

Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten.
Ontwikkeling van het observatieprotocol.

E.M. Sluijs

oktober 1988



drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Sluijs, E.M.

Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten : 1° interimrapport:
ontwikkeling van het observatieprotocol / E.M. Sluijs. - Utrecht :
Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL

ISBN 90-6905-077-3

SISO 605 UDC 659.2::616-052

Trefw.: patiëntenvoorlichting ; fysiotherapie ; methodisch werken ;
observatieonderzoek

Typewerk: Guusje Verweij en Sheila Pels

Vormgeving en lay-out: Mieke Cornelius

Drukwerk: Boekbinderij Post

VOORWOORD

Dit rapport is een tussentijds verslag van een drie jaar durend onderzoek naar 'Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten' dat door het Praeventiefonds wordt gesubsidieerd. Het onderzoek bestaat uit een hoofdonderzoek met als opdracht een landelijk representatief beeld te geven van wat fysiotherapeuten aan patiëntenvoorlichting doen en een vooronderzoek om de meetinstrumenten voor het hoofdonderzoek te ontwikkelen. De resultaten van het vooronderzoek worden in dit rapport beschreven.

Het hoofdbestanddeel wordt gevormd door een beschrijving van het ontwikkelde observatieprotocol met behulp waarvan nauwkeurig kan worden vastgelegd welke voorlichting fysiotherapeuten geven en op welke wijze zij dat doen. De bruikbaarheid van het protocol is uitgetest op 227 audio-opnamen van fysiotherapiebehandelingen. Vervolgens zijn de audio-gegevens vergeleken met registratie door de fysiotherapeuten zelf.

De realisering van de voorstudie is vooral te danken aan de medewerking van de fysiotherapeuten de heer J. Anninga, de heer J. Bongers, mevrouw D. Brezet, de heer V. Moonen, de heer W. van Schendel en mevrouw S. Talsma. Naast de registratie hebben zij de audio-opnamen van de behandelingen gemaakt. Ook danken wij de docenten van de Academie voor Fysiotherapie te Utrecht (Hogeschool Midden-Nederland) voor hun bijdrage aan de meningsvorming over patiëntenvoorlichting, met name mevrouw J. van de Braak-Petersen en de heer A. de Weyer.

Aan het vooronderzoek hebben velen meegewerkt aan wie ik dank verschuldigd ben: mevrouw M. Duister voor de computerverwerking van de gegevens, mevrouw J. Fennema die als onderzoeksassistent aan het project heeft meegewerkt, de heer R. Hijnens voor zijn werk aan de literatuurstudie, mw. H. Knibbe voor haar kritisch commentaar en mevrouw G. Verweij die de tekstverwerking verzorgde.

Tot slot dank aan de fysiotherapeuten die ideeën hebben aangedragen in de beginfase van het onderzoek.

	pag
1. INLEIDING	1
2. VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK	4
2.1. Vraagstelling van het hoofdonderzoek	4
2.2. Vraagstelling en opzet van het vooronderzoek	6
3. VERANTWOORDING VAN HET OBSERVATIEPROTOCOL	10
3.1. Korte schets van de literatuur	10
3.2. Vijf voorlichtingsthema's in de fysiotherapie	14
4. HET OPBSERVATIEPROTOCOL	17
4.1. Inleiding	17
4.2. Informatie met betrekking tot methodisch werken	17
4.3. Informatie over diagnose en klachten	19
4.4. Instructie van huiswerk oefeningen	20
4.5. Adviezen en uitleg met betrekking tot de klachten	21
4.6. Algemene adviezen over ziekte en gezondheid	22
4.7. Begeleiding van de patiënt	23
4.8. Relatie fysiotherapeut-patiënt	24
4.9. De invloed van de patiënt	24
4.10. Wijze van invullen van het observatieprotocol	25
5. RESULTATEN	27
5.1. Materiaal en methode	27
5.2. De inhoud van de voorlichting	28
5.3. De fasen waarin de voorlichting wordt gegeven	38
5.4. Samenvatting en conclusie	41
6. BETROUWBAARHEID VAN OBSERVATIE EN REGISTRATIE	43
6.1. Betrouwbaarheid van het observatieprotocol	43
6.2. Vergelijking van observatie en registratie	49
6.3. Samenvatting en conclusie	52
7. VERSCHILLEN IN DE VOORLICHTING DIE WORDT GEGEVEN	55
7.1. Verschillen tussen zittingen	55
7.2. Verschillen tussen fysiotherapeuten	60
7.3. Verschillen tussen patiënten	63
7.4. Samenvatting en conclusie	64

	pag
8. SAMENVATTING EN DISCUSSIE	66
NOTEN	75
GERAADPLEEGDE LITERATUUR	77
BIJLAGE 1	81
BIJLAGE 2	120

1. INLEIDING

Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten is tegelijkertijd iets heel ouds en iets heel nieuws. Dat het oud is wordt duidelijk als men kijkt naar de definitie die Dekkers (1981) van patiëntenvoorlichting geeft: "Patiëntenvoorlichting is het overdragen van informatie gericht op hulp bij ziekte". Dit kan informatie zijn over de aandoening en de behandeling, dat kunnen adviezen en instructies zijn om het genezingsproces te bevorderen en dat kan algemene voorlichting zijn over ziekte en gezondheid. Dekkers spreekt dan van educatie. Ook het begeleiden van de patiënt bij de gevolgen van ziekte of handicaps wordt tot patiëntenvoorlichting gerekend.

Als men deze omschrijving toepast op de fysiotherapie dan moet men wel constateren dat patiëntenvoorlichting een normaal onderdeel vormt van de fysiotherapeutische behandeling. Bij veel klachten zijn adviezen en instructies standaard onderdeel van de behandeling evenals informatie en uitleg over het nut ervan. Bij ernstige aandoeningen zal begeleiding van de patiënt vanzelfsprekend zijn. Het is dan ook niet verwonderlijk dat vrijwel alle fysiotherapeuten zeggen aandacht aan patiëntenvoorlichting te besteden en het ook als een belangrijke taak te zien (Kerssens, Groenewegen en Curfs, 1986; Kuiper, 1987; Kok, 1988).

Wat er dan nieuw is aan patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten is allereerst de naamgeving. Het feit dat dit onderdeel van de behandeling apart als patiëntenvoorlichting benoemd wordt weerspiegelt een nieuwe manier van kijken naar deze activiteit (Wams, 1988). Ook binnen de fysiotherapeutische behandeling kan men voorlichting beschouwen als een middel om speciale doelen te bereiken wat met zich meebrengt dat er speciale eisen aan de voorlichting worden gesteld (Van der Linden, 1987). Het is een afspiegeling van de algemene ontwikkelingen in de gezondheidszorg waarbij de aandacht het laatste decennium - althans in beleidskringen - is verschoven van curatie naar preventie. Gezondheidsvoorlichting wordt daarbij als het belangrijkste instrument gezien om een gezonde leefstijl te bevorderen en ziekten te voorkómen. (Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1980). Dit zou vooral ook een taak kunnen zijn van individuele hulpverleners als huisarts en fysiotherapeut vanwege hun regelmatige contacten met patiënten en vanwege de vertrouwensrelatie die zij doorgaans met patiënten hebben.

Naast preventie dient voorlichting een tweede doel namelijk tegemoet te komen aan de rechten van de patiënt. Sinds de zestiger jaren bestaat er toenemende aandacht voor de rechtspositie van de patiënt. In de Nota Patiëntenbeleid van 1981 stelt de overheid zich ten doel onder andere het recht dat de patiënt heeft op informatie wettelijk te gaan regelen. De voorbereidingen hiertoe zijn in een vergevorderd stadium.

Dat de beroepsgroep fysiotherapeuten op deze ontwikkelingen inspeelt blijkt onder andere uit de Beroepsomschrijving Fysiotherapeut (1986) waarin gesteld wordt dat de fysiotherapeutische behandeling zowel gericht kan zijn op het genezen of leren omgaan met de aandoening als op het voorkómen van aandoeningen. "De nadruk heeft tot nu toe bij behandelingen vooral gelegen op curatieve aspecten. Ook in de preventieve sfeer zijn belangrijke toepassingen van fysiotherapie. Dit werkgebied zal de komende jaren meer ontwikkeld worden" (zie ook Kóten-Petersen, Milius en Schopman, 1985). Juist in de fysiotherapie kan voorlichting een belangrijke functie vervullen en wel op grond van de volgende overwegingen.

Veel van de aandoeningen waarmee de fysiotherapeut geconfronteerd wordt worden mede bepaald door de leefsituatie en de manier waarop de patiënt met zijn aandoening omgaat (Beroepsomschrijving Fysiotherapeut). Deze aspecten zijn in principe beïnvloedbaar en wellicht veranderbaar door middel van een goede voorlichting aan de patiënt. Daarnaast zijn er veel aandoeningen waarbij een belangrijk deel van de fysiotherapeutische behandeling bestaat uit de oefeningen die de patiënt thuis moet doen en moet blijven doen om recidieven te voorkomen. Dit stelt hoge eisen aan de wijze waarop de fysiotherapeut de patiënt voorlicht, instrueert en motiveert. Een systematische en gerichte aanpak van deze voorlichting kan wellicht in de toekomst tot een vermindering van het aantal recidieven leiden. In feite gaat het daarbij om het bewerkstelligen van therapietrouw van de patiënt waarbij de communicatie tussen hulpvrager en hulpverlener een belangrijke rol blijkt te spelen (DiMatteo and DiNicola, 1982). In de fysiotherapie is een bijkomend voordeel dat in de fysiotherapeutische behandeling als het ware de optimale voorwaarden voor patiëntenvoorlichting aanwezig zijn omdat de behandeling zich doorgaans over een aantal maanden uitstrekt waarbij de patiënt frequent wordt gezien (Knibbe en Van der Linden, 1987). Dit schept de mogelijkheid om de informatie gedoseerd aan te bieden, regelmatig te checken of de patiënt het begrijpt en of het hem lukt de gegeven adviezen op te volgen.

Tegen deze achtergronden moet het onderhavige onderzoek gezien worden. De globale doelstelling van het onderzoek is het verkrijgen van kennis en inzicht over de mate waarin en de wijze waarop patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten gegeven wordt. Omdat de aandacht voor patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten van recente datum is en omdat onderzoek naar de werkwijze van fysiotherapeuten zeer schaars is ontbreken de meest elementaire gegevens op dit gebied.

In dit onderzoek wordt de huidige situatie in beeld gebracht vanuit twee overwegingen. Wil men de patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten in opleiding en nascholing verbeteren dan zal men eerst moeten weten welke aspecten verbetering behoeven en welke lacunes er bestaan. Een tweede reden ontleen we aan Derijcke, Ernst en Vinck (1981) die erop wijzen dat de aanwezige ervaringskennis binnen de fysiotherapie via onderzoek en registratie beter benut zou kunnen worden. Er zijn redenen om aan te nemen dat dit zeker ook geldt voor patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten want hoewel voorlichting nog nauwelijks speciale aandacht krijgt in de opleidingen (Polman en Jaspers, 1985) blijkt dat veel fysiotherapeuten daar in de praktijk op hun eigen wijze vorm aan gegeven hebben (Bertels, Ten Brummeler, Van Dijkum e.a., 1985). Deze ervaringskennis zichtbaar maken is een tweede doel van dit onderzoek.

In dit rapport wordt de vraagstelling van het hoofdonderzoek beknopt beschreven en wordt uitgebreid ingegaan op de vraagstelling, de opzet en de resultaten van het vooronderzoek.

Hoofdstuk 2 bespreekt de opzet van het vooronderzoek en in hoofdstuk 3 en 4 vindt men de verantwoording en beschrijving van het ontwikkelde observatieprotocol. Het observatieprotocol is uitgetest op 227 audio-opnamen van fysiotherapiebehandelingen. De resultaten daarvan worden in hoofdstuk 5 beschreven. Hoofdstuk 6 gaat in op de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid en eveneens in hoofdstuk 6 worden de audio-gegevens vergeleken met de zelfregistratie door fysiotherapeuten. Het discriminatievermogen van het meetinstrument wordt in hoofdstuk 7 beschreven. Hoofdstuk 8 besluit met een discussie over de bruikbaarheid van het observatieprotocol en met een discussie over de consequenties die de resultaten van dit vooronderzoek hebben voor de opzet van het hoofdonderzoek.

2. VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK

2.1. Vraagstelling van het hoofdonderzoek

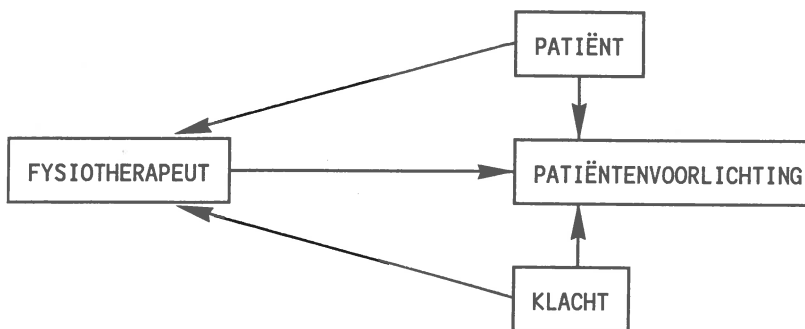
Het doel van het hoofdonderzoek is een landelijk representatief beeld te geven van de mate waarin en de wijze waarop fysiotherapeuten voorlichting geven aan hun patiënten én op welke wijze het geven van deze voorlichting samenhangt met kenmerken van fysiotherapeuten, kenmerken van klachten en kenmerken van patiënten.

Concreet moeten daartoe de volgende vier vragen beantwoord worden:

1. In welke mate en op welke wijze worden activiteiten op het gebied van patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten ondernomen?
2. Bij welke klachten worden deze activiteiten ondernomen?
3. Bij welke patiënten worden deze activiteiten ondernomen?
4. Welke fysiotherapeuten doen veel of weinig aan patiëntenvoorlichting?

Deze vraagstelling is in een eenvoudig model weer te geven (zie schema 1).

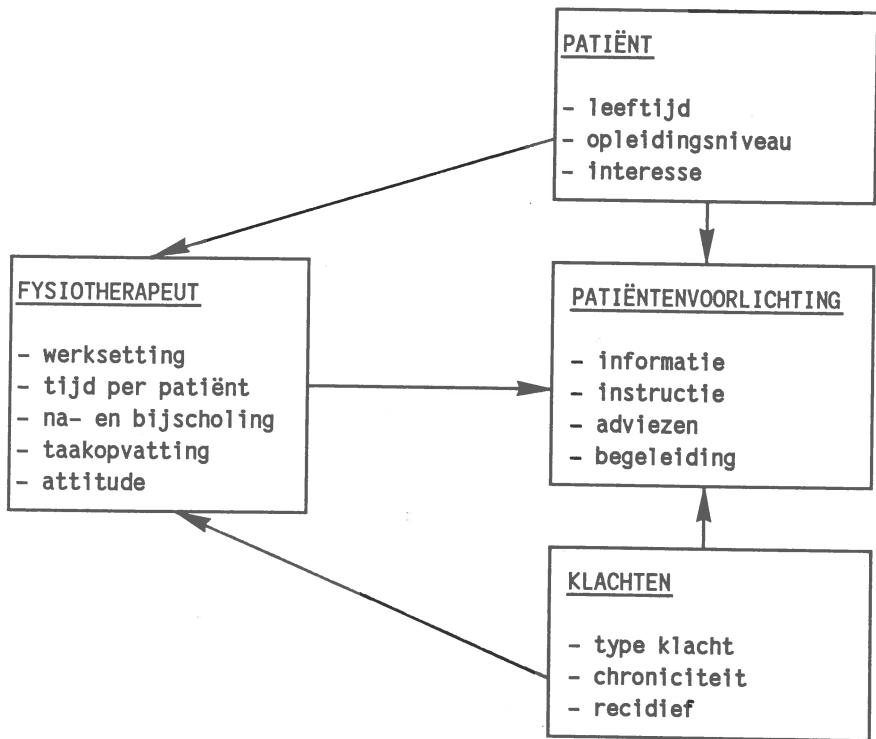
Schema 1: model van het onderzoek.



In het model wordt uitgedrukt dat het geven van patiëntenvoorlichting als het te verklaren verschijnsel wordt beschouwd. Verondersteld wordt dat het geven van patiëntenvoorlichting direct beïnvloed wordt door kenmerken van fysiotherapeuten, door kenmerken van patiënten en door kenmerken van klachten. Daarnaast veronderstellen we een indirecte invloed van patiënt- en klachtkenmerken op het geven

van patiëntenvoorlichting via de interactie met kenmerken van de fysiotherapeut. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat een fysiotherapeut gespecialiseerd is in bepaalde klachten of bijvoorbeeld een voorkeur heeft voor bepaalde typen patiënten wat invloed kan hebben op de wijze van voorlichting geven. De vooronderstellingen die aan het model ten grondslag liggen lichten we kort toe aan de concrete invulling ervan in schema 2.

Schema 2: concrete invulling van het onderzoeksmodel



De veronderstelling dat kenmerken van fysiotherapeuten van invloed kunnen zijn op de aandacht die zij besteden aan patiëntvoorlichting is niet gebaseerd op de fysiotherapeutische literatuur eenvoudigweg omdat deze invalshoek in de vakliteratuur niet voorkomt. We ontleen deze vooronderstellingen dan ook grotendeels aan gesprekken met

fysiotherapeuten en aan onderzoeksresultaten met betrekking tot de werkwijze van huisartsen. Uit deze onderzoeksresultaten blijkt dat zowel structurele kenmerken (zoals werksetting en tijd per patiënt) als persoonlijke kenmerken (zoals taakopvatting en attitude) samenhangen met verschillen in werkwijzen van huisartsen. Zie voor een overzicht hiervan de Overzichtsstudie Onderzoek Eerstelijns (Sluijs, Dopheide en Van der Zee, 1985).

Wat kenmerken van patiënten invloed kunnen hebben op de voorlichting die zij krijgen baseren we op de oriënterende gesprekken met praktiserende fysiotherapeuten. Zonder uitzondering zei men dat de voorlichting sterk afhankelijk was van de patiënt die men voor zich had. Leeftijd, opleiding en interesse van de patiënt lijken in dit opzicht van belang te zijn (zie ook Pendleton and Bochner, 1980). De interesse en de betrokkenheid van de patiënt werkt volgens fysiotherapeuten stimulerend op het geven van voorlichting; een passieve houding daarentegen kan een demotiverende invloed op de fysiotherapeut hebben.

Wat kenmerken van klachten invloed hebben op de voorlichting die door fysiotherapeuten gegeven wordt ligt voor de hand. Informatie die bij rugklachten relevant is is niet per definitie relevant bij een tenniselleboog of een meniscuslaesie. In z'n algemeenheid veronderstellen we dat meer voorlichting gegeven wordt bij klachten waarbij de patiënt veel invloed op het herstel heeft bijvoorbeeld door het doen van huiswerk oefeningen of het aanpassen van de leefwijze.

In het hoofdonderzoek zal gedetailleerder in gegaan worden op het soort voorlichting dat bij verschillende typen klachten relevant wordt geacht. Dit gebeurt op grond van een literatuuronderzoek over dit onderwerp waarvan in een aparte publikatie verslag wordt gedaan (Hijns, 1988).

In het hoofdonderzoek wordt beschreven op welke wijze en met behulp van welke instrumenten kenmerken van fysiotherapeuten, van patiënten en van klachten 'gemeten' worden. In dit rapport staat de operationalisatie van patiëntenvoorlichting centraal. Welke vormen van patiëntenvoorlichting voor de fysiotherapie relevant worden geacht en welke indeling men daarbij kan hanteren wordt in de hoofdstukken 3 en 4 besproken.

2.2. Opzet en vraagstelling van het vooronderzoek

Het vooronderzoek heeft als doel te onderzoeken op welke wijze en met behulp van welke instrumenten vastgesteld kan worden wat fysio-

therapeuten aan patiëntenvoorlichting doen. Omdat op dit gebied nog geen meetinstrumenten voorhanden zijn moeten deze in het vooronderzoek ontwikkeld worden. Welk soort meetinstrument ontwikkeld moet worden is afhankelijk van de onderzoeksmethode die gekozen wordt. Op grond van een aantal, hierna toe te lichten, overwegingen is besloten om twee methoden met elkaar te vergelijken namelijk observatie van audio-opnamen en zelfregistratie door fysiotherapeuten. Deze keuze is gebaseerd op inhoudelijke en op pragmatische gronden. Inhoudelijk lijkt het belangrijk om een zo gedetailleerd mogelijk beeld te krijgen van wat fysiotherapeuten concreet aan patiëntenvoorlichting doen. Uit de tot nu toe gehouden vragenlijst- en interviewonderzoeken blijkt namelijk dat fysiotherapeuten doorgaans zeggen veel aan patiëntenvoorlichting te doen (Kerssens, 1986; Kuiper, 1987; Kok, 1988). Dit roept de vraag op wat dan precies de inhoud van deze patiëntenvoorlichting is. Dit is nauwkeurig vast te stellen door participerende observatie of door observatie van video- of audio-opnamen van fysiotherapiebehandelingen. Pragmatische overwegingen hebben tot de keuze voor audio-opnamen geleid. Het maken van audio-opnamen doet minder inbreuk op het hulpverleningscontact dan participerende observatie en heeft bovendien als voordeel dat de behandeling meerdere malen beluisterd kan worden. Video-opnamen lijken het meest ideaal omdat men dan ook de non-verbale communicatie kan bestuderen, de verwachting is echter dat dit bij veel patiënten op weerstanden stuit gezien het intieme karakter van de behandeling. Zelfregistratie door fysiotherapeuten lijkt eveneens geschikt om de inhoud van de voorlichting te meten. Als blijkt dat zelfregistratie een betrouwbaar beeld geeft van de inhoud van de voorlichting dan is deze methode te verkiezen boven audio-opnamen omdat zelfregistratie minder tijdrovend is. De betrouwbaarheid van zelfregistratie kan onderzocht worden door een vergelijking van audio-opnamen en zelfregistratie wat in dit onderzoek dan ook gebeurt. Op grond van voorgaande overwegingen zijn voor het vooronderzoek de volgende vragen geformuleerd:

1. Hoe kan het verzamelbegrip 'patiëntenvoorlichting' uiteengelegd worden in een aantal zinvolle en voor de fysiotherapie relevante begrippen?
2. Hoe kunnen deze begrippen worden geoperationaliseerd in observeerbare gedragingen?
3. Hoe betrouwbaar kunnen deze gedragingen vastgesteld worden aan de hand van audio-opnamen?
4. Hoe betrouwbaar is de zelfregistratie door fysiotherapeuten ver-

geleken met de audio-opnamen?

