisciplinair stuk meegenomen in het

onderzoek. Hieruit worden aanbevelingen gedaan om naar een betere behandeling van ergotherapie te streven.

I-ZIC traject:

Een ander kader waar binnen dit onderzoek in gewerkt wordt is het I-ZIC traject (interdisciplinair-zorginnovatie centrum). Dit houdt in dat er gewerkt wordt binnen de context van Tolbrug waarin een combinatie van afstuderen en stage op dezelfde plek plaatsvindt. Dit is een interdisciplinair traject met disciplines zoals logopedie, fysiotherapie, bewegingsagogie/psychomotore therapie en ergotherapie. Tijdens dit traject is er gekozen om per unit een onderwerp uit te kiezen waar meerdere disciplines mee aan de slag gaan. Voor de unit houding en beweging betrof dit het onderwerp 'amputatie'.
Tijdens het I-ZIC traject wordt er intensief samengewerkt met andere disciplines wat betreft feedback geven op elkaar, het onderzoek samen uitvoeren en peer reviews uitvoeren.

Amputatie protocol:

Binnen dit onderzoek zal er gebruikt gemaakt worden van het huidige amputatieprotocol van RC Tolbrug behandeld (Van Der Hark, Faashen, De Jong, & Revalidatiecentrum Tolbrug, 2013). Onderstaand zullen de relevante stukken beschreven worden. Dit betreft het behandelprogramma en de inhoud van de module mobiliteit.

Het behandelprogramma amputatie is opgebouwd uit modules. Elke revalidant neemt in principe aan alle modules deel als deze valt binnen de inclusiecriteria. Daarnaast krijgt elke revalidant een voorlichtingsbijeenkomst over algemene afspraken, regelingen enzovoort.
Het is mogelijk dat op indicatie individuele therapie wordt ingezet.

Modules:

- Module Mobiliteit
- Module Prothese
- Module Fitheid
- Module Dagelijkse Activiteiten (vervallen)
- Module Leven na een beenamputatie

1. Doelgroep

Revalidanten met een beenamputatie.

1. Doel

- De revalidant handelt zo veilig en zelfstandig mogelijk, zonder en met prothese, tijdens de uitvoer van transfers.
- De revalidant leert zijn eigen mogelijkheden en beperkingen kennen door ervaringen op te doen met transfers, rolstoelvaardigheden, gebruik van loophulpmiddelen en prothesegebruik.
- De revalidant pakt eigen taken en verantwoordelijkheden op in de thuissituatie door de opgedane kennis en ervaring vanuit de groep thuis uit te proberen.

2. Inhoud

Voordat de participanten in de groep komen waarbij de module mobiliteit hoort krijgen ze een doelengesprek. Hierin worden doelen opgesteld met de participant en vervolgens krijgen ze vaste modules aangeboden.
Module Mobiliteit is een oefenmodule waarin revalidanten met een beenamputatie leren hoe ze zich moeten verplaatsen.

In eerste instantie zal deze gericht zijn op het verplaatsen zonder prothese. Denk hierbij aan rolstoelvaardigheden en verplaatsen op één been, met het voor de revalidant geschikte loophulpmiddel.

Niet alleen het verplaatsen zelf komt aan bod, maar ook de praktische uitvoering daarvan; hoe neem ik mijn kopje koffie mee van de keuken naar de huiskamer.

Als de revalidant de prothese heeft en hier goed mee om kan gaan, dan zal de aandacht meer worden gericht op het lopen zelf en alle hindernissen en obstakels die daarmee verbonden zijn. “Meters in de benen krijgen”.

3. Duur en Frequentie

Duur: 60 minuten.

Frequentie:

Klinisch :
3 keer per week gedurende 6 weken start in behandelweek 3, Daarna vervolg poliklinisch 2 keer tot einde van het behandelprogramma.

Poliklinisch :
2 keer per week gedurende 16 weken start in behandelweek 5.

De Module vindt plaats in de grote oefenzaal, in de oefentuin en in de ruimte van de ET, afhankelijk van de hulpvraag van de revalidant.

4. Uitvoerenden

Eén ergotherapeut en één fysiotherapeut bij een groep vanaf drie revalidanten. Maximaal 6 revalidanten per groep. Bij 2 revalidanten één fysiotherapeut of één ergotherapeut.

5. Vorm

Module Mobiliteit bestaat uit groepslessen.
De deelnemers van de groep kunnen verschillende niveau’s van functioneren hebben.
Module Mobiliteit betreft een open groep, met een regelmatige in- en uitstroom van revalidanten. Hierdoor is er vaak geen structuur zichtbaar.. Tijdens de ene behandeling wordt de werkwijze van de therapeuten gevolg, en de andere keer wordt de werkwijze bepaald door de participanten vanuit opties van de therapeuten geven. Dit laatste wordt vaak gedaan tijdens therapieën in de ergotherapie ruimtes, de participanten kunnen uit een activiteit kiezen binnen deze ruimtes.

6. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Taken en verantwoordelijkheden van de ergotherapeut en de fysiotherapeut, specifiek voor deze module:

- Zorgen dat de benodigde materialen en ruimten beschikbaar zijn.
- Zorgen dat de persoonlijke doelen van de revalidant duidelijk zijn en aan bod komen.
- Structureren van de bijeenkomsten.
- Revalidanten aanmoedigen om thuis te oefenen middels huiswerkopdrachten.
- Inventariseren wat de aandachtspunten en hulpvragen voor de komende sessie zijn.
- Inschatting maken of revalidant veilig genoeg functioneert om het geleerde in thuissituatie toe te passen.

Zowel de ergotherapeut als de fysiotherapeut besteden aandacht aan veiligheid en vertrouwen in eigen mogelijkheden.

De nadruk van de ergotherapeut ligt daarbij met name op het functioneel mogelijk maken van het verplaatsen. Bij de fysiotherapeut ligt deze nadruk met name op de kwaliteit van bewegen tijdens het verplaatsen.

Specifieke taken van de ergotherapeut:

- Generaliseren van het geleerde.
- Scootmobieltraining indien nodig.
- Rolstoel vaardigheden aanleren.

Specifieke taken van de fysiotherapeut:

- Controle over het prothesegebruik (aan prothese gerelateerde zaken, indien nodig naar Module Prothese).

1 doelgroep	Revalidanten met een beenamputatie. Het gaat om poliklinische en klinisch revalidanten.
2 groepsdoel Individueel doel:	De revalidant handelt zo veilig en zelfstandig mogelijk, met en zonder prothese, tijdens de uitvoer van transfers. De revalidant leert zijn eigen mogelijkheden en beperkingen kennen door ervaringen op te doen met transfers, rolstoelvaardigheden, gebruik van loophulpmiddelen en prothesegebruik. De revalidant pakt eigen taken en verantwoordelijkheden op in de thuissituatie door de opgedane kennis en ervaring vanuit de groep thuis uit te proberen. Afhankelijk van de hulpvraag van de revalidant: Cardiale Conditieverbetering Mogelijkheid om scootmobiel rijden uit te proberen.
3 werkwijze	Taken en verantwoordelijkheden van de ergotherapeut en de fysiotherapeut, specifiek voor deze module: Zorgen dat de benodigde materialen en ruimten beschikbaar zijn. Therapeuten inventariseren doelen voor die sessie en maken hiervoor een verdeling van de taken onder de therapeuten. Revalidanten aanmoedigen om thuis te oefenen middels huiswerkopdrachten. Inventariseren wat aandachtspunten en hulpvragen voor de komende sessie zijn. Inschatting maken of revalidant veilig genoeg functioneert om het geleerde in thuissituatie toe te passen. Zowel de ergotherapeut als de fysiotherapeut besteden aandacht aan veiligheid en vertrouwen in eigen mogelijkheden. De nadruk van de ergotherapeut ligt daarbij met name op het functioneel mogelijk maken van het verplaatsen. De nadruk van de fysiotherapeut ligt daarbij met name op de kwaliteit van bewegen tijdens het verplaatsen. Specifieke taken voor ergotherapeut: Rolstoel vaardigheden aanleren. Generaliseren van het geleerde. Scootmobieltraining indien nodig. Specifieke taken voor de fysiotherapeut: Controle over prothesegebruik (aan prothese gerelateerde zaken, indien nodig naar Module Prothese)

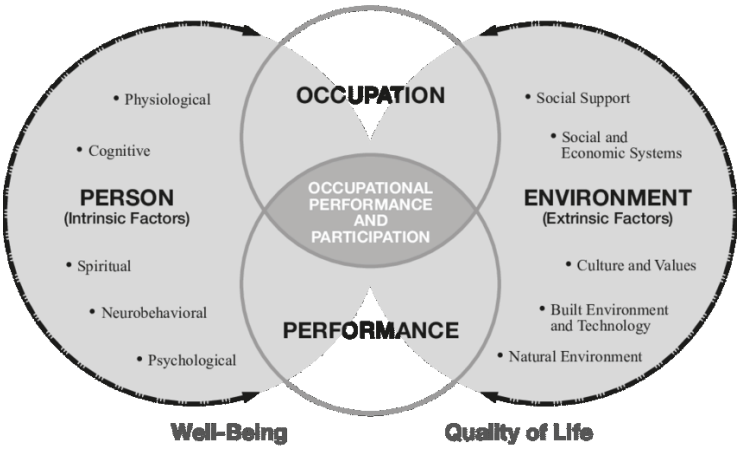
	Methodiek: trial and error – Leren door ervaring opdoen en 'fouten' maken. Fouten maken binnen de veiligheid. Mogelijkheden laten onderzoeken. Revalidanten leren door te zien (en na te doen) van elkaar en te overleggen met elkaar (stimuleren groepsdynamica). Interventies: Therapeuten bewaken de veiligheid van de revalidanten. Bejegening/ houding: vooral stimulerend. Therapeuten creëren uitdagende situatie zodat de revalidant zijn optimale niveau van verplaatsen bereikt. Succeservaringen laten opdoen waardoor zelfvertrouwen vergroot. Positieve bekrachtiging. Respecteren eigen keuzes. Aanspreken eigen verantwoordelijkheid.
4 taak van de groep	In alle fases van het protheseproces verplaatsen de revalidanten zich op een zo'n veilig en optimaal mogelijke wijze.
5 vormgeving	Groep: Groepsgrootte: 2 tot 6 Open groep Duur: 60 minuten Frequentie: 2 keer per week gedurende 16 weken, Ruimtelijke setting: grote oefenzaal, oefentuin en buiten rondom het ziekenhuis.
6 evaluatie / resultaat	De laatste 5 minuten van de groepsbehandeling wordt er geëvalueerd hoe ieder aan zijn persoonlijke doel gewerkt heeft en wordt er bekeken hoe men dit in zijn thuissituatie toe kan passen. 6 minuten wandeltest in meters

Bovenstaand is de module zoals beschreven in het protocol van RC Tolbrug (Van Der Hark, Faashen, De Jong, & Revalidatiecentrum Tolbrug, 2013). De module is niet precies meer gelijk zoals toen, de huidige situatie wordt verder toegelicht bij de resultaten en discussie.

Ergotherapeutische modellen:

PEOP-model:
Het PEOP-model bestaat uit drie belangrijke domeinen: de persoon, de context en het handelen, zie figuur 1.1. Het PEOP-model gaat tijdens het uitvoeren van activiteiten, het handelen, uit van een dynamische interactie tussen de elementen persoon(intrinstieke factoren), context (extrinsieke factoren) en het handelen (activiteiten, taken, rollen). Een persoon voert activiteiten, taken en rollen uit die betekenisvol zijn en voldoen aan bepaalde verwachtingen (Christiansen, Baum, & Bass, 2015). Door te handelen participeert een persoon in eigen context en worden gezondheid en welzijn beïnvloed (Granse, Kinébanian, & Hartingsveldt, 2012).

Het model maakt duidelijk dat handelen niet alleen bepaald wordt door het uitvoeren van taken, activiteiten en rollen, maar ook door karakteristieken van de persoon en de omgeving.



Figuur 1.1 (Christiansen, Baum, & Bass, 2015)

Het PEOP-model hanteert de volgende visie:

- Mensen zijn van nature gemotiveerd om hun wereld te ontdekken en hier grip op te krijgen.
- Een situatie waarin mensen succes ervaren geeft hun een goed gevoel over zichzelf en motiveert hen tot nieuwe uitdagingen.

Het PEOP-model is een systeemmodel, welke er vanuit gaat dat interactie tussen persoon, de contexten het handelen dynamisch is. De cliënt wordt hierbij centraal gesteld in het interventieproces en de therapie uitkomst. De uitkomst wordt altijd gerelateerd aan welzijn en kwaliteit van leven.

Binnen de thesis zal het PEOP-model gevolgd worden wat betreft de visie dat mensen van nature gemotiveerd zijn om de wereld te ontdekken. Als ook vanuit de verwachting dat personen een activiteit, taak of rol uitvoeren die betekenisvol is en doet aan bepaalde verwachtingen.

De vraagstelling en de doelstelling

Het hoofddoel van de opdrachtgever is het protocol voor RC Tolbug vernieuwen op basis van verschillende onderzoeken en literatuur. Gezien dit een te breed onderwerp is en het een groot probleem betreft is er voor deze thesis het volgende doel gesteld:
Het doel van deze thesis is het achterhalen van de behoefte van de patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit wat betreft het aanbieden van ergotherapie.

Het product wat de opdrachtgever zal ontvangen betreft de resultaten van het onderzoek en de aanbevelingen voor een vervolg.

Onderzoeksvragen:

Hoofdvraag:

'Welke behoeften hebben participanten met een amputatie aan de onderste extremiteit met betrekking tot het behalen van hun gestelde doelen, binnen een revalidatiecontext?'

Deelvragen:

Praktijkonderzoek:

- Welke doelen hebben participanten(klinisch en poliklinisch) met een amputatie aan de onderste extremiteit, en waarom zijn deze belangrijk?
- Wat is volgens participanten met een amputatie aan de onderste extremiteit de beste manier om doelen te behalen?
- In welke mate sluit de therapie die revalidanten met een amputatie aan de onderste extremiteit wensen voor het behalen van de gestelde doelen aan bij de huidige module mobiliteit in RC De Tolbrug

Definities

Behoeften:

Kotler (2009) stelt: een behoefte is het idee van een individu dat het hem aan iets ontbreekt , zij maken deel uit van de menselijke aard (Kotler, Armstrong, Wong, & Saunders, 2009).Het woordenboek van Dale vult hierbij aan een zaak die je nodig hebt (den Boon, Hendrickx, & van der Sijs, 2015). Deze definities zullen gevolgd worden in deze thesis.