5. Welke onderzoeksmethode is uit het oogpunt van doelmatigheid en efficiëntie het meest geschikt om patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten te meten: de observatiemethode of de zelfregistratie door fysiotherapeuten?

Voor het beantwoorden van de vragen is in het vooronderzoek de volgende procedure gevolgd.

Ten behoeve van vraag één - welke begrippen uit de patiëntenvoorlichting zijn voor de fysiotherapie relevant - zijn interviews met praktizerende fysiotherapeuten gehouden en is in de literatuur gezocht naar criteria waaraan de voorlichting door fysiotherapeuten zou moeten voldoen. In hoofdstuk 3 wordt deze literatuur besproken. Omdat literatuur over patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten schaars is, is ook gebruik gemaakt van algemene literatuur over patiëntenvoorlichting. Daarbij is getracht om begrippen uit de algemene patiëntenvoorlichting te vertalen naar de fysiotherapiepraktijk. De interviews dienden ervoor een eerste indruk te krijgen van de relevantie van deze begrippen voor de fysiotherapie.

Het operationaliseren van de begrippen (vraag twee) is gebeurd door het observeren van audio- en video-opnamen van fysiotherapiebehandelingen die waren opgenomen door docenten van de Akademie voor Fysiotherapie te Urecht (Hogeschool Midden-Nederland). Via bestudering van zowel de opnamen als de transcripten van de opnamen is een observatieprotocol ontwikkeld dat 65 concrete voorlichtingsactiviteiten bevat. Na het beluisteren van dertig opnamen werd het observatieprotocol bijgesteld tot de definitieve versie die in hoofdstuk 4 wordt beschreven. Om te onderzoeken of deze voorlichtingsactiviteiten inderdaad relevant zijn voor het fysiotherapeutisch handelen zijn audio-opnamen van fysiotherapiebehandelingen gemaakt. De mate waarin de onderscheiden voorlichtingsactiviteiten voorkomen geeft een indicatie van de relevantie ervan. De resultaten worden in hoofdstuk 5 vermeld.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het observatieprotocol is onderzocht door 33 audio-opnamen door twee onafhankelijke observatoren te laten beoordelen (een fysiotherapeut en een psycholoog). De intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid is vastgesteld door 36 audio-opnamen tweemaal door dezelfde observator te laten beoordelen met een tijdsinterval van ± 6 weken (zie de resultaten in hoofdstuk 6).

Om te onderzoeken wat de betrouwbaarheid is van de zelfregistratie door fysiotherapeuten vergeleken met de audio-opnamen is allereerst een registratieformulier ontwikkeld waarop de fysiotherapeuten aankruisen over welke onderwerpen zij voorlichting geven. Vervolgens is aan de fysiotherapeuten gevraagd om naast de audio-opname ook het registratieformulier in te vullen zodat beide soorten gegevens steeds op dezelfde behandeling betrekking hebben. Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten van de vergelijking tussen audio-opnamen en zelfregistratie.

De keuze van de meest geschikte onderzoeksmethode voor het hoofdonderzoek is, zoals gezegd, afhankelijk van de betrouwbaarheid van zelfregistratie vergeleken met audio-opnamen. Daarnaast zal een tweede keuze gemaakt moeten worden die te maken heeft met het feit dat een fysiotherapeutische behandeling uit meerdere zittingen (vaak 12) bestaat. Men zou alle zittingen van de behandeling op moeten nemen of laten registreren om een beeld te krijgen van alle voorlichting die aan de betreffende patiënt is gegeven. Dit is een kostbare en tijdrovende methode die in het hoofdonderzoek nauwelijks haalbaar lijkt. In het vooronderzoek is daarom onderzocht in welke fase van de behandeling welke voorlichting wordt gegeven. De resultaten hiervan vindt men in hoofdstuk 7.

In de hierna volgende hoofdstukken is steeds een onderscheid gemaakt in fysiotherapeutische behandeling en fysiotherapeutische zitting. Met fysiotherapeutische behandeling bedoelen we de totale behandeling die een patiënt krijgt en met zitting bedoelen we het eenmalige contact tussen fysiotherapeut en patiënt. Een behandeling omvat dus alle zittingen met de patiënt.

3. VERANTWOORDING VAN HET OBSERVATIEPROTOCOL

3.1. Korte schets van de literatuur

Welke aspecten van patiëntenvoorlichting zijn relevant voor de fysiotherapie? is de vraag die in dit hoofdstuk beantwoord wordt. De operationalisaties daarvan volgen in hoofdstuk 4. We beperken ons tot de voorlichting tijdens de behandeling. Andersoortige voorlichtingsactiviteiten zoals groepsgewijze voorlichting (zie onder andere Bonder, 1983; Bertels e.a., 1985; Knibbe, 1987) en bijvoorbeeld zwangerschapsgymnastiek laten we buiten beschouwing.

Ten aanzien van patiëntenvoorlichting zijn door de beroepsgroep nog geen concrete kwaliteitscriteria geformuleerd. In de nota 'De zorg om de kwaliteit van de zorg in de fysiotherapie' pleiten Derijcke e.a. ervoor om de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg zichtbaar te maken door in ieder geval een aantal minimale criteria voor de werkwijze te formuleren, ook ten aanzien van voorlichting geven en informatie verstrekken. Zij pleiten ervoor om de gemeenschappelijke aspecten in de fysiotherapeutische beroepsuitoefening te expliciteren om zo te komen tot wat men noemt een systematisch fysiotherapeutisch handelen dat voor de gehele professie zou moeten gelden. In de Beroepsomschrijving Fysiotherapeut is hiertoe een eerste aanzet gegeven. Hierin worden gemeenschappelijke waarden en normen van de fysiotherapeutische beroepsuitoefening beschreven en wordt de werkwijze geëxpliciteerd. Als uitgangspunt hanteert men daarbij het zogenoemde 'methodisch werken', dat wil zeggen een doelgerichte en systematische werkwijze die uit vier stappen bestaat te weten anamnese, onderzoek, behandelplan en evaluatie. Op grond van anamnese en onderzoek stelt de fysiotherapeut in samenspraak met de patiënt het behandel doel vast, maakt een behandelplan om het doel te bereiken en evalueert het resultaat van de behandeling aan het gestelde doel. De beroepsomschrijving formuleert ten aanzien van elk van deze stappen een aantal taken. In de bespreking daarvan beperken wij ons tot de taken aangaande voorlichting en informatie geven.

- Tijdens de anamnese worden gegevens over de klachten en het functioneren van de patiënt achterhaald. Het is daarbij onder andere de taak van de fysiotherapeut de hulpvraag te verduidelijken en inzicht te krijgen in wat de patiënt verwacht. Zonodig verduidelijkt hij zaken aan de patiënt om diens inzicht te vergroten.

- Het fysiotherapeutisch onderzoek is het vervolg op de anamnese. Daarbij is het onder meer de taak van de fysiotherapeut de uitkomsten van het onderzoek aan de patiënt voor te leggen.
- De anamnese en het onderzoek monden uit in een behandelplan afgestemd op het doel van de behandeling. Bij de totstandkoming van het behandelplan wordt de patiënt, afhankelijk van zijn geestelijke en lichamelijke toestand zoveel mogelijk betrokken. Goede informatieverstrekking over de aard van de aandoening en de behandeling aan de patiënt is onderdeel van het behandelplan.
- Tot slot is het de taak van de fysiotherapeut de behandelingsresultaten te toetsen aan de geformuleerde doelstellingen (evaluatie). Wijziging of bijstellingen van de doelstelling dienen te geschieden in overleg met de patiënt. Bij het beëindigen van de hulpverleningssituatie behoort voorlichting over leefwijzen om hernieuwde klachten te voorkómen of een bestaand niveau van functioneren te handhaven.

Gedurende de gehele behandeling geeft de fysiotherapeut voorlichting over de vorderingen van de patiënt en stimuleert deze tot zelfzorg. (Beroepsomschrijving Fysiotherapeut, 1986).

Petersen (1987) sluit nauw aan bij deze Beroepsomschrijving van de fysiotherapeut. Zij werkt een aantal voorlichtingsaspecten verder uit ten behoeve van de fysiotherapie-opleiding aan de Hogeschool MiddenNederland. Ook zij gaat uit van een methodische werkwijze waarbij de fysiotherapeut zich bij elke fase van de behandeling af zou moeten vragen wat de patiënt op dat moment moet weten en hoe dat verteld kan worden. Concreet betekent dat dat de fysiotherapeut de patiënt bij elke fase informeert over wat hij gaat doen en waarom hij dat gaat doen en dat hij vervolgens zijn bevindingen aan de patiënt meedeelt en controleert of de patiënt de informatie begrepen heeft (zie ook Nicolas, 1987). Deze werkwijze is identiek aan de methodische werkwijze in de huisartsgeneeskunde waar men spreekt van een systematische fasering van het consult (Sluijs en van der Leden, 1988).

In navolging van Dekkers (1981) maakt Petersen een onderscheid in patiënteninformatie, patiënteninstructie, patiënteneducatie en patiëntenbegeleiding. Voor het fysiotherapeutisch handelen omschrijft zij deze begrippen als volgt:

- patiënteninformatie is het overdragen van inzichten en gegevens, die voor de patiënt van belang zijn om te weten en die betrekking hebben op de klachten, de oorzaken, de behandeling en de verwachte gevolgen hiervan;

- patiënteninstructie is het geven van voorschriften en instructie aan de patiënt over wat deze moet doen tijdens onderzoek, behandeling en dagelijkse activiteiten;
- patiënteneducatie is het vergroten van het inzicht van de patiënt in diens situatie, het motiveren en bewerkstelligen van gezonder gedrag en het bevorderen van zelfzorg;
- patiëntenbegeleiding is het steun verlenen aan de patiënt door middel van communicatie bij het ondergaan en verwerken van psychosociale belasting, die samenhangt met aard, behandeling en gevolgen van de klacht.

Petersen stelt dat deze taken inhoudelijk wel van elkaar verschillen maar in de praktijk vanzelfsprekend in elkaar overvloeien. Bij het geven van instructie bijvoorbeeld zal men ook informatie moeten geven over het nut ervan omdat instructie zonder achtergrondinformatie weinig motiverend werkt. Bovendien zal de fysiotherapeut deze taken met de nodige zorg en begrip voor de patiënt en zijn situatie uit moeten voeren zodat begeleiding een continu onderdeel van het fysiotherapeutisch handelen is.

Ook bij Van der Linden (1987) ligt een relatie tussen het model van methodisch werken en patiëntenvoorlichting. Hij gaat vooral in op gedragsverandering van de patiënt en de wijze waarop patiëntenvoorlichting daaraan bij kan dragen. Hij baseert zich daarbij op een model dat voor de huisartsgeneeskunde beschreven is door Hoenen (1986) en dat is afgeleid van een algemener door Kok (1985) ontwikkeld voorlichtingsmodel. Uitgangspunt daarbij is dat de patiënt vier stadia moet doorlopen om tot gedragsverandering te komen namelijk openstaan, begrijpen, willen en doen. Volgens Van der Linden betekent dat voor de fysiotherapeut het volgende:

- Een fysiotherapeut moet er eerst voor zorgen dat de patiënt openstaat voor de informatie die hij verstrekt. Nogal wat patiënten, aldus Van der Linden, hebben een passieve opvatting over ziekte terwijl juist in de fysiotherapie actieve medewerking van de patiënt nodig is om de behandeling te doen slagen.
- Vervolgens moet de informatie op een voor de patiënt begrijpelijke wijze overgebracht worden. Daarbij is het belangrijk rekening te houden met het kennisniveau en het perceptievermogen van de patiënt en aan te sluiten bij datgene wat de patiënt zelf belangrijk vindt.
- Naast openstaan voor en begrijpen van de informatie moeten patiënten ook iets met de informatie willen doen. Een manier om dat te bereiken kan zijn de patiënt daartoe aansporen (motiveren) en

eraan herinneren. Ook is het zinvol de behandelingsvoorschriften en adviezen in te passen in de dagelijkse gewoonten van de patiënt. Geleidelijke invoering van het voorschrift en de voor- en nadelen ervan met de patiënt bespreken is eveneens belangrijk.

- Tot slot kan de fysiotherapeut bevorderen dat de patiënt de adviezen en instructies ook daadwerkelijk opvolgt. Dit hangt in belangrijke mate af van de communicatie tussen fysiotherapeut en patiënt. De basis hiervan vormt wederzijds begrip en vertrouwen en het accepteren van het referentiekader van de patiënt. Essentieel is dat de patiënt heel duidelijk het doel van de behandeling begrijpt evenals het belang van het opvolgen van voorschriften. Regelmatig positieve feedback maakt de kans op succes groter. Daarnaast kan de fysiotherapeut meedenken over de praktische problemen die het opvolgen van adviezen of het doen van huiswerk oefeningen in de weg staan.

Bijna alle hiervoor genoemde aspecten zijn terug te vinden in het onderzoek 'Tijd voor kwaliteit' dat in de periode '82 tot '85 werd uitgevoerd in een aantal Amsterdamse gezondheidscentra (Bertels, Ten Brummeler, Van Dijkum e.a., 1985).

Het onderzoek was erop gericht de kwaliteit van de werkwijze van fysiotherapeuten in kaart te brengen en te evalueren. Uit het onderzoek blijkt dat patiëntenvoorlichting - de auteurs spreken van kennisoverdracht - een grote plaats inneemt in het werk van fysiotherapeuten. Het blijkt een belangrijk middel te zijn om een aantal kwaliteitsaspecten te realiseren zoals preventief werken, zelfstandigheid bevorderen en integrale hulpverlening. Het gaat daarbij vooral om informatie, uitleg en adviezen over de klachten en de wijze waarop men daarmee om kan gaan. Daarnaast kan kennisoverdracht gericht zijn op democratisering en controleerbaarheid. Hierbij is het van belang dat de fysiotherapeut zijn werkwijze expliciteert dat wil zeggen dat hij aan de patiënt verduidelijkt wat hij doet en waarom hij dat doet. Dit aspect komt nog onvoldoende uit de verf is de conclusie. De onderzoekers bevelen een verdere uitwerking van methodisch werken aan. Zij stellen dat methodisch werken noodzakelijk is om de diverse kwaliteitsaspecten te realiseren. (In het onderzoek worden daarnaast nog tal van concrete aanbevelingen gedaan om de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen te verbeteren.)

In de hiervoor besproken literatuur is vooral gekeken naar datgene wat fysiotherapeuten vanuit hun professionele beroepsuitoefening aan patiëntenvoorlichting zouden kunnen of moeten doen. Als aanvulling

daarop kan men kijken naar de voorlichting waar patiënten vooral behoefte aan hebben. Hoewel daar op het gebied van de fysiotherapie weinig van bekend is blijkt in z'n algemeenheid dat patiënten zoveel mogelijk van hun hulpverleners willen weten zowel wat betreft de klachten als wat betreft de behandeling, zo concludeert Ley (1982) in zijn overzichtsartikel. Informatie over de prognose staat daarbij op de eerste plaats volgens Kindelan en Kent (1986). Warmenhoven (1985) komt tot vergelijkbare bevindingen. Zij onderzocht wat Nederlandse patiënten van hun huisarts willen horen en vond als resultaat dat ruim 90% van de patiënten altijd geïnformeerd wil worden over de aard en het verloop van de ziekte en over diverse aspecten van de behandeling. Informatie over de kosten van de behandeling vindt men relatief minder belangrijk.

Een indicatie van de informatie die patiënten van hun fysiotherapeut willen hebben is af te leiden uit enkele scripties over dit onderwerp (Hijningen en Verhagen, 1982; Speek, 1984; Kogelman en de Jong, 1987). Hieruit blijkt dat patiënten ook van hun fysiotherapeut voorlichting over klachten en behandeling belangrijk vinden en relatief minder waarde hechten aan informatie over de duur en de kosten van de behandeling. Patiënten lijken overigens zeer tevreden te zijn over de voorlichting die zij van hun fysiotherapeut krijgen, zo concluderen Kogelman en De Jong. Om de conclusie van deze auteurs te bevestigen is echter grootschaliger onderzoek nodig.

3.2. Vijf voorlichtingsthema's in de fysiotherapie

Op grond van de hiervoor besproken literatuur lijkt het verantwoord om de voorlichting die in de fysiotherapie relevant wordt geacht in vijf thema's in te delen te weten:

1. informatie over diagnose en klachten;
2. instructie van huiswerkoefeningen;
3. adviezen met betrekking tot de klachten;
4. algemene adviezen over ziekte en gezondheid;
5. patiëntenbegeleiding en psychosociale aspecten.

Het eerste thema spreekt voor zich. Informatie over diagnose en klachten heeft als gevolg dat de patiënt inzicht krijgt in wat er precies met hem aan de hand is. Het verstrekken van dergelijke informatie is onderdeel van het behandelplan, zo stelt de Beroepsomschrijving Fysiotherapeut.

Instructie van huiswerkoefeningen beschouwen we als een tweede voorlichtingsthema. Huiswerkoefeningen zijn enerzijds een normaal onder-

deel van veel fysiotherapeutische behandelingen, anderzijds kan men de instructie daarvan ook als een vorm van patiëntenvoorlichting beschouwen. In dat geval kijkt men vooral naar de wijze waarop de instructies worden gegeven. Een juiste wijze van instrueren kan bijdragen aan de therapietrouw van de patiënt (DiMatteo en DiNicola, 1982).

Het derde en het vierde thema zijn nauw aan elkaar verwant. In beide gevallen gaat het om de adviezen die de fysiotherapeut geeft. Bij het derde thema staan de klachten van de patiënt centraal. Hier worden adviezen bedoeld die gericht zijn op bevordering van herstel, en op het voorkomen van een opnieuw optreden van de klachten.

Algemene adviezen over ziekte en gezondheid (thema vier) hebben een meer GVO-achtig karakter. Dergelijke adviezen benaderen het dichtst datgene wat Dekkers onder 'patiënteneducatie' verstaat. Omdat echter moeilijk vast te stellen is welke adviezen wel en welke geen educatief karakter hebben hanteren we in het onderzoek de term 'adviezen'.

Als vijfde thema onderscheiden we patiëntenbegeleiding en min of meer in het verlengde daarvan het bespreken van de psychosociale aspecten die met de klachten in verband staan. Begeleiden van de patiënt is de patiënt steun verlenen bij de psychische belasting die de klachten met zich meebrengt. Met het bespreken van psychosociale aspecten bedoelen we niet dat de fysiotherapeut psychotherapie zou moeten bedrijven maar wel dat hij de patiënt inzicht geeft in de wijze waarop spanningen of problemen kunnen samenhangen met lichamelijke klachten.

In het volgende hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze deze vijf voorlichtingsthema's in observeerbaar gedrag vertaald zijn.

Blijkens de hiervoor besproken literatuur is het niet alleen belangrijk dat fysiotherapeuten voorlichting geven maar is het eveneens van belang dat dit geschiedt binnen bepaalde randvoorwaarden die als het ware de kwaliteit van de voorlichting verhogen. Twee randvoorwaarden die relevant worden geacht zijn het zogenoemde methodisch werken en een goede relatie tussen fysiotherapeut en patiënt. We lichten beide aspecten toe.

Methodisch werken betekent een systematische en doelgerichte wijze van werken (Holten-Vriesema, Tompot, Van Aalderen e.a., 1978). Voor fysiotherapeuten betekent dit dat men een behandel doel formuleert en op een weloverwogen en systematische wijze probeert dat doel te bereiken. Methodisch werken betekent daarnaast dat men deze werkwijze

aan de patiënt duidelijk maakt. Bertels e.a. spreken dan ook van 'controleerbaar' werken.

Het eerste aspect, doelgericht werken, is aan de hand van audio-band-nauwelijks te beoordelen: een fysiotherapeut kan heel goed een plan in zijn hoofd hebben zonder dat dat op de audio-band te horen is. Het tweede aspect, de werkwijze aan de patiënt verduidelijken, is wel te beoordelen. Het gaat er daarbij om dat de fysiotherapeut zijn eigen handelen expliciteert dat wil zeggen aan de patiënt uitleg geeft over de behandeling en de werkwijze die hij toepast. In feite gaat het hier om een vorm van informatie-overdracht en in die zin kan dit aspect van methodisch werken dan ook als een aspect van patiëntenvoorlichting beschouwd worden. In het vervolg van dit rapport noemen we dit aspect "informatie met betrekking tot methodisch werken". Door het verstrekken van dergelijke informatie laat men de patiënt merken dat hij serieus genoemd wordt en wordt de patiënt optimaal bij de behandeling betrokken, aldus Bertels e.a. Hierdoor schept men als het ware de voorwaarden om de andere vormen van patiëntenvoorlichting te realiseren.