Amputatie aan de onderste extremiteit:

Met de onderste extremiteiten van het lichaam worden de benen, vanaf de heupen tot aan de voeten, bedoeld (Kortermaarkrachtiger,2018)

Gestelde doelen:

Aan het begin van de revalidatieperiode worden er persoonlijke doelen opgesteld met de revalidant en een ergotherapeut. Dit gebeurt in de eerste fase (observatiefase). Per discipline worden er assessments afgenomen, zoals de COPM, om het functioneren van de revalidant in kaart te brengen. Aan het einde van de observatiefase worden er individuele behandeldoelen voor de revalidant geformuleerd. Dit gebeurd samen met de revalidant aan de hand van de SMART-methodiek (Van Der Hark, Faashen, De Jong, & Revalidatiecentrum Tolbrug, 2013). De doelen zullen op activiteiten- en participatieniveau gericht volgens het ICF (WHO,2001).

Methoden

Design:
De onderzoeksvraag wordt middels een explorerend kwalitatief onderzoek, met hermeneutische aanpak beantwoord. Een kwalitatief onderzoek gaat om het verkrijgen van inzichten, ervaringen en meningen van personen. Dit is passend bij de onderzoeksvraag omdat deze zoekt naar behoeften en ervaringen van participanten met een amputatie aan de onderste extremiteit. Deze informatie kan alleen achterhaald worden door het perspectief en de mening van de participant. Het design is gekozen op basis van de onderzoeksvraag en de probleemstelling. Het is nog niet bekend waardoor het probleem is ontstaan. Er is gekozen voor een explorerend design zodat er naar verschillende resultaten gekeken kan worden. Op deze manier kan de oorzaak van het probleem door meerdere resultaten gevonden worden. De explorerende aanpak is tevens gekozen omdat de meningen en ervaringen worden geanalyseerd en vergeleken met literatuur om eventuele verschillen te ontdekken(Baarda, B., 2014). De hermeneutische aanpak is gekozen omdat je hierbij zowel je bevindingen beschrijft als interpreteert. Tevens gaat het in dit onderzoek over de interpretaties van de revalidant zelf, om zo het probleem te ontdekken (Baarda, Boullart, & Bakker, 2018).

Participanten werving:
Voor het werven van participanten wordt er gebruik gemaakt van een selectieve steekproef. Deze wervingsmethode betreft een duidelijke doelgroep binnen het onderzoek aan (Baarda, Boullart, & Bakker, 2018). De steekproef wordt gedaan onder de doelgroep amputatie patiënten aan de hand van de volgende inclusiecriteria:

- Participanten met een amputatie aan de onderste extremiteit
- Participanten die revalideren (klinisch/poliklinisch) binnen de Tolbrug.
- De participanten moeten op dat moment in de module mobiliteit participeren. Ze moeten minimaal twee keer aanwezig geweest zijn in de groep.

De participanten zullen via de ergotherapeuten benaderd worden om te participeren aan het onderzoek waarna toestemming, er persoonlijk contact met mij zal plaatsvinden. Het benaderen van de participanten zal gebeuren op de Tolbrug. De reden hiervoor is dat het een bekende omgeving is voor de participanten en door het persoonlijk te doen wekt dit meer vertrouwen bij de participanten. Nadat participanten zijn benaderd krijgen ze een informatiebrief (zie bijlage 1). Indien de participant toezegt zal er een toestemmingsverklaring (zie bijlage 2) getekend worden en concrete data gepland worden voor de observatie/interviews.

Dataverzameling:
De dataverzameling zal gedaan worden aan de hand van observaties binnen de module mobiliteit waarna individuele interviews afgenomen zullen worden. Door een observatie uit te voeren kan vastgesteld worden wat er daadwerkelijk gebeurt in de therapie, tevens kan er verder worden doorgevraagd tijdens een interview om meer achter de persoonlijke motieven en inzichten te komen (Baarda, Boullart, & Bakker, 2018). Aangezien er weinig voorkennis is zal er in eerste instantie gekeken worden wat er nu gebeurt binnen de therapie. Met de interviews kunnen verdiepende vragen gesteld worden om zo tot diepere antwoorden te komen. Door de observaties en interviews te koppelen wordt er geprobeerd om het probleem binnen de module mobiliteit te ontdekken en hierdoor de behoeften te ontdekken.
De observatie zal gedeeltelijk gestructureerd zijn om een richtlijn te hebben maar ook onbevangen te werk te gaan (zie bijlage 3 observatie guide). Er zal tijdens de observatie bekeken worden om vervolgens tot ideeën en interpretaties te komen als input voor vragen tijdens interview per participant (Baarda, Boullart, & Bakker, 2018). Door de ideeën en interpretaties kan er gerichter gevraagd worden tijdens het interview (Baarda, Boullart, & Bakker, 2018). Voor de observatie wordt de keuze gemaakt om niet participerend te observeren. Omdat er anders verwacht word dat er

invloed zal zijn door de aanwezigheid van de onderzoeker. Dit kan verwacht worden omdat de onderzoeker een dubbele rol heeft. Op deze manier kunnen deze twee rollen gescheiden blijven.

Het interview is semi-gestructureerd opgebouwd met een individuele participant. Doordat er eerst een observatie heeft plaatsgevonden wordt de informatie uit de observatie verwerkt in de interviewguide per participant. Door de observatiegegevens te benoemen in het interview wordt de participant gevraagd naar zijn/haar gedrag en kan dit geïnterpreteerd worden door de participant. De interviews zullen mondeling en face-to-face uitgevoerd worden. Baarda (2014) stelt: dat 'veel informatie, ook in het dagelijks leven, verkregen door mensen ernaar de vragen' (Baarda, B., 2014). De keuze voor een semigestructureerd interview is gemaakt doordat er bij een open interview er mogelijkheden zijn tot het stellen van ingewikkeldere vragen te stellen (Baarda, B.,2014). En om meer verdieping te krijgen in de mening van de revalidanten na de observatie. Tevens heeft een semigestructureerd interview een hogere validiteit dan een ongestructureerd interview (Dingemanse, 2018). Er is gekozen voor voornamelijk open vragen naar wat er gezien is door de onderzoeker tijdens de observatie. De keuze om dit individueel uit te voeren is zodat revalidant zich veilig en geborgen te laten voelen om zijn/haar mening toe te lichten. In een groep kunnen dominante groepsleden een belemmering zijn voor iemand zijn/haar mening toe te lichten (Baarda, B., 2014). De keuze om het mondeling en face-to-face uit te voeren is gemaakt doordat dit persoonlijker is voor de revalidanten waardoor ze mogelijk zichzelf mogelijk sneller openstellen en meer vertellen. Tevens kun je observeren en reageren op lichaamstaal en wat er gezegd wordt door de revalidant. Bovendien heeft dit een hoge responswaarde heeft (Baarda, B.,2014)(Dingemanse, 2018)

Ethische overwegingen
Om de anonimiteit van de participanten te waarborgen zullen de observaties en interviews geanonimiseerd worden. Er zal een sleutel gemaakt worden die alleen inzichtelijk is voor de onderzoeker. Gegevens die te herleiden zijn naar specifieke kenmerken zoals leeftijd, doelen, revalidatietraject zullen zo beschreven worden zodat dit niet herleidbaar is.

De opgenomen interviews zullen binnen het Jeroen Bosch ziekenhuis beluisterd en verwerkt worden en worden na het transcriberen vernietigd. De interviews worden uitsluitend opgenomen op apparatuur van het Jeroen Bosch ziekenhuis welke deze locatie niet mogen verlaten.

De gegevens (zoals de toestemmingsverklaring zullen 5 jaar bewaard worden door het wetenschapsbureau van het Jeroen Bosch ziekenhuis, en hierna vernietigd worden. Voor de informatiebrief met extra informatie verwijs ik naar bijlage 1. Voor de toestemmingsverklaring verwijs ik naar bijlage 2.

Rol van de onderzoeker
In dit onderzoek betreft de rol van onderzoeker een dubbele rol betreffende de participanten. Door het I-ZIC traject is zowel de rol onderzoeker als stagiaire van toepassing. Om een mogelijk bias te voorkomen zal de rol van de onderzoeker en stagiaire duidelijk gescheiden worden. Voor zowel de therapeuten, participanten als voor de onderzoeker zelf. Dit wordt gedaan aan de hand van andere kleding, andere positie tijdens de observaties enzovoort.

I-ZIC
Omdat het onderzoek binnen een I-ZIC traject plaatsvindt zal één van de studenten als mede-onderzoeker dienen. Voor deze thesis houdt dit in dat de mede- onderzoeker tijdens het uitvoeren van observaties als bij de interviews aanwezig is. Na de observaties en interviews wordt er nabesproken met de mede- onderzoeker. Tijdens het analyseren zal de mede-student de rol als peer reviewer hebben. Dit verhoogt de kwaliteit van het onderzoek.

Data- analyse:
Na de observatie wordt de informatie per participant geanalyseerd en verwerkt in een persoonlijke interview guide. De interviews worden geanalyseerd volgens de conventional content analysis. Deze methode wordt gebruikt om meningen/ervaringen te analyseren waarbij de codes direct uit het transcript komen. De interviews worden na afloop getranscribeerd. Vervolgens worden hier open codes uitgehaald. De open codes worden samen gepakt tot axiale codes om zo tot thema's te komen.

Resultaten

In totaal zijn er in dit onderzoek vier observatiemomenten geweest en zijn er zes participanten geïnterviewd, waarvan drie mannen en drie vrouwen. Alle deelnemers hebben een amputatie aan de onderste extremiteit, echter op verschillende niveaus. De participanten zaten allemaal in verschillende fasen van de groepsrevalidatie. Één participant zat aan het begin van de revalidatie, twee halverwege en drie participanten zaten aan het einde van de revalidatiefase. Een gemiddelde revalidatieperiode duurt vijf maanden, inclusief één maand observatiefase. Als er moeilijkheden met de prothese ontstaan tijdens de revalidatie kan deze periode langer duren. Dit komt in de praktijk vaak voor. Voor alle demografische gegevens zie tabel 1.

Allereerst zijn de participanten geobserveerd waarbij de rol van het onderzoek niet-participerend was. Er zijn vier observatiemomenten geweest van 60 minuten in de behandelruimtes van de fysiotherapie of in de oefenruimtes van de ergotherapie (woonkamer,keuken). De interventies in de behandelruimte van de fysiotherapie betrof het lopen met hulpmiddelen, oefeningen op de mat, lopen in de brug en behendigheid trainen. De interventies in de oefenruimtes van de ergotherapie betroffen activiteiten zoals strijken en pannenkoeken bakken. De observaties werden gestart met twee participanten per keer, echter bleek dit niet goed te werken omdat hierdoor informatie over andere participanten gemist werd. Er is toen gekozen om alle participanten tegelijk te observeren op basis van welke informatie belangrijk werd gevonden door de onderzoeker en mede- onderzoeker. Doordat deze aanpak is gekozen zijn alle observatiemomenten meegenomen en is er gekeken naar welke informatie belangrijk is per participant, voor meer informatie zie bijlage 6. De groepsgrootte was wisselend tussen vijf en negen revalidanten en tussen de twee of drie therapeuten. De therapeuten wisselden ook qua verhouding. Er was altijd één fysiotherapeut en één ergotherapeut, indien er drie therapeuten waren wisselde een fysiotherapeut af met een ergotherapeut. Op maandag is een maatschappelijk werkster betrokken. Zij is in dat geval de derde therapeut. Tijdens de observaties is voornamelijk gelet op gedrag, interactie en reacties van de participant op de therapeuten en andere revalidanten met als doel. Na de observaties zijn de gegevens geanalyseerd en verwerkt in de interviewguide per participant, zie bijlage 6.

De interviews zijn face-to-face afgenomen en hebben per participant ongeveer 30 minuten geduurd. Om de intentie uit de woorden van de participant te kunnen halen is er gebruik gemaakt van integraal transcriberen. Na het transcriberen is er een conventional context analyse toegepast om de verworven data te analyseren. Bij conventional context analyse blijf je zo dicht mogelijk bij de open codes. De open codes zijn gebundeld tot axiaal codes en uiteindelijk tot vier thema's (zie bijlage 5).

Demografische gegevens tabel 1

Participant	**Geslacht**	**Leeftijdscategorie**	**Revalidatie periode op het moment van het interview**	**Doelen gesteld door de participant aan het begin van de revalidatie**
Participant 1	Man	50 – 70 jaar	3 maanden	Leeftijd 50 – 70: • Auto rijden • Beeldhouwen • Boodschappen doen • Boven slapen/douchen • Conditie op peil houden • Dingen kunnen die je vroeger kon • Fietsen • Goed been om te kunnen fietsen • Goed kunnen lopen • Makkelijker in de rolstoel
Participant 2	Man	70 – 90 jaar	8 maanden	

Participant 3	Man	50 – 70 jaar	4 maanden	voortbewegen • Meer mobiliteit • Met de rolstoel leren omgaan • Mobiliteit vergroten • Niet meer afhankelijk zijn • Op vakantie gaan • Prothese krijgen • Volledig zelfstandig worden • Voor visite zorgen • Werken • Werken • Zelfstandig leven • Zwemmen Doelen leeftijd 70 -90 : • Beetje rommelen in huis • Lopend een krantje halen beneden (20/30 m lopen) • Lopen met prothese • Muziek maken • Zelfstandig in huis kan redden
Participant 4	Vrouw	50 – 70 jaar	3 maanden	
Participant 5	Vrouw	70 – 90 jaar	3 maanden	
Participant 6	Vrouw	50 – 70 jaar	3 maanden	

De observaties zijn gebruikt als input voor de tijdens het interview gestelde vragen om zo meer diepte in het gesprek te krijgen. Uit de observaties kwamen gedragingen en uitspraken naar voren waaruit bleek of participanten wel of niet wilde oefenen. Uit alle resultaten van de observaties zijn de meest opvallende situaties genomen en verwerkt in een tabel in de interviewguide. Deze was voor elke participant persoonlijk. Alle observatiegegevens zijn terug te vinden in bijlage 5 en in bijlage 6 vind je de gebruikte observatiegegevens per participant.

Uit de interviews kwamen vijf thema's naar voren die antwoord gaven op de volgende vraag 'welke behoefte hebben patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit met betrekking tot het behalen van hun gestelde doelen, binnen een revalidatiecontext?' Volgens de participanten waren de volgende behoeften belangrijk: 1)Participanten willen meer eigen regie binnen de behandeling , 2)Participanten hebben behoefte aan gezellige groepstherapie, 3)Participanten hebben behoefte aan ondersteuning van zorgzame therapeuten op het gebied van lopen met hulpmiddelen, 4) participanten hebben liever actievere therapie dan praattherapie, 5) levensverhaal van de participant.