Een tweede randvoorwaarde om patiëntenvoorlichting tot zijn recht te laten komen is een goede relatie tussen fysiotherapeut en patiënt. Met een goede relatie bedoelen we dat fysiotherapeut en patiënt elkaar accepteren en vertrouwen zodat openlijke informatie-uitwisseling mogelijk wordt. In die zin schept een goede relatie het juiste klimaat voor patiëntenvoorlichting en draagt bovendien bij aan de tevredenheid en de therapietrouw van de patiënt.

Ook hier geldt, net als bij methodisch werken dat het via audio-opnamen nauwelijks te beoordelen is of fysiotherapeut en patiënt elkaar accepteren en vertrouwen. Een nadeel van de audio-opnamen is bovendien dat de non-verbale communicatie verloren gaat. In dit onderzoek zullen we dan ook af moeten gaan op verbale gedragingen die een indicatie geven van de relatie tussen fysiotherapeut en patiënt zoals de 'verbale' interesse die de fysiotherapeut toont en de wijze waarop hij de patiënt bij de behandeling betreft. In het volgende hoofdstuk gaan we hier concreter op in.

4. HET OBSERVATIEPROTOCOL

4.1. Inleiding

De operationalisaties van de voorlichtingsthema's vormen te zamen het observatieprotocol. We zijn ervan uitgegaan dat het protocol toepasbaar moet zijn op elke zitting dat wil zeggen op elk individueel contact tussen fysiotherapeut en patiënt. Dit heeft als consequentie dat het observatieprotocol een aantal voorlichtingscategorieën vermeldt die in sommige zittingen niet van toepassing zijn omdat deze categorieën alleen in de eerste of in de laatste zitting relevant zijn. Het protocol geeft dus geen normen waar elke zitting aan moet voldoen maar een opsomming van mogelijk voorlichtingscategorieën. Alle details en alle voorbeelden vindt men in bijlage 1, pagina 81. We volstaan hier met de grote lijnen.

4.2. Informatie met betrekking tot methodisch werken

Uit het oogpunt van patiëntenvoorlichting onderscheiden we aan de informatie met betrekking tot methodisch werken vier aspecten die hierna worden toegelicht namelijk:

- markering van de fasen;
- systematische informatie over de behandeling;
- informatie over werkwijze en behandelvorm;
- meedelen van bevindingen.

Markering van de fasen

In een fysiotherapeutische zitting is een aantal fasen te onderscheiden die, als men de principes van methodisch werken volgt, elkaar op een systematische en logische wijze opvolgen. De volgorde in de fysiotherapeutische behandeling is doorgaans analoog aan de consultvoering in de huisartspraktijk namelijk intake, anamnese, onderzoek, therapie, afronding en evaluatie. Met markering van de fasen wordt bedoeld of de fysiotherapeut aankondigt wat hij in elke fase gaat doen. Als hij dat doet verschaft hij de patiënt meer inzicht in de behandeling en wordt het de patiënt bijvoorbeeld duidelijk wanneer het onderzoek ophoudt en de oefentherapie begint. Vanzelfsprekend komen niet in elke zitting alle fasen voor. Het gaat er alleen om dat als een nieuwe fase begint dit aan de patiënt wordt verduide-

lijkt. Voorbeelden van het markeren van de fasen zijn gegeven op bijlage 1, pagina 88.

Systematisch informatie over de behandeling

Ten aanzien van de systematische informatie over de behandeling zijn vier observatiecategorieën op het protocol opgenomen die verwijzen naar de informatie die de fysiotherapeut verschaft over:

1. het behandelplan van de zitting;
2. het behandelplan van de behandeling;
3. de duur van de behandeling;
4. evaluatie van de behandeling.

Het bespreken van het behandelplan van de zitting betekent dat de fysiotherapeut aan de patiënt vertelt wat hij in deze zitting gaat doen zodat de patiënt weet waar hij aan toe is. Ditzelfde geldt voor het bespreken van het behandelplan van de behandeling waarin het doel en het verloop van de totale behandeling aan de orde komt. Dit vindt doorgaans tijdens de eerste zitting plaats. Evaluatie van de behandeling is het bespreken van het resultaat van de behandeling in de laatste zitting vergeleken met de beginsituatie. Tussentijdse evaluatie en eventuele bijstellingen van het behandelplan kunnen op elk moment in de behandeling plaatsvinden.

Informatie over werkwijze en behandelvorm

Informatie over werkwijze en behandelvorm is de patiënt inzicht geven in wat de fysiotherapeut doet en waarom hij dat doet; met andere woorden het expliciteren van eigen handelen. Hieronder valt ook informatie over de behandelvorm(en) die de fysiotherapeut toepast en uitleg over de werking en het doel van de behandelvorm. Door dergelijke informatie wordt de patiënt actief bij de behandeling betrokken en krijgt hij meer inzicht in het genezingsproces.

In het protocol is opgenomen of de fysiotherapeut informatie en uitleg geeft over:

5. het onderzoek;
6. de oefentherapie;
7. massage;
8. fysioteknik;
9. bijverschijnselen;
10. overig.

Informatie over onderzoek is bijvoorbeeld uitleggen dat je spierkracht aan het testen bent of dat je links en rechts met elkaar vergelijkt.

De uitleg over behandelvormen kan ook betrekking hebben op uitleg over apparaten of materialen die de fysiotherapeut gebruikt. Informatie over bijverschijnselen is het voorbereiden van de patiënt op mogelijke nareacties op de behandeling zoals pijn of zwellingen.

Meedelen van bevindingen

Met het meedelen van bevindingen van anamnese, onderzoek en behandeling bedoelen we dat de fysiotherapeut na (of tijdens) een fase aan de patiënt verduidelijkt wat hij op dat moment van de klachten denkt en zonodig checkt of de patiënt hem goed begrijpt. Lag het accent in de vorige categorieën op de werkwijze van de fysiotherapeut, hier ligt het accent op de klachten of de toestand van de patiënt zelf. Ook als de fysiotherapeut na de anamnese bijvoorbeeld tegen een patiënt zegt dat hij nog weinig over de klachten kan zeggen is dat het meedelen van bevindingen omdat hij daardoor de patiënt toch laat merken wat zijn gedachtengang is.

Op het protocol is opgenomen of de fysiotherapeut aan de patiënt meedeelt:

11. de bevindingen van intake of anamnese;
12. de bevindingen van het onderzoek;
13. de bevindingen van de therapie.

4.3. Informatie over diagnose en klachten

Informatie over diagnose of klachten is het overdragen van inzichten en gegevens die voor de patiënt van belang zijn. Enerzijds heeft de patiënt er recht op te weten wat er met hem aan de hand is, anderzijds zal de patiënt beter aan het genezingsproces mee kunnen werken als hij inzicht in zijn klachten heeft. Op het protocol zijn de volgende categorieën opgenomen (zie bijlage 1 pag. 98).

De fysiotherapeut geeft informatie over:

14. diagnose of klachten;
15. mogelijke oorzaken van de klachten;
16. de prognose of het vermoedelijke verloop;
17. de fysiotherapeut gebruikt illustratief materiaal;
18. overig.

Informatie over diagnose en klachten gaat vaak gepaard met algemene anatomische uitleg. Ook dergelijke uitleg wordt hier bedoeld. Soms is de oorzaak van de klachten onduidelijk en is het verloop niet erg voorspelbaar. Het bespreken van deze onduidelijkheid of onvoorspelbaarheid is ook een vorm van informatie geven. Met illustratief materiaal worden alle hulpmiddelen bedoeld die de fysiotherapeut ter ondersteuning van zijn uitleg kan gebruiken zoals atlas, skelet en tekeningen. Onder overige informatie over diagnose en klachten valt bijvoorbeeld uitleg over de verwijfsbrief van de huisarts of uitleg over röntgenfoto's.

4.4. Instructie van huiswerkoefeningen

Op het observatieprotocol beperken we ons wat instructie betreft tot instructie van de oefeningen die de patiënt thuis moet doen. Het geven van adviezen wordt in paragraaf 4.5 als aparte activiteit behandeld omdat adviseren anders van karakter is dan instrueren. Juist omdat huiswerkoefeningen zo'n wezenlijk onderdeel vormen van veel fysiotherapeutische behandelingen is de wijze waarop de fysiotherapeut de patiënt instrueert van groot belang.

Op het protocol wordt aangetekend of de fysiotherapeut aandacht besteedt aan de volgende aspecten:

19. welke oefeningen de patiënt moet doen;
20. aantal malen dat de oefening per keer uitgevoerd moet worden;
21. hoe vaak per dag geoefend moet worden;
22. op welke wijze de oefening uitgevoerd moet worden;
23. de opbouw van het oefenprogramma;
24. de opbouw van de oefening;
25. wordt een stencil of drukwerk met oefeningen meegegeven;
26. geeft de fysiotherapeut zelfgeschreven instructies mee;
27. zijn de oefeningen aangepast aan de situatie van de patiënt;
28. wordt de patiënt gemotiveerd om thuis te oefenen;
29. controleert de fysiotherapeut hoe het oefenen thuis gegaan is;
30. wordt een oplossing gezocht als het oefenen problemen geeft;
31. overig.

Bij de eerste vier items gaat het erom of de fysiotherapeut precies tegen de patiënt vertelt wat hij moet doen en op welke wijze geoefend moet worden. Ook het aanleren van de oefening hoort daarbij. Dit verschilt per individu. Een stencil of drukwerk kan voorkomen

dat de oefeningen vergeten worden en als de fysiotherapeut daar zelf nog aanwijzingen bijschrijft geeft hij een persoonlijke noot aan de instructie. Uit de literatuur blijkt dat daardoor voorschriften beter worden opgevolgd. De oefeningen aanpassen aan de situatie van de patiënt betekent overleggen met de patiënt of suggesties geven over de wijze waarop de oefeningen in het dagelijkse leven van de patiënt ingepast kunnen worden.

De patiënt motiveren kan op velerlei manieren. In z'n algemeenheid komt het erop neer dat de fysiotherapeut de patiënt aanspoort om te oefenen door het belang ervan duidelijk te maken en regelmatig positieve feedback te geven. Met controleren bedoelen we dat de fysiotherapeut aan de patiënt vraagt hoe het oefenen gegaan is. Ook kan hij de patiënt vragen de oefeningen nog eens voor te doen. Dit laatste biedt de mogelijkheid correcties aan te brengen en de fysiotherapeut laat daarmee tevens merken hoe belangrijk hij de oefeningen vindt. Ook biedt het de mogelijkheid om samen met de patiënt naar oplossingen te zoeken als regelmatig oefenen een probleem blijkt te zijn. Overigens is het ook voor de fysiotherapeut van belang om te weten of de patiënt regelmatig geoefend heeft voor een juiste evaluatie van zijn behandeling.

4.5. Adviezen en uitleg met betrekking tot de klachten

Onder adviseren verstaan we de patiënt aanwijzingen en suggesties geven die kunnen bijdragen aan vermindering of voorkoming van de klachten. De patiënt krijgt daardoor inzicht in wat goed en wat slecht voor hem is.

Op het protocol wordt aangetekend of de fysiotherapeut adviezen en uitleg geeft met betrekking tot de volgende onderwerpen:

32. rust;
33. houding en beweging;
34. werk, sport, hobby;
35. dagelijkse bezigheden;
36. zelfzorg en huismiddelen;
37. hulpmiddelen;
38. andere hulpverleners;
39. huisarts en specialist;
40. motiveren;
41. controleren;
42. oplossingen;

43. overig.

De toelichting kan kort blijven omdat de items voor zich spreken (zie ook de voorbeelden in bijlage 1, pag. 105). Bij adviezen over houding en beweging gaat het niet alleen om zitten, staan en lopen maar ook om het aanleren van een juiste wijze van bukken of tillen. Met andere hulpverleners bedoelen we zowel professionele als niet-professionele hulpverleners. Hieronder valt ook de patiënt wijzen op het bestaan van patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen, buurtactiviteiten en dergelijke. Huisarts en specialist zijn apart vermeld omdat het hier doorgaans een (terug)verwijzing betreft waarbij de fysiotherapeut uitlegt wat er verder gedaan gaat worden.

Motiveren, controleren en oplossingen zoeken hebben dezelfde betekenis als hiervoor beschreven bij de huiswerk oefeningen. Het gaat er nu om of de fysiotherapeut de patiënt aanspoort zijn adviezen op te volgen, of hij vraagt of het gelukt is om de adviezen op te volgen en of hij samen met de patiënt oplossingen zoekt als deze daar problemen mee heeft.

4.6. Algemene uitleg en adviezen over ziekte en gezondheid

Ging het bij de vorige items om adviezen en uitleg met betrekking tot de klachten van de patiënt, hier gaat het om algemene uitleg over ziekte en gezondheid. De uitleg die hier bedoeld wordt kan men beschouwen als een vorm van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding vanwege het algemene karakter ervan. Het onderscheid laat zich het best met een voorbeeld verduidelijken. "De eerste 14 dagen liever niet volleyen" is een advies met betrekking tot de klachten van de patiënt; "zwemmen is goed om een betere conditie te krijgen" is een algemeen advies over gezond gedrag (zie bijlage 1, pag. 110).

Op het protocol wordt een onderscheid gemaakt in uitleg en adviezen over:

- 45. bewegen of sporten;
- 46. voeding en gewicht;
- 47. roken, alcohol en drugs;
- 48. medicijnen;
- 49. ziekte en gezondheid in het algemeen;
- 50. motiveren;
- 51. controleren;
- 52. oplossingen;

53. overig.

Hoewel deze algemene gezondheidsadviezen doorgaans een vrijblijvender karakter hebben dan adviezen met betrekking tot de klachten kan het ook hier zinvol zijn de patiënt te motiveren de adviezen op te volgen, vragen welke problemen zich daarbij voordoen en samen met de patiënt naar oplossingen zoeken of de patiënt stimuleren zelf oplossingen te zoeken.

4.7. Begeleiding van de patiënt

Onder begeleiding verstaan we de patiënt inzicht geven in en steun verlenen bij de psychosociale belasting die met de klachten samenhangt. De fysiotherapeut kan dat doen door naar de patiënt te luisteren en begrip of meedelevens te tonen. Ook kan hij zich daarin actiever opstellen door te exploreren waar de patiënt mee zit en te trachten de problemen voor de patiënt te verduidelijken. Zonodig kan hij samen met de patiënt naar oplossingen zoeken of de patiënt stimuleren zelf oplossingen te bedenken.

Op het protocol onderscheiden we de volgende onderwerpen:

- 55. de relatie tussen spanningen en klachten;
- 56. psychosociale problemen van de patiënt;
- 57. begeleiding met betrekking tot de klachten;
- 58. overige persoonlijke gesprekken.

Bij het eerste item gaat het om inzicht in de relatie tussen spanningen en klachten in z'n algemeenheid bijvoorbeeld informatie over lichamelijke reacties bij stress. Dit onderwerp kan besproken worden zonder dat de patiënt zelf last heeft van spanningen of psychosociale problemen. In het tweede item staan de problemen van de patiënt zelf centraal dat wil zeggen die psychosociale of levensproblemen waar de patiënt op dat moment mee zit. Begeleiding met betrekking tot de klachten heeft uitsluitend betrekking op de problemen die direct uit de lichamelijke klachten van de patiënt voortvloeien zoals problemen met betrekking tot bewegingsbeperking of het leren accepteren van handicaps. Gesprekken over psychosociale aspecten die niet in een van de genoemde items thuishoren worden in de vierde categorie ondergebracht onder de noemer 'persoonlijke gesprekken' (zie de voorbeelden in bijlage 1, pag. 115).

4.8. Relatie fysiotherapeut-patiënt

De relatie tussen hulpvrager en hulpverlener speelt een belangrijke rol bij de tevredenheid en de therapietrouw van patiënten (DiMatteo en DiNicolai, 1982). Vooral als het gaat om lange termijn adviezen zoals in de fysiotherapie regelmatig het geval is kan de relatie tussen fysiotherapeut en patiënt ertoe bijdragen dat adviezen beter worden opgevolgd (Petersen, 1987). In die zin opgevat draagt de relatie bij aan de kwaliteit van de voorlichting die de fysiotherapeut geeft. Hoewel nonverbale communicatie daarin een belangrijke rol speelt geven ook audio-opnamen een indicatie van de wijze waarop de fysiotherapeut met de patiënt omgaat. Daartoe zijn de volgende observatiecategorieën op het protocol opgenomen:

- 60. positieve feedback geven;
- 61. aandacht voor ongemak en pijn;
- 62. patiëntgerichte interesse;
- 63. klachtgerichte interesse;
- 64. inbreng geven aan de patiënt.

Met positieve feedback bedoelen we het belonen van de patiënt voor de inspanningen die hij zich getroost of voor de wijze waarop hij geoefend heeft. Bij aandacht voor ongemak en pijn gaat het er bijvoorbeeld om of de fysiotherapeut de patiënt voorbereidt op een pijnlijk onderzoek of een pijnlijk onderdeel van de behandeling. Het verschil tussen patiëntgerichte interesse en klachtgerichte interesse is dat het in het eerste geval gaat om de persoonlijke betrokkenheid van de fysiotherapeut bij de patiënt zoals dat bijvoorbeeld blijkt uit aandacht en belangstelling en de ontspannen sfeer tijdens de behandeling. Klachtgerichte interesse zou men ook professionele of vakgerichte interesse kunnen noemen. We bedoelen daarmee de actieve wijze waarop en de inzet waarmee de fysiotherapeut de behandeling uitvoert. De categorie: inbreng geven aan de patiënt tenslotte verwijst naar de mate waarin de fysiotherapeut de patiënt bij de behandeling betreft door bijvoorbeeld te vragen naar of in te gaan op ideeën en meningen van de patiënt (zie bijlage 1, pag. 118).

4.9. De patiënt

Het observatieprotocol is bedoeld om vast te leggen wat de fysiotherapeut aan patiëntenvoorlichting doet. Derhalve ligt het accent op

het gedrag van de fysiotherapeut. Hoewel elk gesprek beïnvloed wordt door beide partijen is dit interactieproces in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten om het onderzoek niet te omvangrijk en te onoverzichtelijk te maken. Ten aanzien van de patiënt wordt alleen beoordeeld hoe betrokken en geïnteresseerd hij in de behandeling is omdat deze houding volgens de geïnterviewde fysiotherapeuten direct van invloed is op het geven van voorlichting. Op het protocol zijn daartoe drie categorieën opgenomen:

- aantal vragen van de patiënt;
- aantal initiatieven van de patiënt;
- actieve versus passieve houding van de patiënt.

Met initiatieven bedoelen we de initiatieven die de patiënt neemt om een onderwerp ter sprake te brengen. Ook wordt aangetekend welk onderwerp dat is en of de fysiotherapeut daar wel of niet op ingaat. Datzelfde geldt voor de vragen die de patiënt stelt.

Los van het observatieprotocol zijn meer gegevens van de patiënt bekend die door de fysiotherapeut geregistreerd zijn onder andere leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van de patiënt en gegevens over verwijdsdiagnose en klachten. We gaan daar bij het bespreken van de resultaten verder op in.

4.10. Wijze van invullen van het observatieprotocol

De wijze waarop het observatieformulier ingevuld wordt is in detail in bijlage 1 beschreven. We volstaan hier met de grote lijnen. Allereerst wordt de zitting in fasen ingedeeld om te onderzoeken in welke fase de voorlichting wordt gegeven. We maken een onderscheid in intake (= begroeting), anamnese, onderzoek, behandeling en afronding. Als op de audioband het onderscheid tussen de verschillende fasen niet duidelijk is gebruiken we de term 'overig'. Niet alle fasen komen in elke zitting voor zodat aangetekend wordt welke fasen voorkomen en in welke volgorde de fasen voorkomen (zie bijlage 1, pag. 86).

De tijdsduur van de zitting wordt genoteerd. Deze tijden zijn berekend aan de hand van de tellerstanden van de cassetterecorder. Er is bij het afluisteren van de banden één en dezelfde cassetterecorder gebruikt om afwijkingen in tellerstanden uit te sluiten. Onderbrekingen door telefoongesprekken van de fysiotherapeuten zijn apart

vermeld en ook is aangetekend of de audio-opname volledig is dat wil zeggen dat de opname start bij binnenkomst van de patiënt en stopt als de patient weer vertrekt.

Van elke fase in de zitting wordt beoordeeld of de fysiotherapeut aan de patiënt vertelt wat hij in die fase gaat doen. We noemen dat markering van de fasen.

Welke voorlichting de fysiotherapeut geeft komt tot uiting in de 65 onderwerpen die in het protocol genoemd zij. Daarbij wordt ook aangetekend in welke fase van de zitting de voorlichting gegeven wordt zodat een overzicht ontstaat van welke onderwerpen doorgaans in welke fase van de zitting ter sprake komen. Zie voor de wijze van scoren noot 1, pag. 75.

Bij het geven van voorlichting hanteren we als eenheid het aantal aspecten waarover gesproken wordt. Als de fysiotherapeut bijvoorbeeld bij het geven van een advies uitlegt wat de patiënt moet doen, op welke wijze hij dat moet doen en waarom hij dat moet doen dan wordt de score drie gegeven omdat drie aspecten van het advies belicht zijn. De score drukt daarmee uit hoeveel aandacht aan het betreffende advies besteed is.