<u>Observaties</u>

Hier zal in het kort de belangrijkste punten beschreven worden van de observaties. Voor alle observatie gegevens verwijs ik naar bijlage 5. Uitspraken of gedragingen die belangrijk waren zijn uitgevraagd tijdens het interview, dit staat beschreven in onderstaande thema's.

De punten die naar voren kwamen uit de observatie zijn als volgt: De module begint niet met een gezamenlijke opstart, de groep komt zelfstandig binnen op eigen initiatief. Als de therapeuten functioneel willen oefenen is er een duidelijke afbakening van een activiteit zoals koken, echter is de module in de zaal is er geen duidelijkheid wat er verwacht wordt van de participanten. Dit lijkt te resulteren dat op het moment dat de module in de zaal is, er een afwachtende houding is vanuit de participanten. Dit wordt nogmaals beaamd in het interview van P1 "omdat je niet weet wat de fysiotherapeuten willen".

Tevens zijn er weinig therapeuten op veel revalidanten wat ertoe leidt dat revalidanten regelmatig stil zitten en wachten op individuele aandacht. Dit wordt verder toegelicht in thema twee. Aan het einde van de module is geen gezamenlijke afsluiting, de participanten zijn regelmatig eerder vertrokken dan de therapie afgelopen was.

Doordat de interviews gebaseerd zijn op de informatie van de observaties, kon het gedrag van de participant gekoppeld worden aan de vooropgestelde doelen(zie tabel 1) en uitspraken die de participanten tijdens het interview hebben gedaan. Hieruit blijkt dat de doelen en beweegredenen om deze doelen te behalen een belangrijke rol spelen in de mening of gedrag in de groepstherapie.
Participanten gaven tijdens het interview achterliggende redenen van de revalidatie waaruit bepaalde gedragingen en meningen verklaard kunnen worden. Zo benoemde P2 dat hij het behoud van zijn andere been belangrijk vond waardoor hij fitness als belangrijk ervaart en dit paste bij zijn opgestelde doelen.

<u>Thema 1. Participanten willen meer eigen regie binnen de behandeling</u>

Een van de thema's die naar voren kwamen bij de participanten is als volgt: meer eigen regie hebben in de behandeling is een belangrijk aspect voor de behoeftes van de revalidant. Opvallend was dat elke participant een duidelijke mening had wat betreft de module mobiliteit en wat wel of niet nuttig was voor hem of haar. Dit gold ook voor andere therapieën. De meningen wat betreft de module mobiliteit zijn erg wisselend.
Zo zegt participant 6 *"goed dat er activiteiten geoefend worden".*
Terwijl participant 2 zegt; *"activiteiten daar hecht ik geen waarde aan".*

Wat duidelijk naar voren kwam bij de participanten is dat patiënten zelf weten wat nodig is om hun doelen te behalen. Dit houdt in dat iedere participant specifiek kon vertellen of hij of zij behoefte had aan bijvoorbeeld praten, actieve therapie maar ook of de duur van de therapie.
Het bovenstaande wordt ondersteund met een quote van participant *3 :*
" Maar ik denk dat de patiënten zelf ook wel weten wat, wat er voor hun beter is".

De meerderheid geeft hierbij aan behoefte te hebben aan oefenen, therapieën, tips en adviezen in de revalidatie om eigen gestelde doelen te behalen. Echter, elke participant heeft een duidelijke behoefte omtrent de inhoud van de revalidatie. Dit kan gaan over welke modules ze wel en niet nodig vinden, in een korte duur of mate nodig vinden. Dit verschilt per participant. Dit wordt verder uitgelegd in het thema actieve therapie.
Een ander belangrijk aspect is dat de helft van de participanten aangeeft zelf oefeningen op te pakken en thuis uit te proberen en hierbij dus een stuk eigen regie in de revalidatie neemt. De andere helft neemt deze regie niet.
P1 bevestigt de samenvatting van de onderzoeker die luidt als volgt: "u *probeert het geleerde meteen toe te passen".*
P2 bevestigd de samenvatting van de onderzoeker die luidt als volgt*: "u bent naar huis gegaan en zelf dingen opgelost thuis".*

Een ander belangrijk aspect is dat participanten aangeven motivatie nodig te hebben voor de revalidatie. Hierin is het belangrijk dat de participant achter het soort behandeling staat. Zo blijkt dat de meerderheid niet wil oefenen als ze hier het nut of de meerwaarde niet van inzien.
"*Je moet er wel achter staan, als je er niet achter staat dan kan er 10 man achter je lopen maar dan gaat het toch niet*" (P3)
P5 bevestigt: *"ligt eraan wat er gedaan word of ik het wil doen".*
"*tafel dekken ga ik wel doen maar ik ga niet bakken*". (P5)

Dit geldt ook voor situaties waar de revalidant angstig in geworden is. De meerderheid geeft aan bepaalde dingen niet te willen oefenen door angst. Hierin nemen ze eigen regie in de behandeling door dit niet te oefenen.

*"*Dat is het me niet waard om die onzekerheid van het kunnen vallen en ik begin er niet aan, daar begin ik niet aan". (p2).
*"En dat huppelen of het nou achter een looprek of rollator is dat is iets wat ik thuis nooit zou toepassen, omdat ik veel te angstig bent en omdat ik ook met een hond zit die achter je aan huppelt". (*p1)

In het kader van de behoefte van de participant geven ze via verschillende codes aan dat ze behoefte hebben aan meer eigen regie binnen de revalidatiebehandeling en dat ze goed weten waar hun eigen behoefte ligt.

Thema 2. Participanten hebben behoefte aan gezellige groepstherapie

De meerderheid van de participanten benoemde dat gezelligheid een meerwaarde van de groepstherapie is. De participanten uitten de mening dat het gezellig en fijn is om in een groep te zitten.
"*Gezellig, hoe meer zielen hoe meer vreugd".*(p4)
"Leuk om in de groep te zitten". (3)

Twee van de zes participanten gaven aan het fijn te vinden dat je in de groep voorbeelden ziet, een soort toekomstbeeld.
"'Kijkt naar het voorbeeld, moet ik straks ook"(p6).

Verder kwam er naar voren dat de groep te groot is. Dit is opgevallen in de observaties en gezegd tijdens interviews.
"Twee therapeuten op zeven patiënten is te weinig".(p3)
"Therapeuten vonden het vervelend dat ze niet veel aandacht konden geven in een grote groep".(p6)
"Die 3 of 4 therapeuten op 7 revalidanten, daar moeten ze iets aan doen". (p2)

Een positief aspect van de groep is dat ze bijdragen aan het halen van de doelen van de participanten en elkaar ondersteunen door tips te geven aan elkaar.
"Groep ondersteund in het halen van doelen". (p4)
"Praktische tips krijgen van de ergotherapeut en andere patiënten".(p6)

Er komt dus duidelijk naar voren dat het groepsaspect als positief ervaren wordt door de participanten, maar dat dit beter zou zijn in een kleinere groep.

Thema 3. Participanten hebben behoefte aan ondersteuning van zorgzame therapeuten op het gebied van lopen met hulpmiddelen
Het derde thema dat naar voren kwam is dat de participanten behoefte hebben aan ondersteuning van therapeuten. Met ondersteuning wordt bedoeld begeleiding in de therapie bij het aan doen van de prothese, het lopen, met oefeningen enzovoort. In welke mate deze ondersteuning gewenst was verschilt per participant. De een heeft meer behoefte aan ondersteuning dan de ander. Een belangrijk aspect waar alle participanten ondersteuning bij willen is het gebruik van de prothese en het lopen hiermee, inclusief hulpmiddelen.
"Prothese word belangrijk voor mij daar moet je mee lopen".(p1).

De ondersteuning die de participanten hierbij nodig hadden lag per participant anders.
Zo zegt *participant 3 "leren lopen met hulpmiddel stelt niks voor".*
en zegt *participant 2 "lopen met rollator en prothese dat valt tegen, begin ik niet aan".*

Een ander punt dat naar voren kwam tijdens alle interviews is dat de therapeuten erg zorgelijk en aardig zijn voor de revalidanten, maar er word niet gepraat over de deskundigheid.
Participant 5 is "tevreden over de therapeuten". Waarbij de dochter* aanvult "*door de goede begeleiding doet ze nu alles was ze zelf kan".*

en participant 6 zegt *"ik voel me eigen gehoord"*.
"*Krijg je dingen die ze(therapeuten) zelf ook niet weten, ervaring moet leren waar het dan door komt*" (p2)

Echter niet iedereen is direct positief over de therapeuten: doordat de therapeuten erg zorgelijk zijn worden er veel dingen herhaald en dingen geoefend die niet meer nodig zijn.
"Therapeuten laten mij dingen doen die ik thuis al doe".(p3). Dit gaf p3 de gedachte dat therapeuten denken: "hij kan niks".
"*Veel herhaling, weet ik al of heb ik al gehad"*.(p4).

Een ander punt wat naar voren kwam tijdens de interviews is

De participanten geven dus aan een bepaalde behoefte te hebben aan ondersteuning van de therapeuten waarbij ze voornamelijk behulpzaam en zorgzaam zijn. Opvallend is dat participanten niet praten over de deskundigheid van de therapeuten.

Thema 4. participanten hebben liever actievere therapie dan praattherapie
Het thema actieve therapie zegt voornamelijk iets over de inhoud van de therapie. De meerderheid van de participanten geeft aan een meerwaarde te zien in fysiek trainen, bewegen en sporten. Hierbij geven ze voornamelijk aangeven dat actief bezig zijn het fijnste is:
"*Een beetje actief vind ik het fijnste".(p4)*

De meerderheid geeft hierbij aan dat praten geen behoefte is voor de participant
"Praten over de amputatie helpt mij niet echt". (P4)
"*Word verdrietig van het praten en dat hoeft niet".(p1.*

De participanten geven aan dat de therapie die ze krijgen meerwaarde heeft en dit bijdraagt aan de voorgang van hun gestelde doelen. Anderzijds geven ze ook aan dat de voorkeur uit gaat naar een actievere therapie
"(Huidige) therapie draagt bij aan gestelde doelen". (p6)
"Je leert andere dingen, in de zaal meer mobiliteit en in de woonkamer leren omgaan met de trippelstoel".(p5).

De helft van de participanten geeft aan maatschappelijk werk niet zo te zien zitten in verband met het praten
"Maatschappelijk werk heb ik niet zo veel mee".(P6)
"*Het zit bij mijn niet tussen de oren, maar in mijn been*".(p1)

Als vijfde thema kwam het levensverhaal van de participanten naar voren.
Tijdens het interview heeft de helft van de participanten verteld hoe ze aan de amputatie zijn gekomen en hier een ervaring over gedeeld.

"Ik ging het ziekenhuis in om gedotterd te worden, kwam eruit zonder been. Dat is heel abrupt en dan komt er een einde aan de situatie dat je een been had". (p1)
"Je raakt je been kwijt en dan zit je voor een probleem: wat gaat er gebeuren?". (p2)
"Ik kom van diep, ik ben al 4,5 jaar ziek en mijn lichaam werd van kwaad naar erger". (p6)

Dit heeft geen direct verband met de hoofdvraag, echter geeft dit wel aan dat een amputatie een heftige gebeurtenis is. Dit kan van invloed zijn op de behandelingen of de motivatie van de participanten. De vondsten werden vaak op het moment verteld dat de participanten gevraagd werd wat ze hier in de revalidatie wilde bereiken.

*De uitspraken van de dochter zijn mee genomen in het onderzoek als deze belangrijke aanvullingen waren die bevestigd werden door participant 5. Alle andere uitspraken van de dochter van p5 zijn niet opgenomen in het onderzoek.

Conclusie

De hoofdvraag binnen de onderzoek luidt als volgt 'welke behoeften hebben patiënten met een amputatie aan de onderste extremiteit met betrekking tot het behalen van hun gestelde doelen, binnen een revalidatiecontext?'. De belangrijkste resultaten die uit dit onderzoek kwamen zijn dat de behoefte van de participant voornamelijk ligt bij meer eigen regie krijgen binnen de behandeling. Participanten weten zelf waar ze behoefte aan hebben tijdens de therapie en willen hier meer eigen regie in. Participanten benoemen hierbij dat ze liever een actievere therapie hebben dan een praattherapie en dat ondersteuning van zorgzame therapeuten hierbij een behoefte is. De behoefte in de groep is voornamelijk dat het gezellig is maar een kleinere groep zou beter zijn. Dit zou concreet kunnen in houden dat de module anders ingericht zou moeten worden wat betreft inhoud en vorm.

Discussie

Het doel van het onderzoek is om te achterhalen welke behoeften revalidanten hebben wat betreft het behalen van gestelde doelen in een revalidatiesetting. Uit dit onderzoek blijkt dat revalidanten de volgende vier behoeften hebben: 1)meer eigen regie in de behandeling, 2)een gezellige groepstherapie, 3)ondersteuning van zorgzame therapeuten bij lopen met prothese en 4)hulpmiddelen en behoefte aan een actievere therapie in plaats van een praattherapie. Hierin komt duidelijk naar voren dat revalidanten zelf goed weten waar hun behoefte ligt en ze dit ook concreet kunnen toelichten. Als vijfde thema kwam naar voren; de levensverhalen van de participanten. Dit is géén uitkomst wat betreft de behoeften van de participanten, echter omdat een groot gedeelte van de participanten op dat moment een persoonlijk verhaal deelden geeft aan dat de gebeurtenis van de amputatie erg emotioneel en heftig was. Om deze reden is dit opgenomen als thema binnen het onderzoek.

Het verband tussen de thema's is dat participanten behoefte hebben aan meer eigen regie waarbij ze aangeven dat een actievere therapie, ondersteuning van een zorgzame therapeut en een gezellige groepstherapie inhoudelijk, voor hen, in de behandeling behoort om de behoeften te vervullen.

De behoefte betreffende meer eigen regie in de behandeling hebben is een belangrijk aspect in de revalidatie. Met het onderzoek shared decision making- the Pinnacle of Patient-Centred Care kunnen we dit onderbouwen. Dit onderzoek stelt dat wanneer patiënten weten welke opties ze hebben voor de beste behandeling, screening of procedure, de meeste participanten willen participeren in het maken van de keus samen met de clinicus. Hij beschrijft dat deze interesse wereldwijd gedeeld wordt. Patiënten zouden meer geïnformeerd moeten worden over de essentiële rol die ze hebben bij het maken van een beslissing en moeten tools krijgen om hun te laten begrijpen wat de opties en consequenties van hun beslissingen zijn. Daarbij is dit niet alleen voor de revalidant belangrijk maar ook voor de therapeuten. Als we door de ogen van de patiënt zorg gaan verlenen, worden we meer representatief naar de patiënt zijn behoefte en daardoor betere clinicus (Stuti Dang, 2018)

Uit dit onderzoek blijkt dat de revalidanten behoefte hebben aan een gezellige groepstherapie. Hier speelt de sfeer in een groep een grote rol. In het onderzoek van Burlingame stellen ze dat de cohesie in de groep een positief effect heeft op de vooruitgang van de patiënt (Burlingame, 2011). Participanten gaven aan baat te hebben bij groepstherapie door de goede sfeer in de groep en doordat participanten als voorbeeld dienden voor elkaar. Dit wordt beide ondersteund met het

volgende: sociale steun kan het (beweeg)gedrag versterken door interactie tussen twee personen, indien deze aansluiten bij de behoefte (Van Sonderen, 1993) . Festinger stelt: Wanneer objectieve informatie ontbreekt dan zullen mensen conclusies trekken door de eigen meningen en mogelijkheden te vergelijken met die van een ander. Mensen kunnen zich op drie manieren vergelijken: opwaarts, neerwaarts of lateraal. Allen kunnen ze zowel een positief als negatief effect hebben op het bewegen(Festinger, 1954). Met de woorden van Festinger kunnen we zeggen dat in dit onderzoek er is gesproken over de positieve effecten.

Tevens werd er gezegd dat de therapeuten erg zorgzaam zijn en dat participanten hier behoefte aan hebben. Dit wordt ook bevestigd door literatuur: ze zouden ook de emotionele steun moeten krijgen die ze nodig hebben wat betreft hun waarden en voorkeuren en in de mogelijkheid zijn om een vraag te stellen zonder afkeuring van de clinici (Stuti Dang, 2018).

Wat betreft de huidige module. In de module mobiliteit is vaak geen structuur zichtbaar waardoor het voor de participant niet altijd duidelijk is wat de bedoeling is. Het zou een optie kunnen zijn om de groep te verkleinen of om meer therapeuten in te schakelen. Een bepaalde duidelijkheid vooraf zou kunnen resulteren in een actieve houding.
Tevens is de helft van de participanten van mening dat de groep te groot is. De participanten hebben invloed op hun eigen doelen door middel van het doelengesprek, maar niet op de therapie die ze kunnen volgen. Een aanbeveling vanuit dit onderzoek zou dus kunnen zijn dat participanten na het doelengesprek zelf invloed hebben in welke therapie ze wel of niet willen volgen in plaats van een standaard module. Hier zouden participanten meer eigen regie kunnen hebben in hun revalidatie. Tevens stelt Remmerswaal het volgende: cliënten moeten het gevoel hebben dat de activiteiten zinvol zijn en bijdragen aan het doel dat ze willen bereiken, anders zullen ze de therapie niet volhouden. (Remmerswaal, 2008).

Sterke en minder sterke punten
De gewenste doelgroep voor de opdrachtgever betrof twaalf participanten, dit is in werkelijkheid een aantal van zes participanten geworden. Dit heeft als invloed gehad dat er geen saturatie bereikt is. De reden hiervoor was dat in de tijdsperiode van het onderzoek niet voldoende revalidanten wilden participeren of niet voldeden aan de inclusiecriteria. Het onderzoek betrof individuele interviews, echter wenste één participant dat haar dochter aanwezig was tijdens het interview. De uitspraken van de dochter zijn geïncludeerd op het moment dat ze uitspraken deed om de participant te ondersteunen en die de participant duidelijk beaamde en in het belang van het onderzoek waren. Andere uitspraken zijn niet meegenomen in het onderzoek.

Een ander minder sterk punt is mogelijk dat de onderzoeker te dicht bij de participanten stond. Dit in verband met het I-ZIC traject. Doordat het traject zowel stage als thesis betrof in dezelfde context was de onderzoeker tevens ook stagiaire binnen de groep. Doordat de participantengroep al bekend waren was er voorkennis wat betreft de meningen en gedachten van therapeuten, waardoor er mogelijk ook met een bepaalde blik naar de participanten gekeken werd. Tevens was er voorkennis over het gedrag en uitspraken van participanten, hierdoor zijn er mogelijk al gedachtegangen geweest per participant.
Tevens kan er door de dubbelrol mogelijk meer wenselijke antwoorden hebben opgeleverd in de interviews omdat er een al een bepaalde band en sfeer aanwezig was. Gezien is dat de participanten geen ander gedrag toonde vóór het onderzoek als tijdens het onderzoek Dit is aan de hand van observatie vaardigheden verkregen. Om de validiteit te bewaken is een duidelijke splitsing in de rollen geweest, zowel in kleding, positie als aanspraak. Dit was duidelijk voor de participanten. Met als doel om vertekende resultaten te voorkomen (Baarda B. , 2014).Echter het kan niet uitgesloten worden dat er mogelijk wenselijk antwoorden gegeven zijn. Bovendien was er een dubbele rol was in de groep, waardoor er informatie in de wandelgangen gehoord werd bij zowel participanten als therapeuten die niet mee genomen konden worden in het onderzoek (onderzoekersbias).

Tot slot had meer kwaliteit gewaarborgd kunnen worden middels het uitvoeren van een membercheck. Dit is echter niet uitgevoerd omdat de steekproef revalidanten betrof, omdat revalidatie een zwaar traject betreft waarbij er veel gevraagd wordt van de revalidanten. Tevens is in verband met het tijdsbestek dit niet uitgevoerd.

Toepasbaarheid in de praktijk betreffende ergotherapie

Wat dit onderzoek kan betekenen in de ergotherapie, en voornamelijk bij Tolbrug is wordt in deze alinea beschreven. Het onderzoek geeft duidelijk de behoefte van de participant weer waaraan mogelijk de therapie, zowel vorm als inhoud, aangepast zou kunnen worden. Het zou een verbetering kunnen zijn om de therapie meer aan de passen aan de behoeften van de revalidant. Waarbij de revalidant zelf zijn doelen bepaald en vervolgens mede beslist over hoe aan deze doelen gewerkt wordt. Dit kan resulteren in wel of geen ergotherapie in het behandelplan maar hierdoor zal de intrinsieke motivatie op het gebeurd van ergotherapie mogelijk meer aanwezig zijn. Op deze manier hebben de revalidanten meer eigen regie in welke therapie ze krijgen en over de inhoud van de therapie.

Aanbevelingen voor vervolg onderzoek

Naar aanleiding van dit onderzoek is het aan te bevelen om een vervolgonderzoek uit te voeren. In dit onderzoek is de behoefte van de revalidant onderzocht. Echter door de kleine steekproef is het aan te bevelen dit onderzoek met een grotere onderzoeksgroep te herhalen om tot saturatie te komen. Kijkend naar de visie van Tolbrug zou een wenselijk aansluitend onderzoek zijn hoe deze behoeften (eigen regie) het beste vorm kan hebben in de groepstherapieën.

Dit onderzoek zou ook plaats kunnen vinden in een ander revalidatiecentrum om te onderzoeken of deze behoefte passend is bij de doelgroep of dat het ligt aan de context.

Tevens is het aan te raden om een onderzoek uit te voeren betreffende de behoeften uit dit onderzoek wanneer zij volledig vervuld zijn, of dit de kwaliteit van de behandelingen en tevredenheid van de doelgroep waarborgt.

Bibliografie

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!* Groningen/Houten: No.

Baarda, B., Boullart, E., & Bakker, E. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek, handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Noordhoff.

Bilodeau, S., Hebert, R., & Desrosiers, J. (2000). *Lower limb utilisation by elderly amputees*.

Burlingame, G. M. (2011). Cohesion in Group Therapy. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*.

Christiansen, C., Baum, C., & Bass, J. (2015). Occupational Therapy: Performance, Participation, Well-being. In *Person-Environment-Occupational Performance (PEOP) Model*. Slack.

College of Occupational Therapists. (2011). Occupational therapy with adults who have had lower limb amputation. *The Professional Body for Occupational Therapy Staff*.

Dingemanse, K. (2018, 9 oktober). *Soorten interviews*. Geraadpleegd februari 2019, van https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/soorten-interviews/

Feenstra, M. (z.d.). *Van amputatie tot prothese*. Geraadpleegd 17 januari 2019, van http://kortermaarkrachtig.com/wp-content/uploads/2013/09/Van-amputatie-tot-prothese_KMK-LR.pdf

Festinger, A. (1954). A Theory of Social Comparison Processes.

G., A., & Spiliotopoulou, A. (2011). Is occupational therapy practice for older adults with lower limb amputations evidence-based? A systematic review. *Prosthetics and Orthodics International*, 36.

Jeroen Bosch Ziekenhuis. (2019). *Over Tolbrug | Jeroen Bosch Ziekenhuis*. Geraadpleegd 2019, van https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/over-tolbrug

Kortermaarkrachtiger. (2018, 12 oktober). *Amputatie van het been*. Geraadpleegd 15 november 2018, van https://www.kiesbeter.nl/onderwerpen/amputatie-van-het-been?subjectId=207

Kortermaarkrachtiger. (z.d.). *Kortermaarkrachtiger*. Geraadpleegd 31 januari 2019, van https://kortermaarkrachtig.com/moeilijke-termen/

Kortermaarkrachtiger. (z.d.) *Kortermaarkrachtiger.* Geraadpleegd 31 januari 2019, van https://kortermaarkrachtig.com/informatie/

Pellegrini, M., Formisano, D., Bucciarelli, M., Schiavi, S., & Fugazzaro, S. (2018). Occupational Therapy in Complex Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Hindawi*.

Pellegrini, M., Formisano, D., Bucciarelli, M., Schiavi, S., & Fugazzaro, S. (2018). Occupational Therapy in Complex Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Hindawi*.

Remmerswaal, J. (2001). *Handboek groepsdynamica*. Amsterdam, Nederland: Boom Nelissen.

Stuti Dang. (2018). Shared Decision Making - The Pinnacle of Patient-Centered Care. *Journal of the Indian Academy of Geriatrics*.

Van Der Hark, A., Faashen, J., De Jong, P., & Revalidatiecentrum Tolbrug. (2013). *Behandelprogramma Beenamputatie*.

Van Sonderen, E. (1993). *Het meten van sociale steun met de: Sociale Steun Lijst - Interacties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst - Discrepanties (SSL-D) Een handleiding.* Geraadpleegd van Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (Rijksuniversiteit Groningen)

White, E. (1992). Wheelchair stump boards and their use with lower limb amputees. *Am J Occup Ther*.

WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geraadpleegd 2019, van https://www.who.int/classifications/icf/en/

Bijlagen

bijlage 1: informatiebrief

Beste revalidant,

U ontvangt deze brief omdat u benaderd bent om mee te participeren in een onderzoek betreffende uw revalidatie. Via deze brief deel ik u graag de nodige informatie over het onderzoek uit waardoor u kan beslissen of u wilt participeren.

Onderzoeker
Mijn naam is Meike Swinkels, ik ben 22 jaar oud en momenteel ergotherapeut in opleiding. Voor mijn opleiding ergotherapie wordt er verwacht dat ik een onderzoek uitvoer waarover een bachelor thesis geschreven wordt. Het onderzoek wat ik uit zal voeren is in opdracht van revalidatiecentrum Tolbrug met de doelgroep revalidanten naar aanleiding van een amputatie.

Wat is het doel van het onderzoek?
Het doel van het onderzoek is als volgt; de behoeften van u als revalidant onderzoeken betreffende uw gestelde doelen binnen de revalidatieperiode. Dit houdt in dat er gekeken wordt naar hoe u de revalidatie ervaart en wat uw behoeften zijn tijdens de revalidatie.

Relevantie van het onderzoek
De relevantie van het onderzoek is dat u kan bijdragen aan het verbeteren van de behandelingen binnen het revalidatie centrum de Tolbrug.

Doelgroep
De betreffende doelgroep in dit onderzoek zijn mensen met een (gedeeltelijke) amputatie aan een of beide benen.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd en wat wordt er van u gevraagd?
Als eerste stap zal er een observatie uitgevoerd worden door de onderzoeker tijdens de module mobiliteit (mobiliteitsgroep). Voor u als participant kost dit geen tijd of moeite, u kunt gewoon participeren in de groep zoals u altijd doet. Na deze observatie zullen er in de opvolgende weken een interview plaats vinden met de deelnemers aan deze module. Dit houdt in dat er een interview afgenomen zal worden van circa 60 minuten met mij als onderzoeker. Het interview zal worden opgenomen door een audio-recorder. Dit houdt dus in dat ik u één uur van uw tijd vraag om een aantal vragen te beantwoorden.

Wat gebeurt er met uw gegevens?
De gegevens uit de observatie en interviews zullen worden geanonimiseerd. Alleen de onderzoeker kan uw gegevens inzien. De resultaten uit het onderzoek zullen anoniem worden verwerkt in een bachelor thesis die gelezen en beoordeeld zal worden door schoolinstelling Zuyd Hogeschool en door het Jeroen Bosch ziekenhuis. De gegevens zullen 5 jaar bewaard worden door het wetenschapsbureau van het Jeroen Bosch ziekenhuis, en hierna vernietigd worden.

Vrijwillige deelname

Deelname aan dit onderzoek, middels het toestaan van een observatie en geven van een interview, is volledig vrijwillig. U kunt op ieder gewenst moment besluiten om toch niet mee te doen aan het onderzoek. Daarvoor hoeft u geen reden op te geven.

Als u wilt participeren met het onderzoek, wil ik u vragen om de bijgeleverde toestemmingsverklaring te tekenen en contact met mij op te nemen.

Heeft u na het lezen van deze informatiebrief nog vragen of opmerkingen over het onderzoek, de onderzoeker of andere zaken, schroom u dan niet en neem gerust contact met mij op.

met vriendelijke groet,

Meike Swinkels
Ergotherapeut in opleiding
m.swinkels@tolbrug.nl
06-26763976

Onder begeleiding van:
Rianne Jansens, docent en onderzoeker Hogeschool Zuyd
Rianne.jansens@zuyd.nl

Bijlage 2: toestemmingsverklaringformulier

Betreft onderzoek naar: behoeften van revalidanten over ergotherapie
Verantwoordelijke onderzoeker: Meike Swinkels
opdrachtgever: Revalidatiecentrum Tolbrug
Eindverantwoordelijke: Hogeschool Zuyd, Rianne Jansens

Ik verklaar dat ik op geheel vrijwillige basis participeer aan dit onderzoek.

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden.

Ik begrijp dat opgenomen materiaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse voor de studie zal worden gebruikt. Dit materiaal wordt uitsluitend geluisterd door de betrokken docentbegeleider indien nodig. Ik begrijp dat dit materiaal 5 jaar opgeslagen wordt op het wetenschapsbureau van het Jeroen Bosch ziekenhuis.

Ik begrijp dat ik op elk moment, zonder verklaring, mag stoppen met het onderzoek.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer: …….