Daarnaast wordt aangetekend of de informatie op een inzichtelijke wijze gegeven wordt. Dit laatste komt tot uiting in de wijze waarop de fysiotherapeut de informatie verduidelijkt. Bij de resultaten spreken we dan ook van het aantal malen dat de fysiotherapeut informatie geeft en het aantal malen dat de fysiotherapeut de informatie verduidelijkt (zie bijlage 1, pag. 89).

Ten aanzien van de adviezen die de fysiotherapeut geeft maken we in navolging van Van Busschbach (1986) een onderscheid in drie manieren waarop over een onderwerp gepraat kan worden namelijk

- a. in de vorm van een advies of in de vorm van uitleg;
- b. in specifieke termen of in globale termen en;
- c. of het gaat om een dwingend dan wel een vrijblijvend advies.

Zie voor de omschrijving bijlage 1, pagina 104. Bij het bespreken van de resultaten zullen we wat dieper op dit onderscheid ingaan.

5. RESULTATEN

5.1. Materiaal en methode

Om de bruikbaarheid van het observatieprotocol te onderzoeken zijn 227 audio-opnamen van fysiotherapiezittingen aan de hand van het protocol beoordeeld. De opnamen zijn afkomstig van zes fysiotherapeuten (twee vrouwen en vier mannen). Vijf fysiotherapeuten werken in een particuliere praktijk en de zesde is werkzaam in een gezondheidscentrum. De praktijken zijn gevestigd in een grote, een middelgrote en een kleine stad. De leeftijd van de fysiotherapeuten ligt tussen 25 en 40 jaar. De fysiotherapeuten hebben van totaal 25 patiënten de gehele behandeling opgenomen, dat wil zeggen alle zittingen. De fysiotherapeuten bedienden zelf de cassetterecorder die in de behandelruimte stond opgesteld. Aan de patiënten werd vooraf toestemming voor de opnamen gevraagd waarbij niemand heeft geweigerd. De fysiotherapeuten selecteerden zelf de patiënten van wie zij de behandeling opnamen. Hiermee werd voorkomen dat we teveel opnamen van buitenlandse patiënten zouden krijgen met moeilijk verstaanbare gesprekken. Omdat de gegevens betrekking hebben op zes fysiotherapeuten en omdat de patiënten door de fysiotherapeuten zelf geselecteerd zijn is er geen sprake van een representatief beeld.

De patiënten variëren in leeftijd van 23 tot 68 jaar. 16 patiënten zijn vrouw en negen patiënten zijn man. De klachten van de patiënten betreffen vooral rugklachten (11), nek en/of schouderklachten (9), been of knieklachten (4) en algemene klachten (1).

De helft van de patiënten heeft drie maanden of langer last van de klachten, bij vijf patiënten duren de klachten al meer dan een jaar.

De opgenomen behandelingen bestaan gemiddeld uit negen zittingen waarbij de kortste behandeling twee zittingen bedraagt en de langste 20. De gemiddelde duur per zitting is 22.5 minuut met een variatie van drie minuten (de patiënt komt alleen vertellen dat hij beter is) tot 49 minuten. De tijd betreft alleen het directe behandelcontact met de patiënt; administratief werk en telefonisch overleg en dergelijke is niet op de audioband opgenomen en blijft in dit onderzoek buiten beschouwing.

De verschillende activiteiten die een fysiotherapeut verricht zoals intake, anamnese, onderzoek, oefentherapie en dergelijke zijn in dit

onderzoek 'fasen' genoemd. Zie voor de omschrijving daarvan bijlage 1, pagina 86. Hoe vaak een activiteit (lees: een fase) in elke zitting voorkomt ziet men in tabel 5.1.

Tabel 5.1: aantal zittingen waarin de verschillende fasen voorkomen
(n = 227)

	aantal zittingen	percentage
- intake	213	94%
- anamnese	90	40%
- onderzoek	118	52%
- massage	105	46%
- oefentherapie	122	54%
- fysiotechniek	45	20%
- gesprek	20	9%
- overig	68	30%
- afronding	212	93%

In de 227 zittingen komen in totaal 993 fasen voor, dat betekent gemiddeld 4.4 fasen per zitting. Bijna altijd is dat de intake en de afronding en een combinatie van de overige fasen. In 54% van de zittingen is oefentherapie als aparte fase benoemd.

De fasen die we 'overig' en 'gesprek' genoemd hebben behoeven enige toelichting. In de categorie 'overig' zijn alle activiteiten ondergebracht die niet duidelijk tot een van de andere fasen gerekend konden worden. Regelmatig was op de audio-opname niet goed te horen waar de fysiotherapeut mee bezig was of was de overgang tussen onderzoek en oefentherapie voor de observatoren niet duidelijk. In dergelijke gevallen werd de fase 'overig' gebruikt. Een 'gespreksfase' is alleen als aparte fase benoemd als de fysiotherapeut zijn normale activiteiten onderbrak om met de patiënt te praten; hij gaat er als het ware voor 'zitten'. Vanzelfsprekend is alle voorlichting die de fysiotherapeut geeft genoteerd. Dus zowel de voorlichting tijdens de gespreksfase als de voorlichting tijdens de behandeling.

5.2. De inhoud van de voorlichting

In deze paragraaf gaat het om de vraag of de operationalisaties van patiëntenvoorlichting zoals die op het protocol gedefinieerd zijn te

herkennen zijn in de werkwijze van fysiotherapeuten. Daartoe beschrijven we in hoeveel zittingen voorlichting over elk onderwerp gegeven wordt. Ook vermelden we hoe vaak de patiënt zelf het onderwerp ter sprake brengt of daar vragen over stelt, om zicht te krijgen op de onderwerpen waar patiënten vooral in geïnteresseerd zijn. We maken bij de presentatie van de gegevens geen onderscheid in typen fysiotherapeuten en typen patiënten omdat deze aantallen te klein zijn om zinvolle selecties te kunnen maken; deze verschillen komen in hoofdstuk 7 aan de orde. In de tabellen 5.2 tot en met 5.9 is per thema vermeld in hoeveel zittingen voorlichting over het betreffende item gegeven is.

Tabel 5.2: aantal zittingen waarin fasen gemarkeerd worden

	geen markering		wel markering		(n)
- anamnese	77	86%	13	14%	(90)
- onderzoek	25	21%	93	79%	(118)
- massage	82	78%	23	22%	(105)
- oefentherapie	63	52%	59	48%	(122)
- fysioteknik	16	36%	29	64%	(45)
- gesprek	14	70%	6	30%	(20)
- overig	60	88%	8	12%	(68)

Markering van de fase betekent dat de fysiotherapeut aan de patiënt vertelt wat hij in die fase gaat doen. Het aantal zittingen is per fase wisselend omdat markering niet van toepassing is als de fase niet voorkomt. Uit de gegevens blijkt dat de fysiotherapeuten doorgaans (79%) aankondigen dat zij onderzoek gaan verrichten terwijl ook fysioteknik en oefentherapie vaak aangekondigd worden (respectievelijk 64% en 48%). Dit geldt niet voor massage en anamnese. Bij massage gaat men er waarschijnlijk van uit dat de patiënt na de eerste zitting wel weet wat er gaat gebeuren. Ook komt het in de praktijk vaak voor dat de patiënt al op de bank gaat liggen voordat de fysiotherapeut wat heeft gezegd.

Of markering van de anamnese in alle gevallen relevant is kan men betwijfelen. Het kan relevant zijn als fysiotherapeut en patiënt op een ander spoor zitten bijvoorbeeld als de fysiotherapeut gerichte informatie nodig heeft terwijl de patiënt denkt dat hij de achtergronden van zijn klachten moet vertellen. Markering van de afronding is niet in het protocol opgenomen omdat we ervan uitgaan dat de fy-

siotherapeut altijd aan de patiënt laat weten wanneer de zitting afgelopen is.

Al met al kunnen we constateren dat markering van de fasen in de fysiotherapeutische behandeling te herkennen is maar niet als standaard werkwijze van fysiotherapeuten kan worden beschouwd, getuige de lage percentages bij massage, anamnese en gesprek en ook wel bij oefentherapie. Het kan overigens zo zijn dat markering van fasen ook op een non-verbale manier plaatsvindt. Op de audiobanden is dat niet te achterhalen zodat hier misschien van een onderrapportage sprake is.

Tabel 5.3: aantal zittingen met systematische informatie over de behandeling en met vragen en initiatieven van de patiënt

	geen informatie		wel informatie		vragen of initiatieven patiënt*	
1. behandelplan zitting	150	66%	76	34%	0	-
2. behandelplan behandeling	187	89%	24	11%	0	-
3. duur behandeling	160	71%	66	29%	24	36%
4. evaluatie behandeling	102	49%	106	51%	62	58%

* gepercenteerd over de zittingen waarin informatie gegeven wordt.

Het zal de lezer opvallen dat het aantal zittingen (N) in de tabellen wisselend is: dit is veroorzaakt doordat de observatoren per item beoordeelden of informatie over dit item in deze zitting wel of niet van toepassing was. Als de informatie niet van toepassing was is de zitting niet meegeteld in de berekening. Bij alle items speelt dit een rol.

In 51% van alle zittingen evalueert de fysiotherapeut de behandeling met de patiënt, dat wil zeggen bespreekt hij in hoeverre de klachten verbeterd zijn vergeleken met de beginsituatie of vergeleken met een paar weken terug. In eenderde van de zittingen wordt informatie over het behandelplan van de zitting gegeven, dat wil zeggen dat de fysiotherapeut meedeelt wat er in de zitting gaat gebeuren. De duur van de behandeling komt in 29% van de zittingen ter sprake. Of het vooral de eerste zittingen zijn waarin deze informatie wordt verstrekt wordt in hoofdstuk 7 geanalyseerd.

Behalve de vragen die de patiënt stelt zijn ook de initiatieven van de patiënt genoteerd. Een initiatief betekent dat de patiënt het betreffende onderwerp aankaart. Het aantal zittingen waarin een patiënt een vraag over het betreffende onderwerp stelt of het onderwerp zelf ter sprake brengt is in kolom 5 vermeld. De percentages in kolom 6 hebben alleen betrekking op de zittingen waarin informatie over het onderwerp is gegeven (kolom 3).

Het onderwerp waar de patiënt het meest frequent over begint is evaluatie van de behandeling. Vaak met opmerkingen als "ik vind dat ik toch echt een stuk vooruitgegaan ben". (Of dat inderdaad zo is of dat men de fysiotherapeut daarmee een plezier wil doen is natuurlijk de vraag). In geen enkele zitting heeft een patiënt vragen gesteld over het behandelplan van de zitting of van de behandeling. Overigens komt het nauwelijks voor dat vragen of initiatieven van de patiënt genegeerd worden. Van de in totaal 947 vragen en initiatieven van de patiënten zijn slechts 4 vragen en 39 initiatieven genegeerd. Dit komt neer op 4.5%.

Tabel 5.4: aantal zittingen met informatie over werkwijze en behandelvorm en met vragen of initiatieven van de patiënt

	geen informatie		wel informatie		vragen of initiatieven patiënt *	
5. onderzoek	112	70%	47	30%	6	13%
6. oefentherapie	65	35%	119	65%	35	29%
7. massage	129	79%	34	21%	10	29%
8. fysiotechniek	85	79%	23	21%	6	26%
9. bijverschijnselen	182	81%	42	19%	7	17%
10. overig	164	75%	55	25%	13	24%

* gepercenteerd over de zittingen waarin informatie gegeven wordt.

Bij deze items gaat het erom of de fysiotherapeut zijn werkwijze aan de patiënt verduidelijkt en uitlegt wat het doel en de werking van bepaalde behandelvormen is. Dit gebeurt het meest frequent met betrekking tot de oefentherapie wat niet verwonderlijk is omdat bij oefentherapie actieve medewerking van de patiënt nodig is. Uitleg over het hoe en waarom kan die medewerking stimuleren. De informatie bij het item 'overig' heeft onder andere betrekking op de fysiothe-

rapiebehandeling in z'n algemeenheid en op het terugkomen van de patiënt als de klachten verergeren.

In ongeveer een kwart van de zittingen waarin informatie gegeven wordt over werkwijze en behandelvorm gebeurt dit op een initiatief of een vraag van de patiënt. (Dit betekent overigens niet dat de fysiotherapeut er ook niet uit zichzelf over begonnen zou zijn.) Slechts in zes zittingen vragen patiënten informatie over het onderzoek dat de fysiotherapeut uitvoert.

Tabel 5.5: aantal zittingen met het meedelen van bevindingen en met vragen en initiatieven van de patiënten

	geen informatie		wel informatie		vragen of initiatieven patiënt *	
11. bevindingen intake of anamnese	176	79%	47	21%	4	9%
12. bevindingen onderzoek	42	32%	88	68%	13	15%
13. bevindingen therapie	59	26%	164	74%	51	31%

* gepercenteerd over de zittingen waarin informatie gegeven wordt.

In respectievelijk 74% en 68% van de zittingen vertelt de fysiotherapeut aan de patiënt wat hij op grond van therapie of onderzoek van de klachten denkt. Bevindingen van de anamnese worden minder vaak meegegedeeld (21%). Vermoedelijk geeft de anamnese alléén weinig aanknopingspunten om veel over de klachten te kunnen zeggen. "Tot nu toe is het koffiedik voor mij" zei bijvoorbeeld een van de fysiotherapeuten na de anamnese.

Uit tabel 5.6 blijkt dat de fysiotherapeut in 70% van alle zittingen op enigerlei wijze informatie over de diagnose of over de klachten van de patiënt geeft. Daarbij gebruikt hij in 5% van de gevallen illustratief materiaal zoals skelet of atlas. In 19% van de zittingen wordt overige informatie over diagnose en klachten gegeven. Relatief vaak is dat informatie over de inhoud van de verwijsbrief en ook komt het wel voor dat de fysiotherapeut aan de patiënt vertelt wat hij terugrapporteert aan de huisarts.

Vergeleken met de vorige tabellen stellen patiënten relatief veel vragen (en tonen initiatief) over de klachten en de mogelijke oorza-

ken daarvan. Tegen de verwachting in worden weinig vragen gesteld over de prognose of het verloop van de klachten.

Tabel 5.6: aantal zittingen met informatie over diagnose of klachten en met vragen of initiatieven van de patiënt (N = 227)

	geen informatie		wel informatie		vragen of initiatieven patiënt *	
14. diagnose of klachten	69	30%	158	70%	77	49%
15. (mogelijke) oorzaken	120	53%	107	47%	51	48%
16. prognose of verloop	158	70%	69	30%	15	22%
17. illustratief materiaal	215	95%	12	5%	0	-
18. overig	183	81%	44	19%	14	32%

* gepercentageerd over de zittingen waarin informatie gegeven wordt.

Tabel 5.7: aantal zittingen met informatie over huiswerk oefeningen en met vragen of initiatieven van de patiënt (N = 139)

	geen informatie		wel informatie		vragen of initiatieven patiënt *	
19. welke oefening	39	28%	100	72%	12	12%
20. aantal per keer	103	74%	36	26%	2	6%
21. hoe vaak per dag	100	72%	39	28%	7	18%
22. wijze van oefenen	49	35%	90	65%	29	32%
23. opbouw oefenprogramma	136	98%	3	2%	0	-
24. opbouw oefening	133	96%	6	4%	0	-
25. stencil of druwerk	136	98%	3	2%	0	-
26. zelfgeschreven instructies	136	98%	3	2%	0	-
27. aangepast aan patiënt	133	96%	6	4%	1	17%
28. motiveren	74	53%	65	47%	1	2%
29. controleren	52	38%	84	62%	42	50%
30. oplossingen	133	98%	3	2%	0	-

* gepercentageerd over de zittingen waarin informatie gegeven wordt.

Deze items gaan uitsluitend over de oefeningen die de patiënt thuis moet doen. In 139 zittingen (= 61%) is dat het geval. Welke oefeningen de patiënt moet doen en de wijze waarop hij dat moet doen wordt in respectievelijk 72% en 65% van de zittingen uitgelegd, bijna altijd gecombineerd met het aanleren van de oefeningen. Ook wordt in de meerderheid van de zittingen gecontroleerd of de patiënt geoefend heeft door te vragen hoe het oefenen is gegaan of door de oefeningen nog eens voor te laten doen. In de helft van de gevallen begint de patiënt daar uit zichzelf over: "Ik heb goed geoefend" is het meest gehoorde zinnetje met soms als antwoord van de fysiotherapeut: "Laat dat dan maar eens zien!". Feitelijke informatie over hoe vaak per keer en per dag geoefend moet worden komt - enigszins tot onze verwondering - relatief weinig ter sprake. De vraag is of fysiotherapeuten dat bewust aan de patiënt zelf overlaten of dat men er vanuit gaat dat de patiënt dat wel weet.

Twee aspecten die volgens de literatuur invloed hebben op therapietrouw zijn het motiveren van de patiënt en het aanpassen van oefeningen en adviezen aan de specifieke situatie van de patiënt. Het eerste gebeurt in de helft van de zittingen, het tweede nauwelijks. Kennelijk is het niet de gewoonte van de fysiotherapeuten om met de patiënt te bespreken op welke wijze de oefeningen in het dagelijks leven van de patiënt ingepast kunnen worden of samen met de patiënt naar oplossingen te zoeken als het thuis oefenen problemen geeft.

In tabel 5.8 is vermeld in hoeveel procent van de zittingen de fysiotherapeuten adviezen met betrekking tot de klachten geven. Adviseren is in dit onderzoek ruimer gedefinieerd dan het aan- of afraden van iets. Ook algemene uitleg over het onderwerp is hierbij opgenomen. Voor de berekening van de percentages in kolom 4 is uitgegaan van het totaal aantal zittingen omdat door de beoordelaars niet vastgesteld kan worden of adviseren in deze zitting wel of niet van toepassing is. Hierdoor vallen de percentages in kolom 4 gemiddeld lager uit dan in de voorgaande tabel omdat de berekeningen nu betrekking hebben op 227 zittingen en in de vorige tabel op 139 zittingen.

Zoals te verwachten was wordt relatief veel uitleg en advies over de houding gegeven (33%). Hieronder valt ook het aanleren van een andere houding. Opvallend veel adviezen vallen in de categorie 'overig'. Deze adviezen hebben doorgaans betrekking op het aanpassen van stoelen of bedden of het meest geschikte schoeisel. Daarnaast vindt men er de meest uiteenlopende adviezen zoals meedoen aan de groepsgewij-

Tabel 5.8: aantal zittingen met adviezen die betrekking hebben op de klachten en met vragen of initiatieven van de patiënt (N = 227)

	geen adviezen		wel adviezen		vragen of initiatieven patiënt *	
32. rust	202	89%	25	11%	4	16%
33. houding	152	67%	75	33%	23	31%
34. werk, sport, hobby	186	82%	41	18%	20	49%
35. dagelijkse bezigheden	202	89%	25	11%	8	32%
36. zelfzorg, huismiddelen	185	81%	42	19%	27	64%
37. hulpmiddelen	207	91%	20	9%	16	80%
38. andere hulpverleners	214	94%	13	6%	7	54%
39. huisarts, specialist	206	91%	21	9%	9	43%
40. motiveren	185	81%	42	19%	1	2%
41. controleren	184	81%	43	19%	13	30%
42. oplossingen	224	99%	3	1%	1	33%
43. overig	150	66%	77	34%	32	42%

* gepercenteerd over de zittingen waarin informatie gegeven wordt.

ze ruggymnastiek, oefeningen doen met behulp van een cassettebandje, de bedrijfsgeneeskundige dienst inschakelen of bijvoorbeeld een gesprek naar aanleiding van een patiënt die vraagt of het goed is om de kinderen over je rug te laten lopen als je rugpijn hebt. Anders dan bij de huiswerk oefeningen zijn het hier vooral de patiënten die de onderwerpen ter sprake brengen. Vooral gesprekken over hulpmiddelen en zelfzorg en huismiddelen worden vaak door patiënten geïnitieerd (respectievelijk 80% en 64%). Bij hulpmiddelen gaan de gesprekken over het nut van bijvoorbeeld steunzolen, mitella of zwachtels. De adviezen over zelfzorg betreffen het gebruik van een warme kruik of een warm bad en het koelen van zwellingen met ijs. Ook vragen patiënten wel naar het nut van diverse smeersels bij spierpijnen.

Op het protocol ontbreekt wellicht ten onrechte het item 'aangepast aan de patiënt'. We kunnen daarover opmerken dat adviezen doorgaans specifiek op de patiënt toegesneden zijn denk bijvoorbeeld aan adviezen met betrekking tot schoeisel, werk, hobby, etc.

Voor alle items in tabel 5.8 hebben de observatoren beoordeeld of de onderwerpen in specifieke dan wel in globale termen besproken worden. Met specifiek bedoelen we bijvoorbeeld: "iedere middag een uur rusten"; terwijl een globale opmerking is: "je zou wat meer rust moeten nemen". Het blijkt dat de fysiotherapeuten in 43% van de gevallen de onderwerpen in specifieke termen bespreken en in 57% in globale termen.

Ook is beoordeeld of de fysiotherapeut expliciet iets aan- of afraadt of algemene uitleg over het onderwerp geeft in de verwachting dat de patiënt daar dan zelf wel uit afleidt wat hij wel en niet moet doen. In 39% raadt de fysiotherapeut expliciet iets aan of af, en in 61% geeft hij uitleg over het onderwerp. Men zou hieruit kunnen concluderen dat de fysiotherapeuten in de meerderheid van de gevallen de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf leggen.

Tabel 5.9: aantal zittingen met algemene adviezen over ziekte en gezondheid en met vragen en initiatieven van de patiënt (N = 227)

	geen adviezen		wel adviezen		vragen of initiatieven van patiënt *	
45. bewegen of sporten	201	89%	26	11%	19	73%
46. voeding of gewicht	214	94%	13	6%	10	77%
47. roken, alcohol, drugs	224	99%	3	1%	-	-
48. medicijnen	218	96%	9	4%	5	56%
49. ziekte algemeen	202	89%	25	11%	19	76%
50. motiveren	219	96%	8	4%	-	-
51. controleren	223	98%	4	2%	1	25%
52. oplossingen	227	100%	-	-	-	-
53. overig	199	88%	28	12%	19	68%

* gepercentageerd over de zittingen waarin informatie gegeven wordt.

Net als bij tabel 5.8 geldt ook hier weer dat de percentages over alle 227 zittingen berekend zijn en dat we onder adviezen ook uitleg verstaan. De onderwerpen die in deze tabel genoemd zijn zou men tot de categorie gezondheidsvoorlichting en opvoeding kunnen rekenen omdat het hier gaat om voorlichting die geen directe relatie met de klachten heeft. Dit type adviezen wordt ook minder vaak gegeven dan

adviezen met betrekking tot de klachten zoals uit de vergelijking met tabel 5.8 blijkt. Ook komt het hier minder vaak voor dat de fysiotherapeut iets expliciet aan- of afraadt: bij de adviezen met betrekking tot de klachten was dat in 39% van de gesprekken het geval, hier is dat 24%.

Roken, alcohol en drugs zijn de minst besproken onderwerpen. In de categorie 'overig' zijn onderwerpen thuis gebracht als zwangerschapsgymnastiek, ademhalingspatronen, ouderdomsverschijnselen e.d. Ook hier geldt in nog sterke mate dan in tabel 5.8 dat de patiënt relatief vaak het initiatief neemt of vragen over het onderwerp stelt. Motiveren en controleren komt weinig voor, zeker als men dat vergelijkt met de mate waarin dit gebeurt ten aanzien van de huiswerk oefeningen (respectievelijk 47% en 62%). De fysiotherapeuten voelen zich kennelijk niet geroepen algemene leefregels aan de patiënt op te dringen. Ook kan het voorkomen dat fysiotherapeuten zich over bepaalde onderwerpen te onzeker voelen om expliciet iets aan- of af te raden.

Een onderzoek van Verhaak (1987) maakt het mogelijk een vergelijking tussen fysiotherapeuten en huisartsen te maken wat betreft deze algemene gezondheidsvoorlichting over bewegen of sporten, voeding of gewicht en roken, alcohol of drugs. Het verschil is het grootst ten aanzien van roken, alcohol en drugs: in 6% van de huisartsconsulten komt dit ter sprake en in slechts 1% van de fysiotherapie zittingen zoals tabel 5.9 laat zien. Ten aanzien van bewegen of sporten is dit verschil wat geringer: fysiotherapeuten 11% en huisartsen 7% en ten aanzien van voeding en gewicht zijn de percentages respectievelijk 8% en 6%. De verschillen zijn niet opvallend groot te noemen. Men moet zich hierbij echter wel realiseren dat de adviezen die fysiotherapeuten ten aanzien van de klachten geven in deze vergelijking buiten beschouwing zijn gelaten.

De mate waarin de fysiotherapeuten de patiënt begeleiden of gesprekken over psychosociale aspecten voeren is vermeld in tabel 5.10. In totaal 67 van de 227 zittingen zijn gesprekken over psychosociale aspecten of begeleiding gevoerd. Meestal gaat het daarbij over de handicaps of de problemen die door de klachten worden veroorzaakt maar vaak ook over levensgebeurtenissen waar de patiënt mee geconfronteerd wordt zoals bijvoorbeeld ziekte of overlijden van een familielid. Dergelijke gesprekken hebben wij bij het item 'overig' ondergebracht. Het is vaak de patiënt die deze onderwerpen ter spra-

Tabel 5.10: aantal zittingen waarin begeleiding van de patiënt aan de orde is en vragen of initiatieven van de patiënt (N = 227)

	niet ter sprake		wel ter sprake		vragen of initiatieven patiënt *	
55. relatie spanning-klachten	208	92%	19	8%	4	21%
56. psychosociale problemen	220	97%	7	3%	1	14%
57. begeleiding m.b.t. klachten	202	89%	25	11%	13	52%
58. overig	201	89%	16	11%	12	47%

* gepercenteerd over de zittingen waarin informatie gegeven wordt.

ke brengt. Het type gesprek dat de fysiotherapeut voert is bij de eerste twee onderwerpen iets anders van karakter dan bij de begeleidingsgesprekken. In het laatste geval is het vooral luisteren en begrijpen wat de fysiotherapeut doet, bij de gesprekken over psychosociale aspecten is er vaker sprake van exploreren of inzicht geven.

Voor de hiervoor genoemde items (item 1 tot en met 54) geldt dat de observatoren beoordeeld hebben hoe inzichtelijk de informatie is die de fysiotherapeut geeft. We hebben daartoe een onderscheid gemaakt in informatie geven 'op zich' en het verduidelijken van de informatie (zie bijlage 1, pagina). In z'n algemeenheid blijkt dat de observatoren gemiddeld 30% van alle informatie als inzichtelijke informatie hebben beoordeeld. Dit geldt vooral voor de informatie over de huiswerk oefeningen (57%) en in veel mindere mate voor de systematische informatie over de behandeling (8%). Bij de overige onderwerpen geeft de fysiotherapeut bij 22 tot 32% van de informatie een verduidelijking.

5.3. De fasen waarin de voorlichting wordt gegeven

Op het observatieprotocol is niet alleen aangetekend hoeveel voorlichting de fysiotherapeut geeft maar ook in welke fase van de zitting deze voorlichting gegeven wordt. Het is namelijk interessant om te weten of bepaalde behandelvormen zoals massage en fysiotherapie vooral benut worden om zaken met de patiënt te bespreken of dat voorlichting gedurende de hele zitting aan de orde is. Om dit te

onderzoeken is in tabel 5.11 vermeld hoeveel voorlichting gemiddeld in elke fase wordt gegeven.

Tabel 5.11: gemiddelde voorlichting per fase

	gemiddelde voorlichting	(N)
intake	1.1	(213)
anamnese	2.2	(90)
onderzoek	4.4	(119)
massage	6.8	(105)
oefentherapie	15.3	(126)
fysiotechniek	4.2	(41)
gesprek	8.9	(19)
overig	7.8	(69)
afronding	2.7	(212)

De tabel dient als volgt gelezen te worden. In 213 zittingen komt een intakefase voor. Als de intakefase voorkomt wordt daarin gemiddeld 1.1 maal over een aspect voorlichting gegeven. Het gaat hier dus om de totale voorlichting die in de intake wordt gegeven ongeacht over welk onderwerp dat gaat.

Wat direct opvalt is de hoeveelheid voorlichting die tijdens de fase 'oefentherapie' gegeven wordt. Men kan hieruit concluderen dat fysiotherapeuten relatief veel aandacht besteden aan het instrueren van de patiënt. Dit is des te opvallender als men bedenkt dat de fasen 'massage', 'fysiotechniek' en de fase 'overig' ongeveer even lang duren als de oefentherapie. Tijdens het toepassen van fysio-techniek wordt relatief weinig voorlichting gegeven. Het ligt voor de hand dat in de andere fasen minder voorlichting gegeven wordt omdat die fasen veel korter duren dan fasen waarin een behandelvorm wordt toegepast.

Om te zien of in de verschillende fasen over verschillende onderwerpen voorlichting gegeven wordt is in tabel 5.12 een uitsplitsing gemaakt naar de voorlichtingsthema's die in paragraaf 3.2 beschreven zijn.

Tabel 5.12: gemiddelde voorlichting per fase uitgesplitst per thema

	infor- matie meth. werken	infor- matie diagn./ klacht.	instr. oefe- ningen	advie- zen/ klachten	algeme- ne ad- viezen	begelei- ding v.d. patiënt
- intake	0.4	0.2	0.1	0.3	-	-
- anamnese	0.9	0.6	0.2	0.4	-	0.1
- onderzoek	3.0	0.8	0.1	0.4	0.1	-
- massage	2.6	1.4	0.4	1.5	0.8	0.2
- oefentherapie	4.9	1.4	6.7	2.0	0.2	-
- fysioteknik	1.5	0.9	0.2	1.1	0.5	-
- gesprek	1.5	2.8	0.1	3.7	0.4	0.5
- overig	2.8	1.8	0.7	1.6	0.8	0.1
- afronding	0.8	0.6	0.3	0.7	0.2	0.1

In tabel 5.12 zien we dat in de intake over de eerste vier thema's wel voorlichting wordt gegeven en over de laatste twee thema's niet. Laten we per fase eens kijken over welke thema's veel en over welke thema's weinig voorlichting wordt gegeven.

In de intake en in de anamnese ziet men geen opvallende verschillen in de voorlichting per thema. Tijdens de onderzoeksfase is dit wel het geval. De fysiotherapeuten geven tijdens het onderzoek relatief veel informatie met betrekking tot methodisch werken. Tijdens de massage wordt dit ook wel gedaan, terwijl daarnaast relatief veel informatie en advies over de klachten wordt gegeven.

De verwachting dat begeleiding van de patiënt en het bespreken van psychosociale aspecten vooral tijdens massage plaats zou vinden wordt in deze gegevens niet bevestigd. Relatief vaak gebeurt dit in de gespreksfase wat betekent dat de fysiotherapeuten er als het ware speciaal voor gaan 'zitten'.

Vanzelfsprekend staat in de oefentherapiëfase de instructie van huiswerkoefeningen centraal. Ook besteden de fysiotherapeuten tijdens de oefentherapie veel aandacht aan aspecten van methodisch werken.

Tijdens het toepassen van fysioteknik zien we geen opvallende uitschieters. Tijdens de gespreksfasen daarentegen blijken fysiotherapeuten zowel veel adviezen over de klachten te geven als informatie over de diagnose en de klachten. De fase 'overig' en de 'afronding' laten zich minder gemakkelijk typeren.

Al met al lijken de verschillen tussen de fasen niet opvallend groot te zijn. Onze voorzichtige conclusie is dat de verschillende soorten voorlichting niet exclusief aan bepaalde fasen gekoppeld is maar gedurende de gehele zitting aan de orde kan komen.

5.4. Samenvatting en conclusie

In deze paragraaf werd het antwoord gezocht op de vraag of de operationalisaties van patiëntenvoorlichting, zoals op het protocol gedefinieerd, relevant zijn voor de fysiotherapiepraktijk. Deze relevantie valt af te leiden uit het feit of de diverse voorlichtingsactiviteiten wel of niet in het dagelijks werk van de fysiotherapeut voorkomen.

Uit de gegevens blijkt dat de fysiotherapeuten over alle categorieën voorlichting hebben gegeven met uitzondering van categorie 52: het bespreken van oplossingen als de patiënt problemen heeft met het opvolgen van algemene adviezen over ziekte en gezondheid. We moeten de relevantie van deze categorie in twijfel trekken.

De categorieën die afgeleid zijn van het methodisch werken blijken in wisselende mate in de zittingen voor te komen. Dit geldt zowel voor markering van de fasen als voor systematische informatie over de behandeling en voor informatie over werkwijze en behandelvorm. Dit betekent dat de fysiotherapeuten soms wel maar niet altijd geneigd zijn hun eigen handelen te expliciteren.

Frequent geven de fysiotherapeuten voorlichting over de diagnose of klachten van de patiënt en over de huiswerk oefeningen.

Adviezen met betrekking tot de klachten worden, zoals verwacht kan worden, vaker gegeven dan algemene adviezen over ziekte en gezondheid.

Ten slotte blijken de fysiotherapeuten meer gericht te zijn op het begeleiden van de patiënt dan op het bespreken van psychosociale problemen.

Uit de gegevens mag geconcludeerd worden dat het protocol een gedetailleerd beeld geeft van de voorlichting die door fysiotherapeuten gegeven kan worden. Ons materiaal laat geen uitspraken toe over de relevantie van elke categorie afzonderlijk. De discussie daarover laten we graag aan deskundigen uit de beroepsgroep over.

Om te zien waar de patiënt vooral in is geïnteresseerd kijken we naar de rangorde van de onderwerpen die patiënten zelf ter sprake

brengen of waar men vragen over stelt. Bovenaan staat dan informatie over 'diagnose en klachten', direct gevolgd door 'evaluatie van de behandeling', 'bevindingen therapie' en 'mogelijke oorzaken van de klachten'. De patiënt wil kennelijk vooral weten wat hij precies heeft, hoe dat komt en of het al beter met hem gaat. Hoe hij met de klachten moet omgaan en wat hij er zelf aan kan doen wordt ook relatief vaak door de patiënt aangekaart. De patiënten hebben geen enkele vraag gesteld over het behandelplan van de zitting of het behandelplan van de behandeling. Het zijn vooral de klachten die voor de patiënt centraal staan.

6. BETROUWBAARHEID VAN OBSERVATIE EN REGISTRATIE

6.1. Betrouwbaarheid van het observatieprotocol

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de observatiecategorieën te onderzoeken zijn 33 zittingen door twee observatoren beoordeeld (een fysiotherapeut en een psycholoog). Voor het onderzoeken van de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn 36 zittingen twee maal door dezelfde observator beoordeeld waarbij de tweede observatie ongeveer zes weken na de eerste observatie plaatsvond.

Het is niet mogelijk om voor alle items van het observatieprotocol de betrouwbaarheid te berekenen omdat voorlichting over sommige items te weinig voorkomt in de steekproef. We hebben dan ook alleen die items geselecteerd waarover in minimaal 25% van de zittingen voorlichting wordt gegeven. Er zijn 18 items die aan dit criterium voldoen. De betrouwbaarheid van deze items is in tabel 6.1 vermeld, uitgedrukt in de associatiemaat Cramer's V, die bij maximale overeenstemming de waarde 1 bereikt.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid blijkt per item nogal te verschillen zoals in de eerste kolom van tabel 6.1 te zien is.

De betrouwbaarheidscoëfficiënten variëren van .59 bij evaluatie van de behandeling tot .97 bij informatie over de duur van de behandeling. Dit zou veroorzaakt kunnen worden doordat feitelijke informatie over bijvoorbeeld de duur van de behandeling of over de oefeningen die de patiënt thuis moet doen eenvoudiger te beoordelen is dan minder feitelijke informatie zoals evaluatie van de behandeling of het motiveren van de patiënt. Dit vormt echter geen verklaring voor de relatief lage betrouwbaarheid van de informatie over het behandelplan van de zitting (.60) of van de informatie over diagnose en klachten (.66). Het feit dat de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid niet hetzelfde patroon laat zien als de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid maakt het bovendien ook minder waarschijnlijk dat het ene item inderdaad zoveel moeilijker te beoordelen zou zijn dan het andere.

Een andere verklaring voor de grote fluctuaties van de betrouwbaarheid per item kan te maken hebben met de kleine aantallen waarop de berekeningen gebaseerd zijn. Hoewel de berekeningen op respectievelijk 33 en 36 zittingen betrekking hebben is het aantal zittingen waarin voorlichting over een item wordt gegeven veel kleiner: in

Tabel 6.1: inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid per voorlichtingscategorie

	interbeoor- delaarsbe- trouwbaarh. Cramer's V	intrabeoor- delaarsbe- trouwbaarh. Cramer's V
1 behandelplan zitting	.60	.85
3 duur behandeling	.97	.68
4 evaluatie behandeling	.59	.73
6 informatie oefentherapie	.84	.68
9 informatie bijverschijnselen	.79	.83
10 overige informatie behandeling	.65	.87
12 bevindingen onderzoek	.93	.74
13 bevindingen therapie	.83	.71
14 diagnose of klachten	.66	.65
15 (mogelijke) oorzaken	.70	.63
16 prognose of verloop	.72	.83
18 overige informatie m.b.t. klachten	.91	.89
19 welke oefeningen de patiënt moet doen	.90	.87
22 wijze waarop geoefend moet worden	.92	.76
28 motiveren van de patiënt	.67	.81
29 controle van huiswerkoefeningen	.69	.81
33 adviezen ten aanzien van de houding	.82	.81
43 overige adviezen m.b.t. de klachten	.67	.55
	N = 33	N 36

veel gevallen slechts 10 à 15 zittingen. Dit betekent dat een enkele positieve of negatieve uitschieter veel invloed heeft op de betrouwbaarheidscoëfficiënt.

In z'n algemeenheid geldt dat de coëfficiënten wat positiever uitvallen door deze scheve verdeling van de scores: het aantal malen dat beide observatoren een nul scoren is namelijk in de coëfficiënt verdisconteerd. Als men deze nullen niet meeneemt in de berekening

krijgt men voor een aantal items lagere betrouwbaarheidscoëfficiënten. Deze laatste maat is echter weer te streng omdat het feit dat beide observatoren het erover eens zijn dat over een item geen voorlichting wordt gegeven ook een vorm van overeenstemming is.

Het ligt voor de hand dat de betrouwbaarheid groter wordt als men in plaats van elk item afzonderlijk te bekijken een somscore per voorlichtingsthema maakt. Het is namelijk goed mogelijk dat beide observatoren het meer eens zijn over het thema waarop de voorlichting betrekking heeft dan over de vraag in welk item binnen dat thema de voorlichting thuishoort. De betrouwbaarheidscoëfficiënten per thema zijn in tabel 6.2 vermeld.

Tabel 6.2: inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid per voorlichtingsthema

	somscore items	interbeoor- delaarsbe- trouwbaarh. Cramer's V	intrabeoor- delaarsbe- trouwbaarh. Cramer's V
- informatie m.b.t. methodisch werken	1 t/m 13	.70	.85
- informatie over diagnose/ klachten	14 t/m 18	.79	.71
- instructie huiswerk- oefeningen	19 t/m 31	.90	.85
- adviezen m.b.t. de klachten	32 t/m 44	.85	.81
- algemene adviezen	45 t/m 54	.74	.82
- psychosociale aspecten en begeleiding	55 t/m 59	.84	.80
		N = 33	N = 36

Zoals te verwachten was zijn de betrouwbaarheidscoëfficiënten per somscore hoger dan over elk item afzonderlijk. Ze laten bovendien een wat stabiel beeld zien. De instructie van de huiswerkoefeningen is met .90 het meest betrouwbaar te beoordelen. Deze instructies werden ook door de observatoren als het meest duidelijk beoordeeld. Op grond van de vergelijking van de betrouwbaarheid per item en per

somscore is de conclusie dat in het hoofdonderzoek de somscores per thema gebruikt zullen worden omdat de betrouwbaarheid daarvan acceptabel is.

Een tweede vraag met betrekking tot de betrouwbaarheid van het observatieprotocol is de vraag in hoeverre de observatoren het eens zijn over de fase van de zitting waarin de voorlichting wordt gegeven. Om dit te onderzoeken is een somscore gemaakt van alle voorlichting die per fase wordt gegeven, dus alle voorlichting die in de intake wordt gegeven, alle voorlichting die tijdens de anamnese wordt gegeven etc. De betrouwbaarheid van deze somscores ziet men in tabel 6.3

Tabel 6.3: inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van de totale voorlichting per fase

	interbeoor- delaarsbe- trouwbaarh. Cramer's V	(N)	intrabeoor- delaarsbe- trouwbaarh. Cramer's V	(N)
- intake	.78	(30)	.68	(34)
- anamnese	.74	(13)	.66	(19)
- onderzoek	.89	(17)	.84	(24)
- massage	.90	(13)	.89	(17)
- oefentherapie	.87	(14)	.96	(27)
- fysiotechniek	-	(6)	-	(7)
- gesprek	-	(5)	-	(3)
- overig	.86	(15)	.94	(10)
- afronding	.89	(30)	.79	(36)

Omdat fysiotechniek en gesprek te weinig voorkomen in de steekproef zijn over deze fasen geen betrouwbaarheidscoëfficiënten berekend. Uit tabel 6.3 blijkt dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid varieert van .74 tot .90. Dit betekent dat de beoordelaars het redelijk eens zijn over de fase waarin de voorlichting wordt gegeven. Het betekent tegelijkertijd dat de beoordelaars in staat zijn om aan de hand van audio-opnamen vast te stellen met welk onderdeel (fase) van de zitting de fysiotherapeut bezig is. Alleen de intake en de anamnese geven wat dat betreft enige problemen getuige de relatief lage coëfficiënten. De beoordelaars hadden inderdaad regelmatig

moeite om vast te stellen wanneer de intake ophield en de anamnese begon. Het valt te overwegen om intake en anamnese in het hoofdonderzoek samen te trekken en als één fase te beschouwen.

Overigens was het niet altijd even duidelijk te horen waar de fysiotherapeut mee bezig was als men ziet dat in 15 van de 33 zittingen de fase 'overig' is aangekruist. Deze fase werd aangekruist als de activiteit niet duidelijk in een van de andere fasen paste of als bijvoorbeeld twee activiteiten door elkaar heen liepen zoals oefen-therapie en onderzoek. Als men met participerende observatie of met video-observatie zou werken zou de fase 'overig' wellicht overbodig zijn omdat men dan zou zien waar de fysiotherapeut mee bezig was. Audio-opnamen zijn in dit opzicht in het nadeel.