Onderzoeker: ik heb mondeling toelichting verstrekt over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te benantwoorden.

Naam Onderzoeker:
Meike Swinkels

Datum: Handtekening onderzoeker:…….

Onder begeleiding van:
Rianne Jansens, docent en onderzoeker Zuyd Hogeschool

Bijlage 3: observatie guide:

Voorbereiding:
Als voorbereiding zullen onderstaande vragen die al beantwoord kunnen worden, beantwoord worden. Dit om tijdens de observatie zoveel mogelijk te focussen op de observatiepunten. De materialen die nodig zijn; een boekje waar de observaties in geschreven kunnen worden. Verder zijn de materialen die voor de therapie nodig zijn de verantwoordelijkheid van de betreffende therapeut. Tevens zal de rol voor de medeonderzoek duidelijk gemaakt worden.

Voordat de groepsbehandeling begint zal ik mijzelf voorstellen als onderzoeker, waarbij het doel en de anonimiteit benadrukt zal worden. Tevens zal er benadrukt worden dat de participanten zich mogen gedragen zoals ze gebruikelijk doen. Tijdens de observatie zal de onderzoeker in normale kledingdracht in een hoek van de therapie ruimte zitten. Aangezien het een niet participerend onderzoek is zal de onderzoek zich zoveel mogelijk afsluiten van contact met de participanten.

De observatie zal starten wanneer de uitleg is gegeven en de plaats is ingenomen door de onderzoeker. De observatie stopt wanneer alle participanten uit de ruimte zijn als de therapie is afgelopen.

Er zal geprobeerd worden om meerdere participanten tegelijk te observeren. Zijn er meer dan 3 participanten aanwezig, zal er meerdere keren een observatie plaats vinden en gefocust worden op 3 participanten tijdens één observatie.

Aandachtspunten voor de observatie:

Situatie/omgeving:
- Hoe ziet de fysieke omgeving eruit?
- Zijn er dingen die opvallen?

Actoren:
- Welke mensen bevinden zich in de onderzoekssituatie?
- In welke functie en met welk doel zijn ze daar?
- Wat is de onderlinge relatie ?
- Wat doen ze daar ?
- Tussen wie vindt er interactie plaats? En tussen wie niet?
- Wat voor indruk geven de participanten?
- Wat zijn de kenmerken van de participanten? (geslacht, leeftijd, achtergrond, soort amputatie)

Dynamiek:
- Hoe is de dynamiek tussen de groepsleden?
- Hoe is de dynamiek met de behandelaren?

Om de dynamiek te observeren wordt onderstaande tabel gebruikt:

Situatie	Therapeut	Participant	(Mogelijk) andere groepsleden
Wat is de situatie?	*Hoe gaat de therapeut met de participant om? Hoe geeft de therapeut een instructie?*	*hoe gaat de participant om met de therapeut? Hoe gaat de participant om met deze instructie?*	*Zijn er andere bij betrokken? Zo ja hoe gaan zij om met zowel de participant als de therapeut?*

Reacties:

- Hoe zijn de reacties op de therapie opdrachten?
- Met welke motivatie gaat iemand mee oefenen?

Om deze reacties te observeren wordt onderstaande tabel gebruikt:

Therapeut	Verwachte reactie/activiteit	Reactie participant	(Re)Actie andere deelnemer(s) therapie	(mogelijke) weder reactie therapeut
Hier schrijf je wat therapeut 1 of 2 of 3 zegt of doet	*Bv.*	*Hier beschrijf je wat de participant die je observeert zegt, doet, niet zegt, niet doet (zijn gedrag als reactie op)*		

Overig:

- *…….*

Afronding:

- *…….....*

Bijlage 4: interview guide

Voorbereiding:
Als voorbereiding voor het interview zal er ruimte gereserveerd worden binnen de Tolbrug. Deze ruimte zal ingericht worden met een tafel en drie stoelen (onderzoeker, mede onderzoeker en participant). De onderzoeker zal schuin tegenover de participant zitten zodat het interview minder formeel aanvoelt. De onderzoeker zal in normale kledingdracht gekleed zijn. Voordat het interview begint zal het audio materiaal getest worden. Tevens zal de rol voor de medeonderzoek duidelijk gemaakt worden.

Als de participant binnen is zal er nogmaals uitleg gegeven worden over het doel, anonimiteit, rol van de onderzoeker en medeonderzoeker en wat de relevantie van het onderzoek is. Er zal samen met de participant besproken worden dat er een audio opname zal plaats vinden, deze wordt samen getest.

Gesprek:

- Wat wilt u bereiken tijdens uw revalidatie?
  - welke doelen heeft u geformuleerd?
  - Wat zijn tussenstappen om uw einddoel te bereiken?
  - Welke doelen heeft u opgesteld voor de revalidatieperiode?

- Welke behoefte heeft u ter ondersteuning om dit te bereiken?
  - Kunt u dit toelichten?
  - Krijgt u deze ondersteuning momenteel?
  - Waar zou u of andere meer ondersteuning in willen, en waarom?

- Wat vindt u van het aanbod dat revalidatiecentrum Tolbrug biedt om uw doelen te behalen?
  - Welke therapie volgt u nu? Wat vindt u hiervan?
  - Draagt de therapie bij aan het bereiken van uw doelen? Hoe dan/ waarom niet?

- Hoe ervaart u de module mobiliteit (mobiliteitsgroep?)
  - Draagt dit bij aan het behalen van uw doelen?
  - Zoja: wat ondersteunt u hierin?
  - Zo nee wat mist u dan?
  - Wat zou u anders willen zien?
  - heeft u tijdens de therapieën al eens geoefend met dagelijkse bezigheden?
  - wat vond u hiervan?
  - Zou u dit meer willen doen, en waarom?

- Tijdens de observatie bemerkte ik ……. (dynamiek, reacties)
  - Herkent u dit?
  - Weet u waarom u …… (de opdracht wel/niet uitvoerde)
  - In de groep zag ik (interactie)
  - Wat betekent dit voor u ?
  - U reageerde ….. op de therapeut, kunt u dit uitleggen?

- Wat er tijdens de observatie is gezien zal geparafraseerd worden naar de participant. Hangt dit wel/niet samen met de opgestelde clientgecentreerde doelen en het revalidatie aanbod?

Afronding:
Als alle vragen zijn beantwoord en de onderzoeker heeft genoeg informatie vergaard zal het interview afgerond worden. Als laatste vraag zal er gevraagd worden of de participant nog

vragen/opmerkingen heeft. De [redacted]ticipant zal bedankt worden voor zijn deelname en er zal nogmaals belicht worden wat er met dit on[redacted]rzoek gedaan wordt.

De interviewgegevens zijn voor elke participant anders geweest. In elk interview was er aan het einde een tabel met observatiegegevens van de desbetreffende participant. Hierover werden nog specifiek vragen gesteld per persoon. De vastere vragen in het begin van de interviewguide zijn aangehouden bij elke participant maar hierin is gekeken bij wie wat nodig was om te vragen.

[redacted]

[redacted]

Bijlage 5: observaties uitgewerkt

P1

zit in de loopstoel maakt contact
met 'buurman'

T legt wonden uit.

is min bezig geweest met wondverzorg-
ing

P4 P1

& maken contact.

hoo k, la[redacted], te hoo

gaat zelfstandig zitten in zijn rolstoel

P1 gaat met hulp een of loopbrug.

T ja [redacted] kouk lopen, dan heb je toch niks

Therapeuten zijn bezig met 2 revalidanten
andere 3 zitten stil

gaat weer zelfstandig op de loopbrug.

rge ing: geroezemoes

zit in de trippelstoel, krijgt deg va

Dochter van revalidant praat met therapeut
en andere revalidanten.

P3

T verplaatst kegels voor

[redacted] de luidsprekers

aandacht gaat naar P3 die kegelt

P4 elt.

[redacted] at met de rollator staan o [redacted] eler

[redacted] therapeuten bez met 1 revalidant,
andere revalidanten gaan zelfstandig kegelen,

'gaan we eten koffie eten.

aandacht naar.

P2

Geen gezamenlijke afsluiting.

[redacted] P1 8-3-19

678

[redacted] T

Loop Rek Proberen ✓ ja maar alleen maar staan

10 minuten → [redacted] te wachten in de hoek

Goal na 10 minuten zelf voor de loopbrug staan

begint zelfstandig met de loopbrug → rondjes lopen

[redacted] P1 wil trippel stoel proberen, wacht af tot therapeut terug komt

[redacted] P1 gaat zelf nog oefenen of de loopbrug

[redacted] P1 "oh trippelstoel" gaat zitten en komt enthousiast naar de therapeut"

Uncas "hoe moet ik de transfer maken?" → therapeut coacht

trippelstoel schokt [redacted] P1 schrikt, lacht samen met therapeut.

ergo + fysiotherapeut oefenen samen met trippelen

Omgeving: druk ✓ ⊖

heb je die trippel st

"ik wil zelf redzaam zijn ✓✓"

"kookplaat is te hoog thuis"

maakt zelfstandig transfer terug zonder therapeut

opstaan vanuit de stoel → oordracht therapeut

"weet dit uit, je dit is beter

gaat zelfstandig verder

"redelijk" zitten [redacted] P1

"dadelijk ook een keer"

[redacted] P1 "niet blij"

8-3-19

[redacted] Pu

Vraag kan ik vandaag verbanden knoopen? → moet dat opm.eens gewissoldu worden

wilt u een tripreltstoel → korte gesprek interactie tussen revalidanten

gesprek over tripreltstoel → wilt u dit uitproberen?
"ik heb zoveel doelen" → serieus uit proberen

fysio komt binnen lopen → vraagt [redacted] Pu mee of de behandeltafel
voor de wond te controleren [redacted] Pu gaat vlug mee

[redacted] Pu wordt ingeschakeld → doet onderbussen haar verhaal
"ik ga terug uit", last van phantoompijn
therapeut probeert haar te motiveren
maandag over prothese praten

[redacted] Pu maakt een afspraak met Ivi.

"[redacted] Pu wil je dit parcour ook?" d.i? ook over de mat?
wil zelfstandig de tripreltstoel uit proberen
[redacted] Pu de grijze is beter" "uh oke"
[redacted] T geeft uitleg over de tripred stoel

belt onder therapie?? ong. 8 minuten
na telefoontje wacht ze rustig

8 minuten voor tijd "tijd voor koffie"

8-3-19

P3 [redacted] P3 [redacted] gaan kegelen"

"[redacted]

T fysio [redacted]: kan ik jou wel gemotiveerd krijgen"

blijft zitten op een parcours [redacted] die Hoekt wentkbrauw [redacted]

T fysio [redacted] P2 [redacted]

"[redacted] zullen we iets gaan doen?" ne alsjeblieft niet

P2 "ik heb mijn pool niet aan

"kom we gaan iets doen"

"P2 [redacted] reeft haast" druk druk /uluq /uluq

T [redacted] lijn dat je toch aan de gang bent gegaan P2 [redacted]

P2 "J [redacted] blijft zitten op de behandelbank, doet niks

T fysio [redacted]: aan het uitrusten?" is nodig ja"

"Mott dat in mn stoel of op de krukken"

"Liefst staan" "da vroeg ik net"

P2 [redacted] wacht tot therapeut komt helpen naar de toilet

d-3-19

groep: behulpzaam naar elkaar?
maken lol samen

3 minuten voor tijd stoppen te

11/03/19

" als ik had geweten dat we dit gingen doen, was ik niet gek[redacted]en" → [redacted] P3

→ in de keuken pannekoeken bakken P5

" Heb een hekel aan pannekoeken bakken" – [redacted]

Therapeut: als ik jou een beetje ken wil ik niet weten wat je zei, kan ik niet slapen

Andere revalidant komt binnen, heeft melk nodig.

[redacted] P3 kijkt toe.

[redacted] loopt ander onderwerp aan en spreekt met [redacted] P3

"zeg maar" – T

" platte bordjes gaan makkelijker" – [redacted] P3

" pak ze zelf maar" – T

[redacted] P3 pakt de borden en legt ze neer.

" pak het bestek maar netjes" – T

pakt bestek en legt het op tafel neer.

T geeft instructies aan [redacted] P5, [redacted] blijft kletsen.

[redacted] P3 zit weer op zijn stoel en kijkt toe.

Interactie tussen patienten.

Omgeving: rustig.

[redacted] P5 & [redacted] P3 communiceren.

T vraagt of [redacted] P3 een bord wil pakken, geeft bord dat al op tafel staat.

T: " gemakzucht, ik wil een extra bord"

[redacted] P3 blijft zitten.

[redacted] P1 start met het bakken van de pannekoeken

[redacted] P5 vraagt aan mij of ik niet moe wordt van al dat schrijven.

11-3-19

T is gericht bezig met [redacted] P1.
T vraagt aan [redacted] P5 of ze de suiker wil pakken.
[redacted] P3: " [redacted] P3 pak jij eens wat, jij hebt 2 benen!"
T: "ja [redacted] P3 die wil niet."
[redacted] P3 ~~staat~~, [redacted] P3 staat op en pakt de suikers.
[redacted] P5: ik dacht dat we in de andere ruimte moesten zijn"
pannekoeken zijn klaar.
T laat revalidanten alleen voor 10 sec.
T: "je gaat zometeen de afwas doen"
[redacted] P3 "nee morgen"
Revalidanten gaan met zijn 3 aan tafel etc.
Andere T komt binnen en vraagt hoe het ging.
andere T legt uit dat [redacted] P7 het meeste heeft gedaan en dat [redacted] P3 liever niet was gekomen.
Andere T vraagt aan [redacted] P3 wat hij dan zou willen doen en dat ze nog andere doelen in zijn plan had gezien zoals dweilen.
Benoemt het niet te willen.
[redacted] P3 stopt de borden en bestek in de vaatwasser
andere T vraagt of er al elevandering is.
"hier kun je ook oefenen met staan he"
[redacted] P3: "ja maar hier heb je geen bijzet tafel"
"ik vind het fijn om te zien dat het goed gaat met de kruk" - T
" zou jij de stroop en suiker in de kast willen zetten" - T
[redacted] P5 zet het terug

11-3-19'

T: "Wil je voor mij koffie zetten en voor O2 een kopje thee"

echt?" - P3

"Ja zeker" - T.

gaat aan de slag

trekt jas aan, zegt het koud te hebben.

T: "Wat doen we met de verloren pan?"

"die is P3 weggetten"

"ik kan niet alles tegelijk"

T pakt de pan en ruimt het op.

P5 zegt dat het altijd gezellig is hier.

Y3

T: "gebruik je beide benen"

T laat P3 nadenken over makkelijker maken van activiteiten

P5 wil naar huis

11.42 einde mobiliteitsgroep.