Op het observatieprotocol is naast de hoeveelheid voorlichting die de fysiotherapeut geeft aangetekend hoe vaak hij deze voorlichting verduidelijkt. Verduidelijken betekent dat de fysiotherapeut niet alleen informatie geeft maar ook het hoe en waarom ervan uitlegt. Zowel de inter- als de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van de verduidelijkingen is .80 berekend over de somscore van alle verduidelijkingen per zitting ($N = 33$ respectievelijk $N = 36$). We beschouwen dit als een redelijke mate van overeenstemming.

Bij de items 32 tot en met 54 is daarnaast nog beoordeeld op welke wijze de voorlichting wordt gegeven namelijk:

- in specifieke of in globale termen;
- wordt expliciet iets aan- of afgeraden of betreft het algemene uitleg over het onderwerp;
- als er iets aan- of afgeraden wordt gebeurt dit dan op een dwingende of op een vrijblijvende manier.

De inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid is berekend over de somscores van deze oordelen per zitting ($N = 33$, respectievelijk $N = 36$). De betrouwbaarheidscoëfficiënten variëren van .71 tot .81 waarbij de overeenstemming het grootst is met betrekking tot het aan- en afraden van iets. Of dit dwingend dan wel vrijblijvend gebeurt is relatief het moeilijkst te beoordelen.

Tot slot de betrouwbaarheid van de oordelen over de relatie fysiotherapeut-patiënt (item 60 tot en met 65). De items zijn op een 4-puntsschaal gescoord (zie voor de toelichting bijlage 1). De gemiddelde scores zijn in de derde kolom van tabel 6.4 vermeld. Het gemiddelde kan minimaal 1 zijn en maximaal 4, waarbij 4 betekent dat de fysiotherapeut maximale aandacht voor het betreffende onderwerp

Tabel 6.4.: inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van de oordelen over de fysiotherapeut en de patiënt

	interbeoor- delaarsbe- trouwbaarh. correlatie	intrabeoor- delaarsbe- trouwbaarh. correlatie	gem. score
- positieve feedback geven	.76	.75	(2.1)
- aandacht voor ongemak en pijn	.76	.84	(2.4)
- patiëntgerichte interesse	.13 (ns)	.64	(3.5)
- klachtgerichte interesse	.65	.76	(3.1)
- inbreng aan de patiënt geven	.20 (ns)	.64	(2.9)
- patiënt is passief versus actief	.33	.66	(3.0)

ns = niet significant $p > .05$.

heeft. De betrouwbaarheidscoëfficiënten zijn in kolom 1 en 2 vermeld, uitgedrukt in een Pearson product moment correlatie (zie tabel 6.4).

De observatoren blijken het redelijk eens te zijn over de positieve feedback die de fysiotherapeut geeft, over de aandacht die hij heeft voor ongemak en pijn en over de klachtgerichte interesse die hij toont. Dit geldt niet voor de drie andere items. De overeenkomst tussen de observatoren is hier zodanig laag dat de items zoals ze op dit moment gedefinieerd zijn, niet bruikbaar zijn in het hoofdonderzoek. Een mogelijke oorzaak is de scheve verdeling van de scores bij het oordeel over de patiëntgerichte interesse: de fysiotherapeuten werden hier uitsluitend als positief tot zeer positief beoordeeld. Wat betreft de inbreng die de fysiotherapeut aan de patiënt geeft en de houding van de patiënt blijken de twee observatoren in hun gemiddeld oordeel significant van elkaar te verschillen (blijkens de t-test). Mogelijk speelt hier mee dat een fysiotherapeut 'met andere ogen' kijkt dan een psycholoog.

Zoals verwacht kan worden laat de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid een wat stabielere beeld zien. De correlaties zijn niet hoog maar voor dergelijke subjectieve oordelen acceptabel.

Voordat we ingaan op de consequenties van deze resultaten voor de opzet van het hoofdonderzoek bekijken we eerst hoe de observatiegegevens zich verhouden tot de zelfregistratie door fysiotherapeuten.

6.2. Vergelijking tussen observatie en registratie

Om vast te stellen of in het hoofdonderzoek de observatiemethode of de registratiemethode gebruikt moet worden zijn in het vooronderzoek beide methoden met elkaar vergeleken. Hiertoe is de volgende procedure gevolgd.

Allereerst is een registratieformulier ontworpen dat 35 voorlichtingscategorieën bevat. Het zijn 35 categorieën die ook op het observatieprotocol voorkomen. In bijlage 2 (pag.) ziet men welke categorieën van het observatieprotocol corresponderen met de categorieën van het registratieformulier.

De fysiotherapeuten kruisten op het registratieformulier aan welke voorlichting zij tijdens deze zitting aan de patiënten gegeven hadden. Zij deden dit direct na afloop van dezelfde zitting waarvan zij ook een audio-opname maakten. Registratie en observatie hebben zodoende betrekking op dezelfde zitting. Om de belasting voor de fysiotherapeuten niet te groot te maken heeft men niet van alle zittingen maar van ongeveer eenderde van de zittingen de registratieformulieren ingevuld. Dit resulteerde in 74 ingevulde registratieformulieren die met de 74 corresponderende audio-opnamen vergeleken kunnen worden. Sommige fysiotherapeuten vonden overigens het invullen van de registratieformulieren een grotere belasting dan het maken van de audio-opnamen.

Om registratie en observatie met elkaar te vergelijken zijn de antwoordcategorieën van het observatieprotocol gedichotomiseerd. Zowel voor registratie als voor observatie geldt dan dat de score 'nul' betekent: 'er is in deze zitting geen voorlichting over het item gegeven' en de score 'een': 'er is in deze zitting wel voorlichting over het item gegeven'.

In tabel 6.5 is weergegeven over hoeveel items gemiddeld voorlichting wordt gegeven volgens registratie en volgens observatie. Voor de berekening is uitgegaan van de somscore per voorlichtingsthema.

Tabel 6.5 dient als volgt gelezen te worden: de somscore van de informatie met betrekking tot methodisch werken kan maximaal 5 bedragen (er zijn 5 items). De fysiotherapeuten registreren dat zij gemiddeld per zitting over 0.5 van de 5 items voorlichting geven, de observatoren hoorden de fysiotherapeuten gemiddeld over 1.3 items voorlichting geven.

Het beeld is duidelijk: observatoren horen bij alle thema's meer voorlichting dan de fysiotherapeuten zelf registreren. De verschil-

len zijn met uitzondering van de algemene adviezen significant (t-test, dubbelzijdig getoetst). De verschillen zijn relatief klein bij de instructie van huiswerkoefeningen en bij de adviezen met betrekking tot de klachten.

Wat kan dit betekenen? De meest voor de hand liggende verklaring lijkt ons dat de fysiotherapeuten het zo'n normaal onderdeel van hun werk vinden om voorlichting en informatie aan de patiënt te geven dat zij dit niet speciaal als 'voorlichting geven' ervaren. Men be-seft als het ware niet hoeveel voorlichting men geeft. Een tweede verklaring kan te maken hebben met het feit dat een zitting zo'n twintig à dertig minuten duurt. Wellicht herinnert de fysiotherapeut zich na afloop niet meer dat hij bijvoorbeeld aan het begin heeft gezegd dat de patiënt goed vooruit gaat. Het kan ook zijn dat hij zo'n opmerking te onbelangrijk vindt om te noteren. Wat bovendien invloed kan hebben is het feit dat de observatoren drie weken ge-traind waren in het opmerken van voorlichtingsaspecten, iets wat voor de fysiotherapeuten vanzelfsprekend niet geldt.

Tabel 6.5: aantal items waarover gemiddeld per zitting voorlichting gegeven wordt volgens registratie en observatie (n = 74)

	gemiddelde registratie	gemiddelde observatie
- informatie m.b.t. methodisch werken (5 items)	0.5	1.3*
- klachten en diagnose (5 items)	1.0	1.8*
- huiswerkoefeningen (10 items)	1.1	1.4*
- adviezen m.b.t. de klachten (7 items)	0.9	1.1*
- algemene adviezen (4 items)	0.1	0.2
- psychosociale aspecten en begeleiding (4 items)	0.1	0.3*
- totaal (35 items)	3.7	6.1*

* = significant $p < .05$.

Daarnaast is het zo dat er sprake kan zijn van een artefact omdat de observatoren elk aspect waarover voorlichting gegeven werd noteerden terwijl de fysiotherapeuten de voorlichting per item registreerden. Door het dichotomiseren van de observatiescores is dit probleem echter grotendeels ondervangen. Het idee dat fysiotherapeuten de voor-

lichting die zij geven onderschatten wordt versterkt door het feit dat Rethans en Van Boven (1987) bij huisartsen hetzelfde verschijnsel constateerden. Ook zij bleken in de praktijk significant meer voorlichting te geven dan ze zelf registreerden.

Interessant is het nu om te zien welke samenhang er bestaat tussen de observatie- en de registratiegegevens. In tabel 6.6 is uitgaande van de somscore per voorlichtingsthema de samenhang tussen beide gegevens in correlatiecoëfficiënten uitgedrukt.

Tabel 6.6: samenhang tussen observatie en registratie (n = 74)

	correlatie
- informatie met betrekking tot methodisch werken	.33
- klachten en diagnose	.41
- huiswerkoefeningen	.76
- adviezen met betrekking tot de klachten	.28
- algemene adviezen	-.12 (ns)
- psychosociale aspecten en begeleiding	.35
- totaal	.48

ns = niet significant $p > .05$

Tussen de observatie en de registratie bestaat voor alle thema's een significante samenhang met uitzondering van de algemene adviezen. Over het geheel genomen is de samenhang van .48 echter niet sterk te noemen. Het kan zijn dat de categorieën niet scherp genoeg gedefinieerd zijn. Het feit dat de samenhang relatief hoog is bij de instructie van huiswerkoefeningen kan een aanwijzing in die richting zijn.

In het hele onderzoek blijken de huiswerkoefeningen overigens een wat andere plaats in te nemen vergeleken met de overige voorlichtingsthema's: deze informatie is het meest duidelijk, de observatoren zijn het over deze informatie het meest eens en de samenhang met de registratie is hoog te noemen. In z'n algemeenheid zou wel eens kunnen gelden dat instructie per definitie anders van karakter is dan het geven van informatie, adviezen of begeleiding. Het lijkt interessant om deze verschillende dimensies in het hoofdonderzoek wat nader uit te werken. De belangrijkste vraag nu is, wat de consequenties zijn van de in dit hoofdstuk gevonden resultaten voor de opzet van het hoofdonderzoek. De volgende paragraaf is hieraan gewijd.

van het hoofdonderzoek. De volgende paragraaf is hieraan gewijd.

6.3. Samenvatting en conclusies

De vergelijking tussen observatie en zelfregistratie laat twee belangrijke resultaten zien. Ten eerste dat fysiotherapeuten de voorlichting die zij geven onderschatten en ten tweede dat de samenhang tussen observatie- en registratiegegevens niet sterk is. Uit deze resultaten leiden we af dat de observatiemethode het meest geschikt is om in het hoofdonderzoek te gebruiken en wel op grond van de volgende overwegingen.

Wil men in het hoofdonderzoek een zo volledig mogelijk beeld geven van datgene wat fysiotherapeuten aan patiëntenvoorlichting doen dan is zelfregistratie minder geschikt omdat dit een onderrapportage geeft. Op zich zou dit geen probleem zijn als deze onderrapportage systematisch zou zijn. Dit is echter niet het geval getuige de relatief lage samenhang tussen observatie- en registratiegegevens. Zolang we niet weten door welke mechanismen deze lage samenhang veroorzaakt wordt verdient observatie de voorkeur. Hoewel het observatieprotocol niet als 'gouden standaard' beschouwd mag worden - er is sprake van twee nieuwe meetinstrumenten waarvan de validiteit nog niet is vastgesteld - lijkt het aannemelijk om grote realiteitswaarde toe te kennen aan datgene wat op de audiobanden te horen is.

Uit het oogpunt van efficiëntie zou registratie de voorkeur verdienen omdat dat minder kostbaar en tijdrovend is dan observatie. We zijn echter van mening dat de hiervoor genoemde inhoudelijke argumenten zwaarder wegen.

De tweede vraag is nu of de betrouwbaarheid van het observatieprotocol voldoende groot is om gebruik ervan in het hoofdonderzoek te rechtvaardigen. Uit de resultaten van paragraaf 6.1 blijkt dat de betrouwbaarheid van elke voorlichtingscategorie afzonderlijk niet geheel bevredigend is. De betrouwbaarheid per categorie wisselt vrij sterk (.59 tot .97) en we achten deze voor een aantal categorieën te laag. De betrouwbaarheid is groter (.70 tot .90) als de somscore per voorlichtingsthema wordt genomen. De conclusie moet dan ook zijn dat deze laatste maat in het hoofdonderzoek de voorkeur verdient.

Over de fase waarin de voorlichting gegeven wordt blijken de beoordelaars het redelijk eens te zijn zoals blijkt uit de betrouwbaarheidscoefficienten van .74 tot .90. Een nadeel van de audio-opnamen

is het feit dat in een aantal gevallen niet vastgesteld kan worden waar de fysiotherapeut mee bezig is. Bij participerende observatie of bij video-opnamen zou men dit probleem niet hebben. Omdat het vaststellen van de fase waarin de voorlichting gegeven wordt echter geen wezenlijk onderdeel van de vraagstelling van het hoofdonderzoek is weet dit probleem minder zwaar.

De relatie tussen fysiotherapeut en patiënt blijkt minder betrouwbaar te beoordelen dan de voorlichting die fysiotherapeuten geven. Bij de oordelen over de patiëntgerichte interesse die de fysiotherapeut toont en de inbreng die hij aan de patiënt geeft is er zelfs geen samenhang tussen de beide beoordelaars te zien. Deze items zijn dan ook in de huidige vorm niet bruikbaar in het hoofdonderzoek. Datzelfde geldt voor het oordeel over de passieve dan wel actieve houding van de patiënt. De drie overige oordelen over de relatie tussen fysiotherapeut en patiënt kunnen op grond van de betrouwbaarheid wel in het hoofdonderzoek gebruikt worden namelijk de mate waarin de fysiotherapeut positieve feedback geeft, de aandacht die hij heeft voor ongemak en pijn en de klachtgerichte interesse die hij toont. Een oplossing voor het hiervoor geschetste probleem kan zijn de fysiotherapeut en de patiënt zelf een oordeel te laten geven over de relatie tussen fysiotherapeut en patiënt.

7. VERSCHILLEN IN DE VOORLICHTING DIE WORDT GEGEVEN

7.1. Verschillen tussen zittingen

Om vast te stellen wat de meest geschikte opzet van het hoofdonderzoek is moet onderzocht worden in welke zitting(en) van de behandeling doorgaans voorlichting wordt gegeven en moet onderzocht worden of het meetinstrument geschikt is om verschillen tussen fysiotherapeuten en patiënten vast te stellen. Deze vragen worden in dit hoofdstuk beantwoord, te beginnen met verschillen tussen de zittingen. We gaan daarbij niet uit van de afzonderlijke categorieën van het observatieprotocol maar van de somscore per thema te weten:

- informatie met betrekking tot methodisch werken (item 1 t/m 13);
- informatie over diagnose of klachten (item 14 t/m 18);
- instructie van huiswerk oefeningen (item 19 t/m 31);
- adviezen met betrekking tot de klachten (item 32 t/m 44);
- algemene adviezen over ziekte en gezondheid (item 45 t/m 54);
- begeleiding en psychosociale aspecten (item 55 t/m 59).

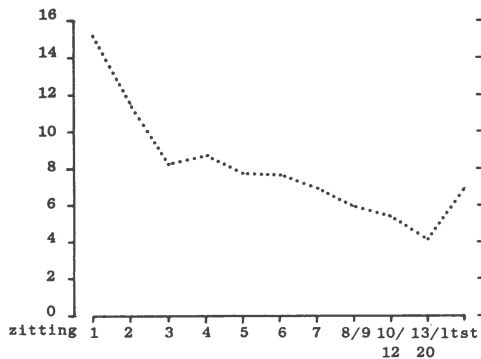
Per thema is opgeteld over hoeveel aspecten de fysiotherapeut voorlichting heeft gegeven. Deze somscore kan hoger zijn dan het aantal items omdat per item over meerdere aspecten gesproken kan zijn (zie voor de berekening noot 2). Hoeveel informatie gemiddeld in de eerste, de laatste en de tussenliggende zittingen gegeven wordt is in de figuren 7.1 tot en met 7.6 te zien (zie volgende pagina).

Van de eerste zeven zittingen zijn afzonderlijke berekeningen gemaakt. Omdat de daaropvolgende zittingen minder frequent in de steekproef voorkomen zijn deze in drie klassen ingedeeld te weten a) de achtste + negende zitting, b) de tiende tot en met de twaalfde zitting en c) de dertiende tot en met de twintigste zitting.

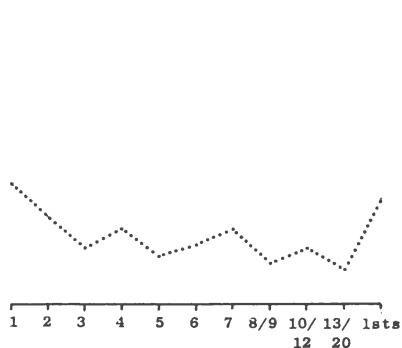
Ter verduidelijking een voorbeeld. In figuur 7.1 gaat het om de informatie met betrekking tot methodisch werken. Gemiddeld wordt in de eerste zittingen 15.2 maal een dergelijk aspect besproken, in de tweede zittingen is dit gemiddeld 11.5 maal het geval en in de 13e tot en met 20ste zitting 4.1 maal.

7.1: informatie m.b.t. metho-
disch werken

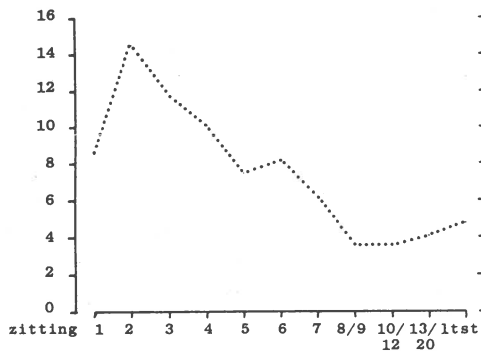
aantal



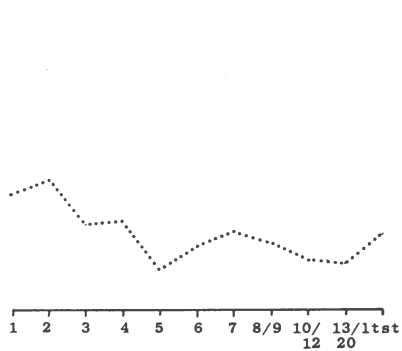
7.2: informatie over diag-
nose en klachten



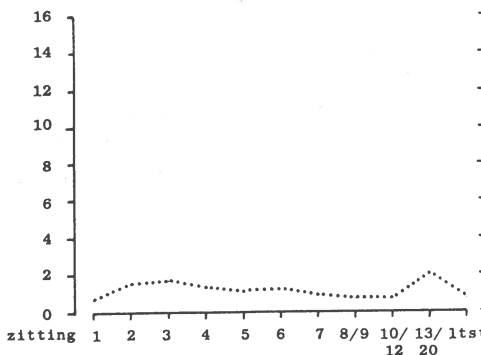
7.3: instructie van huiswerk-
oefeningen



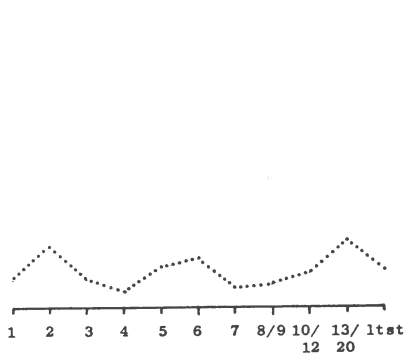
7.4: adviezen m.b.t. de klach-
ten



7.5: algemene adviezen over
ziekte en gezondheid



7.6: begeleiding van psycho-
sociale aspecten



Wat valt er te zeggen over de verschillen tussen de zittingen. De figuren 7.1 en 7.2 laten globaal hetzelfde patroon zien: de meeste informatie over behandeling en klachten wordt in de eerste en de tweede zitting gegeven en in de daaropvolgende zittingen wordt dat minder. In de laatste zitting daarentegen wordt weer relatief veel informatie gegeven vooral met betrekking tot de klachten van de patiënt. Dit laatste zou op een artefact kunnen berusten omdat de laatste zitting niet de 21e zitting maar relatief vaak de 12e zitting is.

Bij de instructie van huiswerk oefeningen (figuur 7.3) is een ander patroon te zien. De patiënten krijgen in de tweede zitting de meeste instructies, terwijl ook in de derde tot en met de zesde zitting relatief veel aspecten van de oefeningen besproken worden. Overigens zijn deze cijfers alleen berekend over de 139 zittingen waarin huiswerk oefeningen aan de orde waren.

Adviezen met betrekking tot de klachten (figuur 7.4) worden vaker gegeven dan algemene adviezen over ziekte en gezondheid (figuur 7.5). Algemene adviezen komen in alle zittingen ongeveer even vaak ter sprake en niet speciaal in de eerste of de laatste zitting. Datzelfde ziet men ook bij de begeleiding die fysiotherapeuten patiënten geven (figuur 7.6) Het bespreken van problemen gebeurt vooral in de loop van de behandeling en relatief minder in de eerste en de laatste zitting.

In z'n algemeenheid laten deze gegevens zien dat het zinvol is om de verschillende soorten voorlichting die fysiotherapeuten geven afzonderlijk te beschouwen. Zou men alle informatie die een fysiotherapeut geeft bij elkaar optellen dan heeft men geen zicht meer op het verschijnsel dat sommige voorlichting juist meer en andere voorlichting juist minder in de eerste en de laatste zitting wordt gegeven.

Welke betekenis moeten we nu hechten aan deze verschillen? Uit de variantie-analyses blijkt dat de verschillen tussen de zittingen bij vier van de zes thema's niet op toeval berusten ($p < .05$). De verschillen met betrekking tot het geven van algemene adviezen en met betrekking tot begeleiding (figuur 7.5 en 7.6) zijn niet significant. Door middel van een t-test (dubbelzijdig) is getoetst welke zittingen significant van elkaar verschillen. Tabel 7.1 geeft de resultaten waarbij we uitgegaan zijn van drie groepen zittingen, namelijk alle eerste en tweede zittingen, alle tussenliggende zittingen en alle laatste zittingen.

Tabel 7.1: mate van informatie geven in de eerste twee, de tussenliggende en de laatste zittingen

	eerste 2		tussenl.		laatste	
	zittingen		zittingen		zitting	
	gem.	sd.	gem.	sd.	gem.	sd.
informatie m.b.t. meth. werken	13.4*	(7.9)		(4.9)	7.0*	(5.3)
informatie over klachten	5.7*	(4.3)	3.0	(3.2)*	5.9	(4.5)
instructie van huiswerkcoef.	11.3*	(9.1)	7.2	(6.9)	4.7*	(3.5)
adviezen m.b.t. klachten	6.6*	(6.4)	3.5	(4.0)	4.0	(4.4)
algemene adviezen	1.1	(3.0)	1.2	(2.4)	0.7	(1.3)
begeleiding van de patiënt	2.4	(4.7)	1.8	(5.1)	2.2	(4.2)
	n = 46		n = 162		n = 19	

* $p < .05$

De sterretjes in de eerste kolom geven de significante verschillen aan tussen de eerste twee en de tussenliggende zittingen, in de tweede kolom tussen tussenliggende en laatste zittingen en in de derde kolom tussen laatste en eerste zittingen.

Zoals ook al uit de figuren blijkt zijn het vooral de eerste twee zittingen waarin de fysiotherapeuten meer informatie geven dan in de daaropvolgende zittingen: bij vier van de zes thema's zijn deze verschillen significant. De tussenliggende zittingen wijken doorgaans niet sterk af van de laatste zittingen behalve wat betreft de informatie die over de klachten gegeven wordt (meer in de laatste zitting). Verschillen tussen laatste en eerste twee zittingen betreffen de informatie met betrekking tot methodisch werken en de instructie van huiswerkcoefeningen. Het ligt ook voor de hand dat deze informatie in de eerste zittingen meer relevant is dan in de laatste zitting.

Het feit dat er significante verschillen bestaan tussen de zittingen in de mate waarin voorlichting wordt gegeven heeft consequenties voor de opzet van het hoofdonderzoek. In het hoofdonderzoek zal gecontroleerd moeten worden voor het soort zittingen dat per fysiotherapeut opgenomen wordt, dat wil zeggen dat bij de berekeningen van vergelijkbare zittingen per fysiotherapeut uitgegaan moet worden.

Niet direct van belang voor de opzet van het hoofdonderzoek maar wel interessant is nu om te zien of zittingen waarin veel voorlichting gegeven wordt ook langer duren dan zittingen waarin dat niet het geval is. Of het daarbij om oorzaak of gevolg gaat is niet uit te maken. Van de ene kant kan men veronderstellen dat voorlichting geven tijd kost, van de andere kant is het zo dat als een zitting langer duurt de fysiotherapeut meer gelegenheid heeft om voorlichting te geven. Dat er een samenhang bestaat tussen de duur van de zitting en de mate van voorlichting geven valt af te leiden uit de verschillen in de duur van de zittingen; de eerste zittingen duren gemiddeld 28 minuten, de tussenliggende zittingen 22 minuten en de laatste zittingen gemiddeld 17 minuten. De duur van de zittingen is alleen berekend over de zittingen waarvan de audio-opname compleet is. Dit is bij 197 opnamen het geval.

Tabel 7.2: correlaties tussen duur van de zitting en mate van informatie geven

	correlaties
informatie m.b.t. methodisch werken	.55
informatie over diagnose en klachten	.23
instructie van huiswerkoefeningen	.47
adviezen met betrekking tot de klachten	.22
algemene adviezen over ziekte en gezondheid	.14
begeleiding en psychosociale aspecten	.13
informatie totaal	.57

Uit de gegevens in tabel 7.2 blijkt dat de duur van de zitting inderdaad samenhangt met de mate waarin de fysiotherapeut voorlichting geeft. Alle correlaties zijn significant ($p < .05$). De samenhang is echter niet sterk met uitzondering van de informatie met betrekking tot methodisch werken en instructie van huiswerkoefeningen.

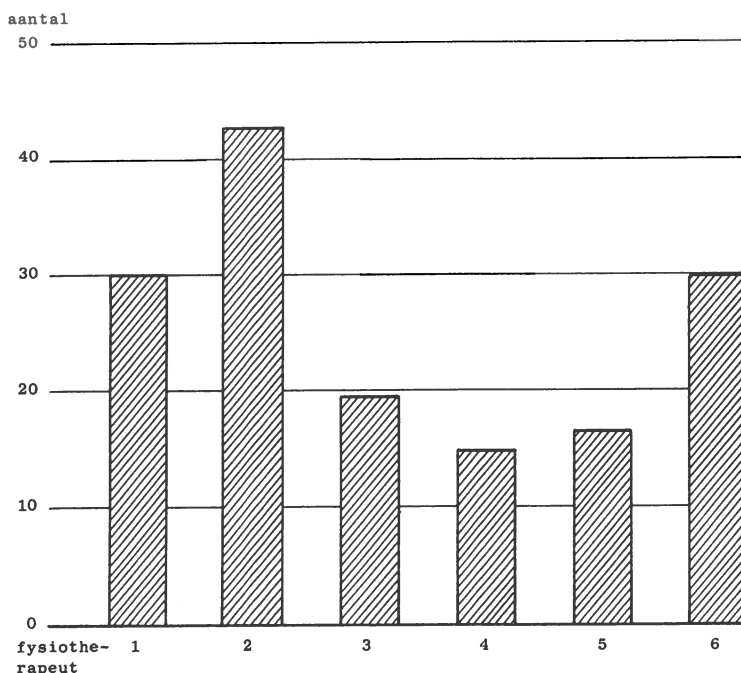
Tot onze verrassing hangt de duur van de zitting nauwelijks samen met de mate waarin de fysiotherapeut de patiënt begeleiding geeft of psychosociale problemen met de patiënt bespreekt. Dit is tegengesteld aan de situatie in de huisartspraktijk waar de duur van het consult onder andere blijkt af te hangen van de mate waarin de huisarts psychosociale problemen met de patiënt bespreekt (Verhaak, 1986).

7.2. Verschillen tussen fysiotherapeuten

Als we hierna bespreken welke verschillen er tussen de zes fysiotherapeuten bestaan in de mate waarin zij voorlichting geven moet men zich realiseren dat van elke fysiotherapeut slechts vijf à zes patiënten beschikbaar zijn. Op grond van dit onderzoek is derhalve nog niet vast te stellen of er werkelijke verschillen tussen fysiotherapeuten bestaan of dat de verschillen veroorzaakt worden door de patiënten die men voor zich heeft. Daarnaast willen we er op wijzen dat patiënten die langdurig behandeld zijn een groter stempel op de gegevens drukken dan patiënten die slechts twee à drie keer behandeld zijn.

Bij het presenteren van de gegevens worden geen kenmerken van de fysiotherapeuten vermeld om te waarborgen dat de fysiotherapeuten onherkenbaar zijn. In figuur 7.7 ziet men de totale voorlichting die fysiotherapeuten gemiddeld per zitting geven. Het gaat hier om de somscore van de items 1 tot en met 59.

Figuur 7.7: gemiddelde voorlichting per fysiotherapeut



De zes fysiotherapeuten verschillen (blijkens de variantie-analyse) significant in de hoeveelheid voorlichting die zij aan patiënten geven.

Fysiotherapeut 2 bespreekt gemiddeld 43 voorlichtingsaspecten in elke zitting terwijl dat er bij fysiotherapeut vier 15 zijn. Dit zou te maken kunnen hebben met de behandelvorm die wordt toegepast: bij fysiotherapeut 4 was dat relatief vaak massage en men kan zich voorstellen dat over massage minder valt uit te leggen dan bijvoorbeeld over een fysioteknische applicatie of over oefentherapie. Overigens ontstond tijdens het af luisteren van de banden de indruk dat ook de stijl van voorlichten samenhangt met de mate waarin men voorlichting geeft. Sommige fysiotherapeuten wijden breed uit over een advies terwijl anderen volstaan met een enkele opmerking.

Als we naar de figuren 7.8 tot en met 7.13 kijken dan wordt het beeld genuanceerder (zie volgende pagina).

Het is niet zo dat fysiotherapeuten die veel voorlichting geven ook over alle afzonderlijke thema's meer voorlichting geven. Het duidelijkst is dat te zien in figuur 7.10, 7.11 en 7.12 waaruit blijkt dat de hoge score van fysiotherapeut 2 vooral veroorzaakt wordt door de instructie van de huiswerk oefeningen en de adviezen die hij geeft.

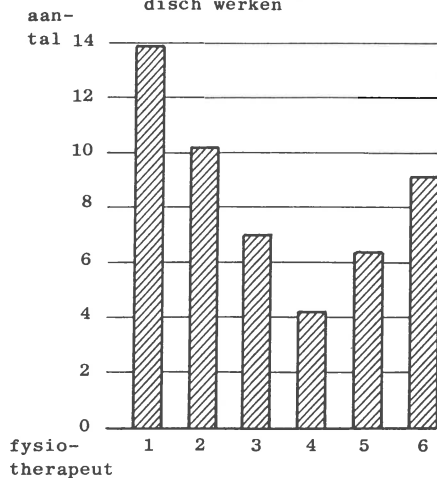
De verschillen tussen de fysiotherapeuten zijn relatief het kleinsten aanzien van de informatie over diagnose en klachten (figuur 7.9). Dit kan betekenen dat deze informatie min of meer standaardonderdeel is van de werkwijze van fysiotherapeuten ongeacht de patiënt of de klacht waar men mee te maken heeft.

Fysiotherapeut 1 is vooral degene die veel informatie met betrekking tot methodisch werken geeft (figuur 7.8). Tijdens het af luisteren van de banden kwamen wij al onder de indruk van de methodische werkwijze van deze fysiotherapeut; zeer regelmatig vertelde hij aan de patiënt wat hij deed en waarom hij dat deed. Dit laatste gold overigens ook voor fysiotherapeut 2 en 6.

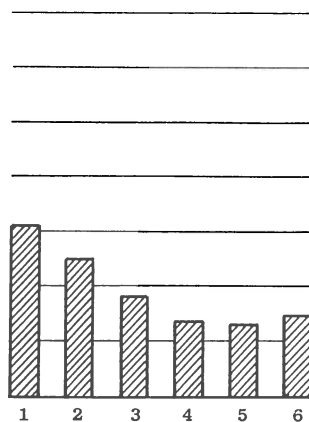
Fysiotherapeut 6 is degene die relatief veel aandacht besteedt aan begeleiding van de patiënt en aan psychosociale aspecten.

Speculaties over de oorzaak van de onderlinge verschillen tussen de fysiotherapeuten laten we achterwege. Vast staat in elk geval dat het observatieprotocol geschikt is om dergelijke verschillen aan te tonen waarbij het zeker aan te bevelen is om het onderscheid tussen de verschillende voorlichtingsthema's te handhaven. Dit zal in het hoofdonderzoek dan ook gebeuren.

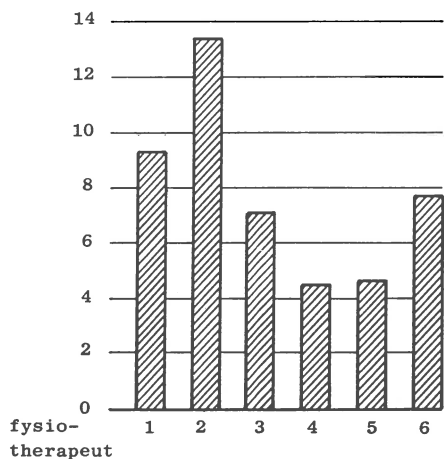
7.8 informatie m.b.t. metho-
disch werken



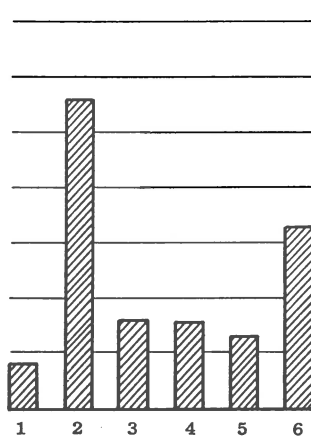
7.9 informatie over diag-
nose en klachten



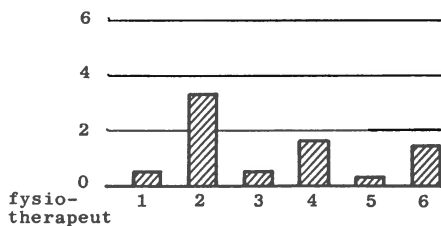
7.10 instructie huiswerkoeffe-
ningen



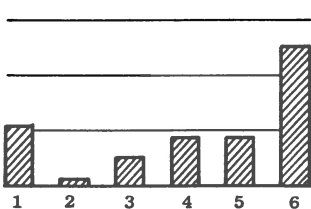
7.11 adviezen m.b.t. de
klachten



7.12 algemene adviezen over
ziekte en gezondheid



7.13 begeleiding en psycho-
sociale aspecten



7.3. Verschillen tussen patiënten

In hoeverre de voorlichting die de fysiotherapeut geeft afhangt van het type klacht waarmee hij geconfronteerd wordt valt op grond van dit vooronderzoek nog niet te zeggen. Het aantal patiënten en dus ook het aantal klachten is per fysiotherapeut te klein om verschillen tussen klachten te kunnen analyseren. Wel kunnen we een indicatie krijgen van de mate waarin het geven van voorlichting beïnvloed wordt door de interesse die de patiënt toont (zie de vooronderstellingen in hoofdstuk 2). Als indicatie voor de interesse van de patiënt beschouwen we het aantal vragen en de initiatieven van de patiënt en de actieve versus passieve houding van de patiënt. Dit laatste is door de observatoren op een 4-puntsschaal beoordeeld. Het gaat daarbij dus om een subjectief oordeel van de observatoren.

De resultaten zijn in tabel 7.3 weergegeven. Als maat voor de hoeveelheid voorlichting die gegeven wordt hanteren we weer de somscore per thema en als maat voor de interesse van de patiënt de somscore van de vragen en de initiatieven van de patiënt.

Tabel 7.3: correlaties tussen de interesse van de patiënt en de mate van voorlichting geven

	correlaties met vragen + initiatief	correlaties met oordeel over patiënt
informatie m.b.t. methodisch werken	.12*	.07
informatie over diagnose en klachten	.60*	.13*
instructie van huiswerkoefeningen	.48*	.25*
adviezen met betrekking tot de klachten	.42*	.03
algemene adviezen over ziekte en gezondheid	.63*	.15*
begeleiding en psychosociale aspecten	.47*	-.01
informatie totaal	.34*	.20*

* $p < .05$

De interesse die de patiënt toont hangt inderdaad samen met de hoeveelheid voorlichting die de fysiotherapeut geeft. Alle correlatiecoëfficiënten in de eerste kolom zijn significant.

Om te zien of deze samenhang veroorzaakt wordt door de vragen of door de initiatieven van de patiënt zijn voor beide aspecten afzonderlijk de correlaties berekend (niet in de tabel te zien). Hieruit blijkt dat het vooral de vragen van de patiënt zijn die tot meer voorlichting leiden (correlatie = .42) en veel minder de initiatieven van de patiënt (correlatie = .14).

De samenhang is het sterkst bij de algemene adviezen over ziekte en gezondheid en bij de informatie over diagnose en klachten en het zwakst bij de informatie met betrekking tot methodisch werken. Overigens betekent dit niet dat fysiotherapeuten alleen informatie over de klachten geven als de patiënt daar om vraagt. Bij het afluisteren van de banden bleek ook regelmatig het omgekeerde dat wil zeggen dat datgene wat de fysiotherapeut uit zichzelf vertelde voor de patiënt aanleiding was om daar vragen over te stellen.

Er bestaat nauwelijks een samenhang tussen de passieve versus actieve houding van de patiënt en de hoeveelheid voorlichting die de fysiotherapeut geeft. Dit kan twee dingen betekenen: een dergelijke samenhang bestaat in de praktijk inderdaad niet òf het subjectieve oordeel van de observatoren is geen goede indicatie van de interesse van de patiënt. De laatste mogelijkheid lijkt het meest plausibel. De samenhang tussen het oordeel van de observatoren en de vragen en initiatieven van de patiënt is namelijk vrij zwak (respectievelijk .21 en .38). Bovendien verschillen de observatoren zeer vaak van mening over dit oordeel zoals in het vorige hoofdstuk bleek.

Een complicerende factor is het feit dat de indruk die de observatoren van de patiënt hebben af kan wijken van de indruk die de fysiotherapeut over hem heeft. Wellicht kan in het hoofdonderzoek beter de mening van de fysiotherapeut zelf over de patiënt gevraagd worden.

7.4. Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk zochten we een antwoord op de vraag in hoeverre er verschillen bestaan in de voorlichting die fysiotherapeuten geven tussen de zittingen, tussen fysiotherapeuten en tussen patiënten.

Als men de totale behandeling bekijkt dan blijken fysiotherapeuten vooral in de eerste twee zittingen de meeste voorlichting te geven. In de tussenliggende zittingen is dat doorgaans tot de helft gereduceerd evenals in de laatste zitting. Alleen de informatie over de klachten vormt hierop een uitzondering, ook in de laatste zitting

wordt daar veel over verteld.

Het feit dat er significante verschillen tussen de zittingen bestaan betekent dat hiervoor in het hoofdonderzoek gecontroleerd moet worden en dat de berekeningen uitgevoerd moeten worden op vergelijkbare zittingen per fysiotherapeut als men verschillen tussen fysiotherapeuten op het spoor wil komen.

De verschillen tussen de fysiotherapeuten zijn aanzienlijk zowel wat betreft de totale voorlichting die zij geven als wat betreft de voorlichting over de afzonderlijke thema's. In hoeverre dit veroorzaakt wordt door de patiënten en de klachten waar men mee te maken heeft valt op grond van de huidige gegevens nog niet te zeggen. Deze vraag zal in het hoofdonderzoek beantwoord moeten worden. Bij de opzet daarvan zou men in het ideale geval vergelijkbare patiënten en klachten per fysiotherapeut op moeten nemen. In de praktijk is dit echter nauwelijks haalbaar omdat fysiotherapeuten die zich bijvoorbeeld in CARA gespecialiseerd hebben andere patiënten behandelen dan degenen die zich vooral op sportletfels hebben toegelegd. Het ligt dan ook meer voor de hand juist deze verschillen in het hoofdonderzoek nader te analyseren.

Dat patiënten invloed hebben op de voorlichting die de fysiotherapeut geeft valt af te leiden uit de samenhang die er bestaat tussen het aantal vragen dat de patiënt stelt en de hoeveelheid informatie die hij krijgt. Dit geldt vooral voor de algemene adviezen over ziekte en gezondheid en voor de informatie over de klachten. Het geldt niet of nauwelijks voor informatie met betrekking tot methodisch werken. In het hoofdonderzoek zal daarnaast gekeken worden in hoeverre leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van de patiënt van invloed is op de voorlichting die fysiotherapeuten geven.

8. SAMENVATTING EN DISCUSSIE

In dit vooronderzoek is onderzocht op welke wijze gemeten kan worden wat fysiotherapeuten tijdens de individuele behandeling van patiënten aan voorlichting doen. Daartoe zijn twee onderzoeksmethoden met elkaar vergeleken, de observatiemethode aan de hand van audio-opnamen en de zelfregistratie door fysiotherapeuten. Doel hiervan was te onderzoeken welke methode het meest geschikt is om in het hoofdonderzoek te gebruiken. Daarnaast is in het vooronderzoek de totale voorlichting die fysiotherapeuten aan patiënten geven in kaart gebracht om te onderzoeken met welke factoren men bij de opzet van het hoofdonderzoek rekening moet houden. We vatten de verschillende stappen van het vooronderzoek nog eens samen en bespreken wat de consequenties van de resultaten zijn voor het hoofdonderzoek.

De gevolgde methode in het vooronderzoek

Tijdens het vooronderzoek is via literatuurstudie, via gesprekken met fysiotherapeuten en via het beluisteren van audiobanden van fysiotherapiebehandelingen een observatieprotocol ontwikkeld met 65 concrete voorlichtingscategorieën. Dit protocol is vervolgens uitgetest op 227 audiobanden van fysiotherapiezittingen. De 227 banden zijn afkomstig van in totaal 25 patiënten van wie de totale behandeling werd opgenomen dat wil zeggen alle zittingen met de patiënt vanaf de eerste tot en met de laatste zitting.

Er werd voor audio-opnamen in plaats van videoopnamen gekozen vanwege het intieme karakter van de behandelingen.