11-3 [redacted]

[redacted] P3 na een kwartier niks [redacted]

[redacted] P3:
als ik wist dat we dat gingen doen was ik niet gekomen (theatraal) "jammer"
"je kapt mij met een mogelijkheid voorbij"

[redacted] P5 - jij gaat bakken tegen [redacted] P1
↳ heb ik een hekel aan

[redacted] P3
[redacted]: ik zou het fijn vinden als je mee helpt
T elsje weet je wat ik fijn vind? → nee

[redacted] "zucht"
[redacted] T → ben je toch nog in beweging jongen

[redacted] P5
: ~~[redacted]~~ Pruilt & zucht → neemt geen actie vervolgens

[redacted] P1 is actief bezig met pannenkoeken maken, lijkt enthousiast

[redacted] P5
: daar heb ik geen zin in, laat ik mn dochter doen
↳ ik bak geen pannenkoeken
[redacted] zoekt actief mee naar een schaar
P5

[redacted] T
: wil jij voor wat bordjes pakken?
[redacted] P5 → maakt aanstalte
→ [redacted] P3 doe nou mee → [redacted] T → ja [redacted] P3 doe mee
[redacted] T
: waarom zeg je niks?
[redacted] P3
: ik zeg niks →

na een kwartier pakt [redacted] P3 de borden ~~[redacted]~~ wil hierna gaan zitten
[redacted] T → wil je meteen het beste pakken

11-3-19'

Maandag altijd MU [redacted]

OPRIT 2 keukens
verdeelt met MU [redacted] 2 kwalidanten, [redacted] P4
grote keuken ergo [redacted] 3 kwalid[redacted]

P4
kwalidant [redacted] pannenkoek [redacted] zit [redacted] en kijkt
[redacted] zit met haar armen over elkaar, gaat vervolgens
[redacted] naar [redacted]

[redacted] misschien kan je vast [redacted] tafel dekken [redacted]
[redacted] gaat vervolgens [redacted] pannenkoek bak[redacted],
'heeft de pannen net of de stoel staan' → bakt eigen pannenk[redacted]

[redacted] P [redacted] 'ik dat we in de fitness zaal moesten zijn'

[redacted] P4 pakt de sinas & gaat aan tafel eten

[redacted] P1 T 'wold wegsbeid dat [redacted] voor singlijn?'

[redacted] P1 'wold weggehoeten, normaal zebeurd dit niet,
P4 eenmalige actie
[redacted] ruimt de vaat wasser in

Therapeut stelt de vraag: hoe zou de een hulp aan over het aanbeht part? → "ja dan doe ik dat niet"
wil vervolgens het onderwerp afkappelen
therapeut zegt "nee, serieus hoe zou je dat doen"

groep: heel behulpzaam & ondersteunend

5 minuten voor tijd → [redacted] P5 gaat'

[redacted] P3 'als jij denkt dat je klaar bent'
T

observatie 15-3-19'

deel vd groep komt altijd binnen
Rustig in een rijtje zitten, jas uit doen

[redacted] P5 komt in de loopbrug met [redacted]

[redacted] P2 22 10 minuten stil
[redacted] naar de trippelstoel
[redacted] P5 kan je nog niet voetbal [redacted] P1

therapeut spreekt [redacted], wil je lopen?
ik loop met (zonder krukken
zullen we dan zonder doen? → nee daar ben ik nog angstig
voor → ja dus oefenen → nee ik ben nu moe
[redacted] P4 stelt zelf voor om naar de mat te gaan zelfstandigheid
[redacted] P3 geeft advies aan [redacted] P1
[redacted] P5 had pijn, therapeut stelt voor in de loopbrug te lopen
ergo: je hebt er heel veel zin in → nee ik ben kei kapot
to [redacted] P3 Moet ik een kruk pakken? je hebt je doelen al gehaald? ja → maar dan ben je in beweging
→ einddatum is over 3 weken
→ redde weer is hetzelfde
[redacted] P6 klust uitleg over trippelstoel, zitskiel getal met de [illegible] bezig.
na 25 minuten "ik heb een kruk n bedd" [redacted] P3 → het is al 4/5 weken hetzelfde
ergo vraagt om de trippelstoel uit te proberen
[redacted] P5 → nee toch, van morgen al zoveel gedaan
[redacted] P3: gesprek met therapeut over de duur vd behandeling

15-3-19'

[redacted] P5

[redacted] P6 Zel Bezorgd of de mat

[redacted] de lichtjes aan doen is zo vermoeiend [redacted]

Litness is zo zwaar, doe [redacted] dit als de [redacted].

Probeert eenmaal uit, ergo vraagt hoe de stoel zit

"even plaatsen"

[redacted] P3 ben blij als ik weg ben

therapeut geeft tips om de transferentie naar.

therapeut vraagt of ze hem vanaan wil proberen

Reageert "ja is goed" maakt kleina en Phillip

[redacted] P4 Vraagt zijn jullie uitgeoefend?

[redacted] P3 "ik heb thuis iets gedaan wat ik hier niet geleerd heb"

"stofzuigen"

Gaan de wij doen

[redacted] P3 "maar je niet zo dicht meisje over 10 minuten is het al klaar"

[redacted] P3 heel de module niks geoefend

[redacted] na een half uur niks meer gedaan

P5

[redacted] -19' [redacted]

[redacted]

[redacted] & P5

[redacted]

[redacted]

P6

[redacted] P5 [redacted]

Legt uit hoe ze dingen of [redacted] bang om te vallen elke dag bezig

actief mee denken

hoe vond je de activiteit afsluiten?

"wil wel zien hoe dat eruit zet met een [redacted] om hen vanuit te proberen"

[redacted]

Wil je een [redacted] en stoel te verplaatsen? ik ben met een hand [redacted] goed dame.

P

Sonyke

P

Therapeut Vraagt [redacted] een [redacted]

Ja graag

Bijlage 6: observatie gegevens

De observatiegegevens zijn in dit document volledig uitgewerkt. Onderstaand staat alle informatie verzamelend. De situatie, actoren en dynamiek is in het algemeen uitgewerkt over de vier observatie momenten aangezien de situatie ongeveer hetzelfde bleef.
De tabellen zijn per participant uitgewerkt op basis van de observatiepunten uit bijlage 5.

Voorbereiding:
Als voorbereiding zullen onderstaande vragen die al beantwoord kunnen worden, beantwoord worden. Dit om tijdens de observatie zoveel mogelijk te focussen op de observatiepunten. De materialen die nodig zijn; een boekje waar de observaties in geschreven kunnen worden. Verder zijn de materialen die voor de therapie nodig zijn de verantwoordelijkheid van de betreffende therapeut. Tevens zal de rol voor de medeonderzoek duidelijk gemaakt worden.

Voordat de groepsbehandeling begint zal ik mijzelf voorstellen als onderzoeker, waarbij het doel en de anonimiteit benadrukt zal worden. Tevens zal er benadrukt worden dat de participanten zich mogen gedragen zoals ze gebruikelijk doen. Tijdens de observatie zal de onderzoeker in normale kledingdracht in een hoek van de therapie ruimte zitten. Aangezien het een niet participerend onderzoek is zal de onderzoek zich zoveel mogelijk afsluiten van contact met de participanten.

De observatie zal starten wanneer de uitleg is gegeven en de plaats is ingenomen door de onderzoeker. De observatie stopt wanneer alle participanten uit de ruimte zijn als de therapie is afgelopen.

Er zal geprobeerd worden om meerdere participanten tegelijk te observeren. Zijn er meer dan 3 participanten aanwezig, zal er meerdere keren een observatie plaats vinden en gefocust worden op 3 participanten tijdens één observatie.

Aandachtspunten voor de observatie:

Situatie/omgeving:
De situatie is als volgt:
De mobiliteitsgroep word op drie dagen gegeven; maandag, donderdag en vrijdag. Op maandag en vrijdag is het zowel voor klinische revalidanten als poliklinische revalidanten. Op donderdag is het alleen voor klinische revalidanten. Sinds een aantal weken is de opzet als volgt; op maandag wordt er functioneel geoefend met dagelijkse handelingen. Dit zijn bijvoorbeeld situaties als in de keuken pannenkoeken bakken, in de woonkamer stofzuigen en strijken of buiten tuinieren. Op vrijdag is de module in de fysiotherapiezaal waar de nadruk meer ligt op lopen, evenwicht, dubbeltaken oefenen enz.

- Hoe ziet de fysieke omgeving eruit?
  Maandag: woonkamer, badkamer, tuin, keuken, houtruimte of slaapkamer. De ruimtes zijn ingericht zoals een ‘normale’ setting dit beoogd.
  Vrijdag: oefenzaal met een loopbrug, verschillende krukken/rollators, dubbele weegschalen, gewichten, oefenmateriaal zoals kegels, obstakels, WII sport, een dikke mat en een behandelbank. De oefenzaal is een fysiotherapie ruimte met alle benodigdheden.
- Zijn er dingen die opvallen?
  Geen opvallendheden in de ruimtes. Alle spullen die (mogelijk) nodig zijn zijn aanwezig.

Actoren:

- Welke mensen bevinden zich in de onderzoekssituatie?
  De groep varieert tussen de 5 en 9 revalidanten en tussen 2 of 3 therapeuten. De therapeuten wisselen ook qua verhouding. Er is altijd één fysiotherapeut en één ergotherapeut, als er drie therapeuten zijn wisselt een fysiotherapeut af met een ergotherapeut. Op maandag is er altijd een maatschappelijk werkster betrokken en is zij de derde therapeut. Op maandag is er afwisselend ook een adviseur van Livit. In deze situatie waren er minimaal één en maximaal twee onderzoekers.
  Onregelmatig is er een dochter of zoon bij van een van de participanten.

- In welke functie en met welk doel zijn ze daar?
  De revalidanten zijn met als doel revalidatie in deze mobiliteitsgroep, de therapeuten geven therapie op zowel fysiotherapie als ergotherapeutisch vlak of maatschappelijk werk. De adviseur van Livit is er ter controle van de prothese.

- Wat is de onderlinge relatie ?
  Relatie: revalidanten onder elkaar, therapeuten onder elkaar, cliënt – therapeut relatie, cliënt – klant relatie.

- Tussen wie vindt er interactie plaats? En tussen wie niet?
  Er vindt interactie plaats tussen iedereen in de ruimte.

- Wat voor indruk geven de participanten?
  De participanten komen vaak op maandag rustig binnen, praten wat met elkaar en geven een ontspannen indruk. Op vrijdag is het vaak iets drukker in de omgeving.

- Wat zijn de kenmerken van de participanten? (geslacht, leeftijd, achtergrond, soort amputatie)
  Dit is verwerkt in de sleutel.

Dynamiek:

- Hoe is de dynamiek tussen de groepsleden?
  De dynamiek betreft een gezellig sfeer waarin de groepsleden lachen, grappen maken en veel sociaal contact maken met elkaar. Tevens is de sfeer in de groep zo dat participanten elkaar aanmoedigen en complimenteren als iets goed ging.
- Hoe is de dynamiek met de behandelaren?
  De dynamiek met de behandelaren was wisselend per behandelaar, ook afhankelijk van de aanpak van de behandelaar. Over het algemeen bestond er een goede dynamiek waarbij de behandelaar en de participant samen contact maakte, grappen maakte en een gezellige sfeer hadden.

Onderstaand staat per participant een tabel met observatie gegevens die belangrijk waren om uit te vragen. Dit werd in elke interviewguide aangepast aan de participant. Elke participant had zijn/ haar eigen observatiepunten en vragen.

P1:

Situatie	Therapeut	Participant	(Mogelijk) andere groepsleden
Dhr. Wacht 10 minuten in de behandeling voor hij iets gaat	*De therapeut geeft geen individuele aandacht aan de*	*Er is geen interactie tussen de participant en therapeut*	*Dhr. Is in gesprek met andere revalidanten.*

ZUYD
TOLBRUG SPECIALISTISCHE REVALIDATIE
JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS

ondernemen.	*participant.*		
Dhr. Word gevraagd om een trippelstoel uit te proberen.	*De therapeut vraagt de participant of hij een trippelstoel wil proberen. Dhr. Wacht op de therapeut hiervoor.*	*De participant wacht op de therapeut (respectvol).*	*NVT*
De trippelstoel komt de ruimte in.	*De therapeut laat hem zien aan de participant.*	*De participant reageert enthousiast en stelt een vraag hoe hij het beste de transfer kan maken.*	*NVT*
Dhr. Word gevraagd of hij ook een keer wil kegelen.	*De therapeut vraagt of dhr. Een keertje wil kegelen.*	*Dhr. Lacht.*	

P2:

Situatie	Therapeut	Participant	(Mogelijk) andere groepsleden	Vraag:
Dhr. Wacht tot de therapeut hem vraagt iets te doen	*Therapeut vraagt of we iets gaan doen*	*Participant reageert met 'nee alsjeblieft niet'*		*Waarom wilde u niet oefenen?*
Loopt een rondje in het parcour	*Op opdracht van de therapeut*	*Gaat hierna zitten tot de therapeut hem helpt*		*Is 1 rondje zwaar?*
2 x niet bij de groep geweest				*Waarom is dhr. Niet meer geweest?*

P3:

Situatie	Therapeut	Participant	(Mogelijk) andere groepsleden	Vraag:
Dhr. Wacht tot de therapeut hem vraagt iets te doen	*Therapeut vraagt of we iets gaan doen*	*Participant reageert met 'nee alsjeblieft niet'*		*Waarom wilde u niet oefenen?*
Dhr. Doet niet mee met de activiteit pannenkoeken bakken	*De therapeut geeft hem nog opdrachten om hem toch aan het werk te zetten*	*Participant voert de opdracht uit en gaat vervolgens weer zitten*	*Proberen hem ook aan te sporen om mee te helpen*	*Kunt u uitleggen waarom u niet meer wilde doen?*
Tijdens de groep gevraagd of dhr. Iets wil gaan doen	*Therapeut vraagt of dhr. Iets mee wil gaan doen*	*Dhr. Zegt dat hij dat niet wil*		*Waarom wilde u daar ook niet oefenen?*

P4:

Situatie	Therapeut	Participant	(Mogelijk) andere groepsleden	Vraag:
Trippelstoel uit proberen	*Therapeut vraagt of mevrouw de*	*Reageert met 'ik heb nog veel*		*Hoe vond je dat toen de*

ZUYD
TOLBRUG SPECIALISTISCHE REVALIDATIE
JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS

	trippelstoel wil proberen	*doelen'*		*therapeut dat vroeg?*
Mevr. Stelt zelf voor om oefeningen te doen op de mat	*Wordt gevraagd aan de therapeut of ze op de mat mag*	*Vraagt aan de therapeut of ze op de mat mag?*		*Waarom vroeg u of u zelf op de mat mocht oefenen?*
8 minuten voor tijd koffie drinken		*'kom het is koffie tijd?'*		*Was het al tijd?*
Er werd een situatie geschetst hoe u zou handelen met zware pannen	*'nee even serieus'*	*Jaa dan doe ik dat niet*		*Het leek alsof u dat niet wilde oefenen, hoe kwam dat?*

P5:

Situatie	Therapeut	Participant	(Mogelijk) andere groepsleden	Vraag:
Pannenkoeken bakken in de keuken	*Verteld welke activiteit we gaan doen*	*Reageert met : 'heb een hekel aan pannenkoeken'*		*Ligt het aan de pannenkoeken of aan de activiteit? Rustig zitten in de ruimte*
Trippelstoel uitproberen	*Vraagt of mevr. Een trippelstoel wilde uitproberen*	*'ah nee toch, ik heb vanmorgen al zo veel gedaan'*		*Kan je deze situatie uitleggen? Want je probeerde hem wel uit.*
		'fitness is zo zwaar he, ik doe dit (mobiliteitsgroep) als de fitness		*Kunt u dit toelichten?*
		Zit vaak stil & afwachtend		*Kunt u dit toelichten?*
Therapeut vraagt 'gaan we naar buiten of binnen in de woonkamer?'		*Ik ga niet naar buiten*		*Waarom wilde u niet naar buiten?*
Als de therapeut iets vraagt dan voert mevrouw dit uit.	*'wil je de stoelen aan de kant zetten?*	*'ja ik ben net een hond'* *Later: 'zo goed dame?'*		

P6:

Situatie	Therapeut	Participant	(Mogelijk) andere groepsleden	Vraag:
Mevrouw oefent	*Hielp haar op de*	*Gaat zelfstandig*	*Samen met een*	*Hoe was dat*

ZUYD
TOLBRUG SPECIALISTISCHE REVALIDATIE
JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS

zelfstandig op de mat met oefeningen	*mat te komen*	*aan de slag met gewichten*	*andere revalidant*	*voor u om zelfstandig te oefenen?*
Mevrouw wacht af met een keuze voor de therapie	*Therapeut geeft 2 opties: buiten of naar de woonkamer*	*Mevrouw wacht af en reageert niet wat ze zelf wil*		*Kunt u uitleggen waarom u geen keuze maakte?*
Activiteit stofzuigen/ strijken	*Therapeut laat een andere revalidant oefenen*	*Stelt vragen, denkt actief mee. Zegt 'fijn om hier vanalles uit te proberen!'*		*Wat vond u van deze activiteiten? Om te oefenen?*
Therapeut vroeg direct aan mevrouw of ze wilde oefenen	*Therapeut: 'wil je eens proberen?*	*Ja graag*		*Wat vond je van deze situatie?*

Overig:
Geen aanvulling

Afronding:
Er is geen gezamenlijke afronding. De revalidanten besluiten zelf wanneer ze gaan. Een aantal keer is dit voorgekomen dat ze 8 of 5 minuten van te voren al vertrekken.

Bijlage 7: codeboom

De codeboom is ontwikkeld na aanleiding van de afgenomen interviews met daarin de observatiegegevens. De interviews zijn getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd volgens conventional content analysis. Dit houd in dat de resultaten zo dicht mogelijk bij de codes liggen.
Alle interviews zijn samen gepakt en er is overkoepelend gekeken welke codes dicht bij elkaar lagen of in hetzelfde thema pasten. Er is gekeken naar wat zegt iemand en wat is hier de achterliggende gedachte achter. Hieraan is een axiaal code gekoppeld welke weer gekoppeld werden door overkoelende thema's van het onderzoek. Uitgekomen thema's zijn als volgt:

5 thema's :

1. Participanten willen meer eigen regie binnen de behandeling
2. Participanten hebben behoefte aan gezellige groepstherapie
3. Participanten hebben behoefte aan ondersteuning therapeuten op het gebied van lopen met hulpmiddelen en het zorgelijke karakter
4. Participanten hebben liever actievere therapie dan praattherapie
5. Levensverhaal van de participant

Thema	**Axiaal code**	**Open codes**
Participanten willen meer eigen regie binnen de behandeling	Probeert zelf al te leren in de eigen thuissituatie	P1 kijkt aandachtig naar de therapie als iemand dat (prothese aan) gaat doen P1 ik kijk thuis op YouTube hoe die mensen oefenen met de prothese P1 je probeert daar al van te leren voor jezelf P6 thuis oefenen P1 autodidactisch ingesteld P1 leert thuis ook vaardigheden P1 zelf dingen ontdekken P2 zelf dingen opgelost thuis P1 Je probeert daar al van de leren voor jezelf dadelijk P4 bereid om te doen als er iets gevraagd word P4 eigen initiatief tot oefenen P4 zelf op de mat oefenen, zelf initiatief nemen daarin P1 past thuis ook toe, de tips die je krijgt P1 dingen ontdekken door je grenzen te verleggen P1 probeert het geleerde meteen toe te passen P4 ik oefen alles thuis P2 hier niet geoefend met muziek maken

		P2 dat ga je zelf oefenen thuis, maar dat lukt
	Je moet achter de behandeling staan anders gaat het toch niet	P6 ik wil vooruit, dus ik vind beide fijn P6 eigen motivatie is er wel P5 ligt eraan wat er gedaan word of ik het wil doen P3 Als ik het nut niet inzien van therapie doe ik het niet P3 Begin ik er niet aan want da vind ik het onzin P3 je moet achter de behandeling staan anders gaat het toch niet P5 nut is voor je eigen, dat je in beweging blijft P1 zoveel mogelijk uit de revalidatie halen P1 moet ik straks ook kunnen P3 geen leerpunten meer, ga dan maar met een ander aan de slag P1 we proberen er zoveel mogelijk uit de revalidatie te halen P4 zit ik hier weer P4 minder nuttig want ik kan het eigenlijk al P4 niet mee willen oefenen, ik hoef dat maar te doen P5 nee ik hoef niet naar buiten P2 je zegt A en je zegt van ik wil dat, dan moet je er ook wel voor staan om dat te doen
	Situaties waar de revalidant angstig voor is geworden waardoor ze niet meer willen oefenen	P1 slechte ervaring met een looprek waardoor angst in de thuissituatie P2 lopen zonder krukken is de onzekerheid niet waard P1 ik ben nog angstig in een aantal situaties P1 geprobeerd om met een looprekje de douche te bereiken maar toen gekletterd P2 het is me niet waard om die onzekerheid van vallen

	Patiënten weten zelf wat ze wel en niet kunnen	P5 helpen overal mee, prothese aankrijgen P6 leren om zelf grenzen te kunnen aangeven P1 belangrijk omdat je rolstoelvaardigheden leert P2 activiteiten geen waarde omdat p2 Al thuis gefunctioneerd heeft P1 actieve bijdrage in therapie, ik vind het wel leuk P1 activiteit koken, weet ik waar ik op moet letten P1 leert handigheid in de mobiliteitsgroep P1 goed idee om een trippelstoel te ervaren of het iets voor mij kan betekenen, van te voren besproken P1 meerwaarde van de oefening /therapie P2 Activiteiten nutteloos van mijn tijd , voor een uur hier naar toe komen P3 fitness in mijn ogen weinig nut P3 conditie hoeft van mij niet P3 activiteiten tijdens de mobiliteitsgroep is nodig maar zie er het nut niet van in P4 veel herhaling, weet ik al of heb ik al gehad P4 in de zaal oefeningen op de mat P5 fietsen doe ik niet meer, heb ik geprobeerd en nu doe ik het niet meer P5 ligt eraan wat we gaan doen wat ze ervan vind P5 oefenen aan het aanrecht D je komt dingen tegen waarvan je het bestaan niet wist P2 activiteiten oefenen heeft niks te maken met behoud van het been P3 anderen hebben het (activiteiten) misschien nodig maar ik niet, ik doe dit thuis al. Voor sommige is het wel nodig P4 minder nuttig want ik kan

		het eigenlijk al P3 Als ik wist dat we dit gingen doen wat ik niet gekomen P4 module mobiliteit niet zo, ik kan zoiets allemaal al P4 Strijken heb ik niet zo veel mee P6 bij de mobiliteitsgroep kun je ervaren P6 in de zaal oefen je meer, in de woonkamer meer tips
	Patiënten weten zelf wat ze nodig hebben om hun doelen te behalen	P1 behoefte aan oefenen, revalidatie, therapieën P1 behoefte aan huidig traject P1 minder behoefte aan maatschappelijk werk P1 meerwaarde/ behoefte aan een multidisciplinair team P2 geen behoefte aan activiteiten P1 uiteindelijk weet ze ook wel of niet en hoe ze het moet bereiken P3 veiligheid bij het lopen met prothese P3 in mijn ogen niet en misschien in hun ogen wel P3 veiligheid dat er iemand achter loopt P3 stukje zekerheid P4 ondersteuning aan fitness P5 ik heb mijn kinderen en kleinkinderen nodig, wat wil je nog meer? P6 dingen uitproberen bij de ergo P6 praktische tips krijgen van de ergotherapeut en andere patiënten P6 adviezen van de Tolbrug, van de therapeuten van mede patiënten P4 ondersteuning krijgen bij de behoefte van de patiënt P6 praktische tips van anderen P6 oefenen met activiteiten, fijn om te ervaren P4 ergotherapie hoeft van mij niet P2 bezig zijn met inspanning is

		belangrijk P2 beter de tijd besteden aan iets anders, iets nuttigs doen P2 fitness en lopen met een prothese aan is belangrijk voor behoud van het been D pannenkoeken bakken zou ze thuis ook niet doen P2 activiteiten geen waarde omdat dhr. Al thuis gefunctioneerd heeft P1 afwisselend intensief en recreatief P1 therapie past bij de participant P6 tips die je krijgt P2 fitness is belangrijk, daar heb je iets aan P2 sportgroep amputatie hecht ik geen enkele waarde aan P2 sportgebeuren is niks P2 meerwaarde aan fitness P2 Activiteiten nutteloos van mijn tijd , voor een uur hier naar toe komen P3 fitness in mijn ogen weinig nut P3 conditie hoeft van mij niet P3 activiteiten tijdens de mobiliteitsgroep is nodig maar zie er het nut niet van in P3 Tolbrug bied genoeg om doelen te bereiken P4 alles is wel fijn P4 een beetje actief vind ik het fijnste P4 in de zaal nuttiger dan in de woonkamer P4 andere therapieën vind ik prima P5 fitness is goed maar wel zwaar P5 basketballen is leuk en gezellig P5 fitness is voor kracht te krijgen overal, is wel gezellig P5 therapie is nuttig om je doelen te halen P5 met de ergotherapeut moest ik stoffen P6 fysiotherapie is zwaar

		P6 activiteiten oefenen is wel goed P2 sportgroep amputatie hecht ik geen enkele waarde aan P1 alle therapieën, alle oefeningen zijn nuttig. De een doe je met je been en de andere met je armen P1 moeite heb met regelmatig bij maatschappelijk werk zitten, wat moet ik daarmee bespreken P1 het zit bij mij niet tussen de oren, maar in mijn been. P1 goed dat er activiteiten geoefend worden, ik vind daar mijn draai in P2 activiteiten hecht ik geen waarde aan P2 fitness is belangrijk, daar heb je iets aan P2 sportgroep amputatie hecht ik geen enkele waarde aan P3 sportgebeuren is niks P2 ringetjes gooien is nutteloos P3 patiënten weten zelf wat goed voor ze is P4 maatschappelijk werk zeg ik af, heb ik niet zo veel mee P4 wat moet ik daar, zonde van mijn tijd, wat ik met haar doe kan ik ook met een ander P4 ergotherapie is veel praten, ik hoef dat niet zo P5 ben tevreden over hetgeen wat ze doen P6 aanbod van Tolbrug is heel goed P6 nee zoals het nou gaat is het prima P5 ik heb geen klagen P5 je moet het van twee kanten bekijken P5 ben tevreden P6 zou niks anders willen P6 maatschappelijk werk heb ik niet zo veel mee P6 ik vind het super P1 leuk en je leert omgaan met de beperking

		P2 module mobiliteit gaat om mensen die een prothese hebben/krijgen P2 niks aan te merken op de mobiliteitsgroep P4 in de zaal, bij elkaar is gezelliger P2 Mobiliteitsgroep niet passen waar je hier mee bezig bent, zonde van mijn tijd P3 mobiliteitsgroep is hetzelfde als de prothesegroep P4 module mobiliteit niet altijd P4 onzin om pannenkoeken te bakken, hoeft van mij niet P4 mobiliteitsgroep vind ik niks aan, dat hoeft van mij niet P5 pannenkoeken bakken geef ik niks om, geen zin om die troep te bakken P6 je leert bij allebei veel D je leert andere dingen, in de zaal meer mobiliteit en in de woonkamer leren omgaan met de trippelstoel P5 gevraagd of ze de tafel wil dekken P5 keuken is gezellig maar ik moet niet bakken P6 strijkkruk uitgeprobeerd P6 in de zaal gezelliger met z'n alle bij elkaar, je leert er ook iets van P1 oefening uit de praktijk, dit doe je thuis ook P1 ga vaak in de brug staan omdat ik dat lekker vind

	Axiaal code	Open codes
Participanten willen ondersteuning van zorgzame therapeuten bij onder andere een prothese krijgen en oefenen met lopen	Een prothese krijgen en te oefenen met hulpmiddelen om te kunnen lopen	P1 mobiliteit vergroten P1 prothese krijgen P1 prothese word belangrijk voor mij daar moet je mee lopen P4 goed kunnen lopen P2 lopend een krantje halen

ZUYD
TOLBRUG SPECIALISTISCHE REVALIDATIE
JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS

		beneden P2 content met 20/30 meter lopen P2 lopen met rollator en prothese dat valt tegen, begin ik niet aan P3 leren lopen met hulpmiddel stelt niks voor P3 reden voor de prothese is meer mobiliteit P3 ik kan lopen P5 belangrijkste om te lopen en kleine dingen in huis doen P6 voortbewegen op een been P3 lopen met prothese of zonder hulpmiddel P1 prothese is belangrijk
	Therapeuten zijn erg zorgelijk en aardig voor de revalidanten, wordt niet gepraat over de deskundigheid.	P3 Therapeuten nodig om te komen waar ik nu ben P3 Therapeuten denken 'hij kan niks' P3 therapeuten laten mij dingen doen die ik thuis al doe P3 wat is het verschil tussen een fysio en ergo? P4verschil fysiotherapeuten en ergotherapeuten merk ik niet P4 fijn dat therapeuten je houding corrigeren P5 alle therapieën zijn prima. Ligt aan de mensen,fitness, ergo of beweging houden haar allemaal in de gaten D 100% voor mijn moeder D houden haar in de gaten dat ze stopt als ze moe word D houden haar grenzen in de gaten P5 tevreden over de therapeuten P5 een aardig meisje D je wordt goed begeleid in de mogelijkheden P5 allemaal aardig P5 ik heb niet mogen klagen, ze zijn zo goed voor je P5 ze nemen me serieus, ik neem mezelf niet altijd serieus D als het nodig is nemen ze de tijd

		D als het geen individuele aandacht is dan word het wel in de gaten gehouden. Ze weten precies wat je doet P6 ze nemen je serieus P6 therapeuten wijzen op grenzen P6 therapeuten vonden het vervelend dat ze niet veel aandacht konden geven in een grote groep P6 overlegd met de therapeut P6 ik voel me eigen gehoord D door de goede begeleiding doet ze nu alles was ze zelf kan P1 ergotherapeut gericht op aanpassingen P1 fysiotherapeut gericht op lichaamsgebruik P2 fysiotherapeuten zit op het lichamelijk en ergotherapeut op behendigheid P6 fysiotherapie voor krachttraining P6 ergotherapie voor adviezen in en om huis P3 je moet achter de behandeling staan anders gaat het toch niet P5 petje af voor de ondersteuning P6 ik voel me gehoord P6ik voel me geen nummer P3 om hun te bewijzen dat ik het kan P3 hun denken dat ik niks kan P5 veel ondersteuning van hier P5 ondersteuning nodig bij alles P2 krijg je dingen die ze zelf ook niet weten, ervaring moet leren waar het dan door komt P2 niet eerlijk vinden voor de mensen die moeite steken in jou om dat te leren. En dan toch zeggen het valt tegen P3 allemaal leuk net als die mobiliteitsgroep, ze zeggen je moet dit doen en dat doen

Participanten hebben behoefte aan gezellige en ondersteunende groep.	**Axiaal code**	**Open codes**
	Gezelligheid in de groep is belangrijk	P1 straks sociale opzoeken want dat is een groot gemis P1 mist mensen om zich heen P1 sociaal moment lotgenoten P1 enige sociale zijn de bezoeken aan de Tolbrug P4 in de zaal, bij elkaar is gezelliger P3 leuk om in de groep te zitten P4 eerder in de groep was fijner P4 lachen met andere revalidanten P4 leuke aan de groep dat je met andere kunt P5 gezellige groep P4 gezellig, hoe meer zielen hoe meer vreugd P4 in de zaal, bij elkaar is gezelliger
	Fijn om een toekomstbeeld te zien in de groep	P1 je ziet voorbeelden om je heen P1 kijkt aandachtig naar andere revalidanten tijdens therapie voor gebruik van de prothese P1/6 fijn om een toekomstbeeld te zien P6 kijkt naar het voorbeeld, moet ik straks ook
	Behoefte aan een kleinere groep	P2 die 3 of 4 therapeuten op 7 revalidanten, daar moeten ze iets aan doen P4 groep is niet zo groot P5 ze hebben de handjes allemaal vol he P3 er lopen hier zo veel rond dus ik zou het niet weten P3 twee therapeuten op zeven patiënten is te weinig P6 therapeuten vonden het vervelend dat ze niet veel aandacht konden geven in een grote groep
	Groep ondersteunt in het halen	P4 groep ondersteund in het

ZUYD
TOLBRUG SPECIALISTISCHE REVALIDATIE
JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS

	van doelen	halen van doelen P6 adviezen van de Tolbrug, van de therapeuten van mede patiënten P6 praktische tips van anderen P3 maar dat andere het nodig hebben snap ik

Actieve therapie

Axiaal code	Open codes
Wisselende mening over het oefenen van activiteiten, bezig zijn met inspanning willen alle participanten	P1 minder behoefte aan maatschappelijk werk P2 geen behoefte aan activiteiten P4 ondersteuning aan fitness P6 dingen uitproberen bij de ergo P6 praktische tips krijgen van de ergotherapeut en andere patiënten P6 praktische tips van anderen P6 oefenen met activiteiten, fijn om te ervaren P4 ergotherapie hoeft van mij niet P2 bezig zijn met inspanning is belangrijk P2 beter de tijd besteden aan iets anders, iets nuttigs doen P2 fitness en lopen met een prothese aan is belangrijk voor behoud van het been D pannenkoeken bakken zou ze thuis ook niet doen P2 activiteiten geen waarde omdat dhr. Al thuis gefunctioneerd heeft P1 afwisselend intensief en recreatief P6 tips die je krijgt P2 fitness is belangrijk, daar heb je iets aan P2 sportgroep amputatie hecht ik geen enkele waarde aan P2 sportgebeuren is niks P2 meerwaarde aan fitness P2 Activiteiten nutteloos van mijn tijd , voor een uur hier naar toe komen P3 fitness in mijn ogen weinig nut

ZUYD
TOLBRUG SPECIALISTISCHE REVALIDATIE
JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS

		P3 conditie hoeft van mij niet P3 activiteiten tijdens de mobiliteitsgroep is nodig maar zie er het nut niet van in P4 alles is wel fijn P4 een beetje actief vind ik het fijnste P4 in de zaal nuttiger dan in de woonkamer P4 andere therapieën vind ik prima P5 fitness is goed maar wel zwaar P5 basketballen is leuk en gezellig P5 fitness is voor kracht te krijgen overal, is wel gezellig P5 therapie is nuttig om je doelen te halen P5 met de ergotherapeut moest ik stoffen P6 fysiotherapie is zwaar P6 activiteiten oefenen is wel goed P2 sportgroep amputatie hecht ik geen enkele waarde aan P1 alle therapieën, alle oefeningen zijn nuttig. De een doe je met je been en de andere met je armen P1 moeite heb met regelmatig bij maatschappelijk werk zitten, wat moet ik daarmee bespreken P1 het zit bij mij niet tussen de oren, maar in mijn been. P1 goed dat er activiteiten geoefend worden, ik vind daar mijn draai in P2 activiteiten hecht ik geen waarde aan P2 fitness is belangrijk, daar heb je iets aan P2 sportgroep amputatie hecht ik geen enkele waarde aan P3 sportgebeuren is niks P2 ringetjes gooien is nutteloos P3 patiënten weten zelf wat goed voor ze is P4 maatschappelijk werk zeg ik

ZUYD
TOLBRUG SPECIALISTISCHE REVALIDATIE
JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS

		af, heb ik niet zo veel mee P4 wat moet ik daar, zonde van mijn tijd, wat ik met haar doe kan ik ook met een ander P4 ergotherapie is veel praten, ik hoef dat niet zo P5 ben tevreden over hetgeen wat ze doen P6 aanbod van Tolbrug is heel goed P6 zou niks anders willen P6 maatschappelijk werk heb ik niet zo veel mee P1 leuk en je leert omgaan met de beperking P2 module mobiliteit gaat om mensen die een prothese hebben/krijgen P2 niks aan te merken op de mobiliteitsgroep P2 Mobiliteitsgroep niet passen waar je hier mee bezig bent, zonde van mijn tijd P3 mobiliteitsgroep is hetzelfde als de prothesegroep P4 module mobiliteit niet altijd P4 onzin om pannenkoeken te bakken, hoeft van mij niet P4 mobiliteitsgroep vind ik niks aan, dat hoeft van mij niet P5 pannenkoeken bakken geef ik niks om, geen zin om die troep te bakken P2 sporten, daar zie ik niks in P2 nutteloze tijd, voor een uur hier naar toe komen
	Verdrietig zijn hoeft niet, geen behoefte aan praten.	P1 wordt verdrietig van het praten P1 dat (verdrietig zijn hoeft niet P1 mensen die mij lange rijd niet hebben gezien, zeggen wat zie je er goed uit P1 je moet het toch positief blijven benaderen P2 blij dat ik kan lopen met een rollator en kunstbeen P3 Vanaf het begin met humor omgegaan met de amputatie P3 vanaf het begin blijven

		lachen, helpt heel veel P6 verwerken kan ik thuis P4 praten over de amputatie helpt mij niet echt P6 knop omzetten dat het is gebeurd P6 ik kan er goed mee dealen
Levensverhaal participanten	Levensverhaal participanten	P1 ik had een leuke en drukke baan, werd ontslagen en dan val je in niemandsland P1 voordeel gehad om een baan te kunnen vinden, onder de mensen en kindertjes. Het is heel leuk geweest en dan heb je ook wel het sociale. P1 definitief ziek geworden en toen was het over, ben je aangewezen op je directe omgeving P1 ik ging het ziekenhuis in om gedotterd te worden, kwam eruit zonder been. Dat is heel abrupt P1 eind aan de situatie dat je een been hebt P1 andere bezig met de zin van het leven, maar dat probleem heb ik niet P6 Ik kom van diep, ik ben al 4,5 jaar ziek en mijn lichaam werd van kwaad naar erger P2 je raakt je been kwijt en dan zit je voor een probleem, wat gaat er gebeuren P2 uitgelegd dat ik dat helemaal niet zag zitten P2 ik heb vier jaar niet kunnen lopen met twee benen, u gaat me niet vertellen dat ik kan lopen met een prothese P2 ik (verzorgende) zal je alles leren (transfers) P2 een kunstbeen hoeft van mij niet, twee jaar mee geleefd zonder been P2 goede kennis van mij heeft mij over de drempel geholpen om met een prothese te beginnen P2 eerst niet direct

		gerevalideerd na de amputatie P2 ik denk zal die dokter voor schut zetten, van u zult nooit meer lopen. Over een half jaar km ik hier lopend binnen. Stap uit en loop naar zijn bureau P2 wisseling in dokters, heeft mij over de streep geholpen

Overig axiaal codes / thema's		
Einddoel revalidatie (geen thema)	Zelfstandig leven bereiken, variatie tussen een beetje rommelen en onafhankelijk, mobiel en flexibel zijn.	1 Zelfstandig leven bereiken P1 Minder afhankelijk zijn van anderen P1 terug komen in het normale leven P2 mobiel genoeg om me eigen te redden P2 doel was om mezelf te redden met rollator P3 niet meer afhankelijk zijn P3 dingen kunnen die je vroeger kon P3 leven zoals voorheen P3 doet huishoudelijke taken zelfstandig P3 ik kan thuis functioneren P4wat ik voorheen kon zou ik graag willen P5 beetje kan rommelen in huis, dat was het P5 zelf kan koken D haar eigen kan redden D zelf drinken kan pakken D zelfstandigheid terug krijgen D zelf de deur kan open maken D naar buiten kunnen wanneer ze wil P6 handig ben in huis P6 zelfstandig kan functioneren P6 zelfstandig koken P6helemaal zelfstandig P1 onafhankelijk, flexibel en mobiel worden
	Door het revalidatietraject bereiken de revalidanten wat ze wilde.	P1 conditie sterk verbeterd door therapie P1 hoopt dat de therapie

		bijdraagt aan de doelen, positief gevoel hierover P1 therapie draagt bij aan gestelde doelen P1 leert handigheid in de mobiliteitsgroep P2 doel bereikt, niet meer en niet minder P2 effect is hetzelfde met de vaatwasser inladen of sporten P2 fitness en lopen met een prothese aan is belangrijk voor behoud van het been D heeft meer zekerheid en meer zelfvertrouwen gekregen in alles D veel dingen had ze anders nooit gedaan D door de goede begeleiding doet ze nu alles was ze zelf kan P5 je leert bij het stoffen hoe je je eigen moet vasthouden, nuttig om te doen P5 gaat weer thuis koken D daar heeft ze geleerd hoe ze spullen mee moet nemen D geleerd hoe je terug moet gaan in de rolstoel D prothese groep leer je hoe je naar het toilet kan P6 praktisch aanpakken en oefenen met koken P6 praktischer kan indelen P6 je word thuis makkelijker P mobiliteitsgroep voor tips in huis, ik heb er wel iets aan P6 kan ik dingen in kwijt P6 ervaar ik hier dat ik wat ik zelf kan ik ook moet doen P6 ervaar je dat het toch makkelijk is P3 ik heb bereikt wat ik wilde bereiken
Geen thema	Wisselende rol in het huishouden	P1 Gewend een rol in het huishouden te hebben P2 vrouw wil niet dat ik iets in huis doe P3 Doe thuis niet alles zelf P4 eten koken doe ik niet, doet mijn man D word thuis geholpen door de

ZUYD
TOLBRUG SPECIALISTISCHE REVALIDATIE
JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS

		thuiszorg en door huishoudelijke hulp P6 mannen die thuis dat niet gewend zijn, zijn moeilijker te motiveren
Doelen verwoord door de revalidant	Doelen die geen prioriteit hebben	P1 Samen met mijn vrouw activiteiten ondernemen maar geen grote reizen of familiebezoeken P1 voorlopig geen behoefte aan auto rijden P2 werken
	Doelen revalidanten	P1 Conditie op peil houden P1 met de rolstoel leren omgaan P1 toilet hoeft niet meer, is al gelukt P1 meer kunt pakken naderhand P1 auto rijden heeft geen prioriteit P2 muziek maken in stilstaande vorm P3 geen leerpunten meer P3 openstaand doel P3 te angstig om zonder hulpmiddel te lopen P3 te vroeg voor. Dat doe ik thuis ook niet P3 kunnen ze niet leren want de tijd is te kort P4zwemmen P4 auto rijden P4 beeldhouwen P4 beroep kunnen uitoefenen P6 beetje winkelen P6 boodschappen doen P6 fietsen P6 op vakantie gaan P6 in huis makkelijker worden P1 mobiliteit vergroten P6 weer naar boven kunnen P6 boven douchen P6 boven slapen P6 makkelijker in de rolstoel voortbewegen P6 voor visite zorgen P1 met de rolstoel over de drempel komen, moet ik leren P1 hoe je met de rolstoel in huis om gaat

	Overig	P1 ik laat iedereen in zijn waarde, moet iedereen zelf weten (wat die vinden van de revalidatie) P1 je mobiel maken in de mobiliteitsgroep P1 niet weet wat de fysiotherapeuten willen P1 recreatieve therapie P2 ik heb nooit een mindere ervaring, minder prettig gevonden P3 dadelijk weer kon werken P3 ik had ook in mijn rolstoel kunnen werken P3 de rest leer je vaneigens P3 begeven moment ben ik dat ding (prothese) zat en dan flikker ik hem af P3 zonder krukken zal niet mee vallen P3 zie jezelf met sprongen vooruit gaan P3 iedereen voor de gek houden en niet klagen P4 goed been om te kunnen fietsen P4 ik stofzuig al heel lang P4 de behoefte die er is ter ondersteuning krijg ik P4 als je het (andere therapie) niet hebt gehad dan weet je het ook niet P4 ik zou niet weten wat ik mis