Hoewel de fysiotherapeuten aanvankelijk huiverig waren voor het maken van audio-opnamen zei men achteraf dat dit geen grote belasting was en niet of nauwelijks invloed had op hun werkwijze. Wij merkten dit onder andere aan het feit dat men regelmatig vergat om de cassette recorder uit te zetten als de patiënt al lang vertrokken was. Een andere indicatie is het feit dat geen van de fysiotherapeuten gebruik maakte van de mogelijkheid om de band uit te zetten zodra men zou merken dat de audio-opname inbreuk maakte op de werkwijze of op de relatie met de patiënt.

Het lijkt er op dat de patiënten ook zelf vaak vergaten dat de cassette recorder aanstond als we af mogen gaan op de ontspannen sfeer waarin de behandelingen doorgaans verliepen. Dit was echter niet altijd het geval. Een enkele keer merkte een patiënt op "ach, nu horen

ze dat gekerm van mij op de band, ze zullen me wel een zeur vinden". Ook vertelde een fysiotherapeut dat een patiënt pas over een delicaat familieprobleem begon te praten als de band uitgezet was.

Onze conclusie is dat audio-opnamen in de fysiotherapiepraktijk goed mogelijk zijn mits men zowel fysiotherapeut als patiënt de mogelijkheid biedt de band uit te zetten als men daar hinder van ondervindt. Vergeleken met video-opnamen kleven er twee nadelen aan audio-opnamen; de nonverbale communicatie gaat verloren en het is op de audio-band soms niet te horen waar de fysiotherapeut mee bezig is. Voor het onderhavige onderzoek naar patiëntenvoorlichting is dat echter geen groot bezwaar omdat doorgaans goed te horen is over welke onderwerpen de fysiotherapeut voorlichting geeft.

Naast de audio-opnamen registreerden de fysiotherapeuten ook zelf welke voorlichting zij aan patiënten gaven. Hiertoe was een registratieformulier ontworpen met 35 voorlichtingscategorieën die vergelijkbaar zijn met 35 categorieën van het observatieprotocol. De fysiotherapeuten vulden het registratieformulier in van dezelfde zittingen waarvan men de audio-opnamen maakten. Dit maakte een vergelijking van observatie- en registratiegegevens mogelijk. Voordat we op de resultaten van deze vergelijking ingaan geven we een verantwoording van de voorlichtingsthema's en de voorlichtingscategorieën die door ons gehanteerd zijn.

De indeling in voorlichtingsthema's

Op het observatieprotocol en op het registratieformulier is de voorlichting die fysiotherapeuten geven in zes thema's ingedeeld:

1. informatie met betrekking tot methodisch werken;
2. informatie over diagnose en klachten;
3. instructie van huiswerk oefeningen;
4. adviezen met betrekking tot de klachten;
5. algemene adviezen over ziekte en gezondheid;
6. begeleiding en bespreken van psychosociale aspecten.

Het eerste thema behoeft enige toelichting. Methodisch werken betekent enerzijds een doelgerichte en systematische manier van werken en anderzijds betekent methodisch werken dat men deze werkwijze aan patiënt duidelijk maakt. Dit laatste is door ons 'informatie met betrekking tot methodisch werken' genoemd. Concreet gaat het er dan om of de fysiotherapeut de patiënt informatie geeft over de opbouw van de behandeling en het behandelplan, of hij uitlegt welke behandel-

vorm(en) hij toepast en waarom en of hij zijn bevindingen regelmatig aan de patiënt meedeelt. Kortom, of de fysiotherapeut zijn eigen handelen aan de patiënt expliciteert.

Het tweede thema spreekt voor zich. Informatie over diagnose en klachten kan betrekking hebben op het ontstaan of de oorzaak van de klachten of op de prognose of het vermoedelijk verloop van de klachten. Ook algemene anatomische uitleg hoort bij dit thema thuis.

Bij het derde thema gaat het om de instructies die fysiotherapeuten geven aangaande de oefeningen die de patiënt thuis moet doen. Hoewel dit een normaal onderdeel is van veel fysiotherapeutische behandelingen kan men deze huiswerkinstructies ook vanuit het oogpunt van patiëntenvoorlichting bekijken. In dat laatste geval let men vooral op de wijze waarop de instructies worden gegeven.

Bij de adviezen die fysiotherapeuten geven maken we een onderscheid in adviezen met betrekking tot de klachten (thema 4) en algemene adviezen over ziekte en gezondheid (thema 5). Laatsgenoemden zou men als een vorm van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding kunnen beschouwen omdat deze adviezen geen directe relatie met de klachten hebben maar in zijn algemeenheid betrekking hebben op een gezonde leefstijl.

Het zesde thema behelst de begeleiding van de patiënt bij de psychische belasting die door de klachten wordt veroorzaakt. Het bespreken van psychosociale aspecten is daar nauw mee verwant. In dit laatste geval gaat het vooral om aspecten die de klachten veroorzaken dan wel in stand houden oftewel de achterliggende oorzaken van de klacht.

Deze zes voorlichtingsthema's zijn geoperationaliseerd in totaal 59 concrete voorlichtingscategorieën (5 tot 10 per thema). Deze 59 categorieën vormen tezamen het observatieprotocol en 35 categorieën vormen het registratieformulier. Daarnaast zijn op het observatieprotocol nog zes items opgenomen die verwijzen naar de relatie tussen fysiotherapeut en patiënt of zo men wil naar de sfeer waarin de voorlichting wordt gegeven.

Het voorkomen van de voorlichtingscategorieën

De relevantie van de voorlichtingscategorieën is af te leiden uit het feit of ze al dan niet voorkomen in het dagelijks handelen van fysiotherapeuten en als zodanig te herkennen zijn.

Uit de resultaten blijkt dat de fysiotherapeuten in de 227 zittingen inderdaad over 58 van 59 categorieën informatie gegeven hebben zij het in wisselende mate: in 74% van de zittingen deelt de fysiotherapeut de bevindingen van de therapie aan de patiënt mee (onderdeel

van de informatie met betrekking tot methodisch werken), in 2% van de zittingen wordt de opbouw van het oefenprogramma aan de patiënt uitgelegd (onderdeel van de instructie van huiswerk oefeningen). Uit het feit dat voorlichting over de ene categorie veel vaker wordt gegeven dan over de andere categorie kan men niet zonder meer afleiden dat de laatsten dan ook minder relevant zijn voor het fysiotherapeutisch handelen. De onderzoekers zijn van mening dat sommige onderwerpen zeer relevant zijn ondanks het feit dat ze in het huidige materiaal nog sporadisch voorkomen. Het inpassen van de oefeningen in het dagelijks leven van de patiënt bijvoorbeeld gebeurt slechts in 4% van alle zittingen. Uit de literatuur (zie hoofdstuk 3) blijkt echter dat dit een belangrijk middel is om de therapietrouw van patiënten te vergroten. Er is geen reden om aan te nemen dat een dergelijk mechanisme ook niet in de fysiotherapie op zou gaan.

In z'n algemeenheid blijkt dat de fysiotherapeuten veel informatie en voorlichting aan patiënten geven: er is geen zitting waarin niets aan voorlichting wordt gedaan. Dit zou een ondersteuning kunnen vormen van de tot nu toe gehouden vragenlijstonderzoeken waaruit unaniem naar voren komt dat fysiotherapeuten zeggen veel aan patiënten voorlichting te doen en het een belangrijk onderdeel van hun werk te vinden. Het lijkt op dit moment dan ook vooral belangrijk om de inhoud en de systematiek van die voorlichting boven tafel te brengen.

De betrouwbaarheid van het observatieprotocol

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het observatieprotocol is getoetst door 33 zittingen door twee observatoren te laten beoordelen (een fysiotherapeut en een psycholoog). Voor het vaststellen van de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn 36 zittingen twee maal door dezelfde observator beoordeeld met een tussentijd van ± 6 weken. De betrouwbaarheid van elke categorie afzonderlijk varieert van .59 tot .97. Er zijn grote verschillen te zien tussen de betrouwbaarheid van de verschillende categorieën. Het is niet duidelijk of dat komt omdat de ene categorie inderdaad zoveel moeilijker te beoordelen is dan de andere of dat de verschillen veroorzaakt worden door de kleine aantallen waarop de berekeningen betrekking hebben.

De betrouwbaarheid van het observatieprotocol wordt groter als men niet naar de afzonderlijke categorieën kijkt maar naar de somscore per voorlichtingsthema. De betrouwbaarheidscoëfficiënten variëren dan van .70 tot .90. (.70 voor de informatie met betrekking tot

methodisch werken en .90 voor de instructie van de huiswerkoefeningen). We beschouwen dit als een acceptabele betrouwbaarheid en de conclusie moet dan ook zijn dat men het veiligst de somscore per thema kan gebruiken als men het observatieprotocol gebruikt.

De items die verwijzen naar de relatie tussen fysiotherapeut en patiënt blijken moeilijker te beoordelen te zijn (item 60 t/m 65). Bij drie van de zes items is de betrouwbaarheid zodanig laag dat ze als onbruikbaar moeten worden beschouwd. Een oplossing voor dit probleem kan zijn om de relatie tussen fysiotherapeut door de betrokken personen zelf te laten beoordelen.

Drie van de zes items laten wel een redelijke betrouwbaarheid zien. Interessant is het om in de toekomst deze drie observator-oordelen te vergelijken met de oordelen van fysiotherapeut en patiënt zelf.

Vergelijking tussen observatie en zelfregistratie

De vergelijking tussen observatie en zelfregistratie is voor beide meetinstrumenten gebaseerd op de somscore per voorlichtingsthema. De vergelijking laat een aantal interessante resultaten zien.

Ten eerste blijkt dat fysiotherapeuten de voorlichting die zij geven onderschatten: de fysiotherapeuten registreren dat zij gemiddeld per zitting over vier categorieën voorlichting geven terwijl de observatoren op de band horen dat zij gemiddeld over zes categorieën voorlichting geven.

Men kan dit verschijnsel op verschillende manieren interpreteren. De meest voor de hand liggende verklaring is dat fysiotherapeuten het voorlichten van de patiënt zo'n vanzelfsprekend onderdeel van hun werk beschouwen dat zij dat niet speciaal als patiëntenvoorlichting ervaren (en dus ook niet registreren). Een tweede verklaring kan te maken hebben met het feit dat de gemiddelde zitting zo'n 20 à 30 minuten duurt. Misschien is men aan het eind van de zitting vergeten dat men aan het begin tegen de patiënt gezegd heeft dat hij goed vooruitgegaan is of misschien vindt men zo'n opmerking te onbelangrijk om te registreren. Een derde verklaring kan liggen in het feit dat de observatoren drie weken getraind zijn in het opmerken van voorlichtingsaspecten terwijl dat voor de fysiotherapeuten niet geldt. Verwant daarmee is het feit dat de observatoren alle aspecten noteerden waar de fysiotherapeut voorlichting over gaf terwijl de fysiotherapeuten de voorlichting per categorie registreerden. Door het dichotomiseren van de antwoordcategorieën is dit laatste probleem echter grotendeels ondervangen.

De consequenties van deze gegevens voor het hoofdonderzoek zijn duidelijk. Wil men een zo volledig mogelijk beeld geven van wat fysiotherapeuten aan patiëntenvoorlichting doen dan zal men de observatiemethode moeten gebruiken omdat zelfregistratie een onderschatting geeft van de totale voorlichting.

Een tweede vergelijking betreft de samenhang tussen observatie en registratie. Tegen de verwachting in blijkt deze samenhang vrij laag te zijn (gemiddeld .48). De instructie van de huiswerkoefeningen springt daar met .76 in positieve zin uit. Het is niet duidelijk waardoor de relatief lage samenhang bij vijfde overige voorlichtingsthema's veroorzaakt wordt, zeker niet als dat vergeleken wordt met de relatief hoge samenhang bij de instructie van de huiswerkoefeningen.

De instructies van huiswerkoefeningen nemen overigens in het hele vooronderzoek een wat andere plaats in dan de overige voorlichtingsthema's: deze informatie wordt door de observatoren als het meest duidelijk beoordeeld, de betrouwbaarheid tussen de observatoren is zeer groot en de samenhang tussen observatie en registratie is eveneens groot. In het hoofdonderzoek zal geprobeerd worden om de verschillen tussen instructie en overige voorlichting nader te analyseren.

Op grond van de samenhang tussen observatie en registratie zal in het hoofdonderzoek voor de observatiemethode gekozen worden omdat nog niet bekend is welke mechanismen deze relatief lage samenhang veroorzaakt hebben. Bovendien ligt het voor de hand om grote realiteitswaarde toe te kennen aan datgene wat op de banden te horen is.

Verschillen tussen zittingen, fysiotherapeuten en patiënten

De mate waarin voorlichting aan de patiënt wordt gegeven hangt af van de plaats die de zitting in de behandeling inneemt: in de eerste twee zittingen wordt significant meer voorlichting gegeven dan in de daarop volgende zittingen. Dit geldt niet voor het geven van algemene adviezen over ziekte en gezondheid en voor de begeleiding van de patiënt of voor het bespreken van psychosociale problemen. Deze activiteiten vinden op willekeurige zittingen tijdens de behandeling plaats.

Tijdens het beluisteren van de banden viel overigens op dat de fysiotherapeuten relatief vaak in de tweede zitting achterliggende oorzaken van de klachten of psychosociale aspecten ter sprake brengen. Misschien hebben fysiotherapeuten zich wat dit betreft min of meer onbewust een bepaalde systematiek eigen gemaakt die in de prak-

tijk goed blijkt te werken. We zullen hier in het hoofdonderzoek aandacht aan schenken.

Dat er significante verschillen tussen de zittingen bestaan betekent dat hiervoor in het hoofdonderzoek gecontroleerd moet worden. Bij de berekeningen zal uitgegaan moeten worden van vergelijkbare zittingen per fysiotherapeut.

Er bestaat een significante samenhang tussen de duur van de zitting en de hoeveelheid voorlichting die de fysiotherapeut geeft: als men meer voorlichting geeft duurt de zitting langer. Men zou het echter ook andersom kunnen formuleren: als de zitting langer duurt geeft men meer voorlichting. Op grond van ons materiaal is nog geen uitspraak over oorzaak en gevolg te doen. Een opvallend verschil met de situatie in de huisartsgeneeskunde is het feit dat het bespreken van psychosociale aspecten in het huisartsconsult wel en in de fysiotherapiezitting niet samenhangt met de tijdsduur. Fysiotherapeuten benutten de behandeling om deze gesprekken te voeren, met name massage is daar door het lichamelijke contact met de patiënt bij uitstek geschikt voor.

De verschillen in de mate waarin en de wijze waarop fysiotherapeuten voorlichting geven zijn blijkens de resultaten aanzienlijk. Er is echter nog geen zicht op de oorzaak van deze verschillen omdat de fysiotherapeuten elk slechts vijf à zes patiënten op de audiobanden hebben opgenomen met de meest uiteenlopende klachten. Er is alle reden om aan te nemen dat de klacht van de patiënt mede bepalend is voor de voorlichting die wordt gegeven. Hierover wordt in een aparte publikatie verslag gedaan.

In het hoofdonderzoek zou men kunnen proberen per fysiotherapeut vergelijkbare patiënten en klachten op te nemen zo dat de verschillen wegvallen. Een van de problemen hierbij is dat dit in de praktijk moeilijk te realiseren is omdat een aantal fysiotherapeuten op grond van specifieke deskundigheden patiënten met een bepaald type klacht te behandelen krijgen. Een probleem daarbij is bovendien dat het onderzoek dan geen representatief beeld meer geeft van de behandelde patiënten. Op grond van deze overwegingen ligt het voor de hand om niet te proberen voor de verschillen tussen patiënten en klachten te controleren maar deze verschillen in het hoofdonderzoek nader te analyseren.

Dat ook patiënten invloed hebben op de voorlichting die fysiotherapeuten geven blijkt uit de samenhang die er is tussen de hoeveelheid

vragen die de patiënt stelt en de hoeveelheid informatie van de fysiotherapeut. Hoewel deze samenhang voor de hand ligt - wie vraagt krijgt doorgaans antwoord - bleek tijdens het beluisteren van de banden dat ook het omgekeerde het geval was, dat wil zeggen dat de informatie die de fysiotherapeut uit zichzelf vertelde voor de patiënt aanleiding was om hierover vragen te stellen. Het kan zijn dat als de fysiotherapeut laat merken dat hij veel wil vertellen de patiënt ook meer vragen durft te stellen.

Patiënten blijken vooral veel belang te hechten aan de informatie over de klachten, de oorzaken daarvan en de verbeteringen die optreden. Relatief minder frequent vraagt men om uitleg over de werkwijze van de fysiotherapeut of over de behandelvorm die hij toepast. Dit brengt ons bij de vraag in hoeverre de informatie met betrekking tot het 'methodisch werken' door patiënten op prijs gesteld wordt en dan met name het expliciteren van eigen handelen. In de ogen van de onderzoekers is dat de basis van het betrekken van de patiënt bij de behandeling en een manier om de patiënt te laten merken dat hij serieus genomen wordt. Of dit inderdaad zo werkt zullen we nader moeten onderzoeken.

Tot slot

Behalve voor onderzoeksdoeleinden kan het observatieprotocol gebruikt worden om de patiëntenvoorlichting in de fysiotherapeutische beroepsuitoefening te systematiseren. We sluiten dit interim-rapport af met enkele suggesties hieromtrent.

- Aan de hand van het observatieprotocol zouden deskundigen uit de fysiotherapiewereld een discussie kunnen aangaan over het relatieve belang van de diverse voorlichtingscategorieën. Deze discussie zou kunnen uitmonden in het formuleren van een aantal minimum eisen waaraan de patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten zou moeten voldoen.
- In de opleidingen fysiotherapie zou men bepaalde onderdelen van het observatieprotocol systematisch in de onderwijsprogramma's kunnen gaan verwerken. Men zou op die manier een grotere eenvormigheid in de opleiding kunnen bewerkstelligen. Ook kan dit ertoe leiden dat fysiotherapeuten meer dan nu het geval is erin getraind worden systematische patiëntenvoorlichting als een vanzelfsprekend onderdeel van hun professionele werkwijze te beschouwen.

- Tot slot zou het observatieprotocol een soort kader of stramien kunnen vormen om de voorlichting die bij specifieke aandoeningen geïndiceerd is in te vullen. De aandoeningengerichte na- en bijscholing zou op die manier aan eenvormigheid kunnen winnen.

- 1 Voorbeeld van de wijze waarop het observatieformulier ingevuld is voor twee items.

	patiënt	fase	advies specifiek dwingend					
32 rust	V	m m m	ja	nee	ja	nee	ja	nee
33 houding/beweging i		o o	ja	nee	ja	nee	ja	nee

De 'V' in de eerste kolom betekent dat de patiënt een vraag over rust heeft gesteld; de 'i' daaronder geeft aan dat de patiënt het initiatief genomen heeft om het onderwerp houding of beweging ter sprake te brengen of een aspect daarvan.

In de tweede kolom staat drie maal een 'M'. Dit betekent dat de fysiotherapeut drie maal informatie over rust heeft gegeven en twee maal over houding en beweging (twee maal 'O').

De 'M' betekent dat het gesprek tijdens massage plaatsvond, de 'O' dat het gesprek tijdens de oefentherapie plaatsvond.

De dwarse streepjes op de M staan voor een verduidelijking van de informatie.

Bij item 32 heeft de fysiotherapeut expliciet een advies gegeven, in specifieke termen maar niet dwingend.

Bij item 33 heeft de fysiotherapeut geen expliciet advies maar uitleg over houding en bewegen gegeven en hij deed dat niet in specifieke maar in globale termen.

Bij het geven van uitleg is de categorie dwingend versus niet dwingend niet van toepassing.

- 2 Als voorbeeld de optelsom van de hoeveelheid informatie die de fysiotherapeut over het thema 'diagnose en klachten' geeft:

- diagnose of klachten	3 maal informatie gegeven
- (mogelijke) oorzaken	2 maal informatie gegeven
- prognose of vermoedelijk beloop	0 maal informatie gegeven
- illustratief materiaal	0 maal informatie gegeven
- overig	4 maal informatie gegeven

totaal 9 maal informatie gegeven

De fysiotherapeut heeft dus in deze zitting negen maal informatie

over het thema 'diagnose en klachten' gegeven. Op dezelfde wijze zijn de somscores van de overige thema's berekend.

- BEROEPSOMSCHRIJVING FYSIOTHERAPEUT. Fysiovisie; 1986, no. 2. p. 2-6
- BERTELS, M., L. TEN BRUMMELER, C. VAN DIJKUM e.a. Tijd voor kwaliteit: evaluatie onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Amsterdam: Stichting Universitair Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek/Onderzoeksplatform in de Eerstelijns Dienstverlening in Amsterdam, 1985
- BONDER, J. Fysiotherapie en preventie, een beschouwing. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 93, 1983, no. 5. p. 155-162
- BUSSCHBACH, J.T. VAN. Patiëntenvoorlichting gemeten. Utrecht: NIVEL, 1986
- DEKKERS, F. Patiëntenvoorlichting. De onmacht en de pijn. Baarn: Ambo, 1981
- DERIJCKE, J.C.T., H.H. ERNST, A.F.E.T. VINCK. De zorg om de kwaliteit van de zorg in de fysiotherapie. Deventer: 1981
- DIMATTEO, M.R., D.D. DiNICOLA. Achieving patient compliance. New York: Pergamon Press, 1982
- HIJNENS, R. Een literatuuronderzoek naar patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten (in voorbereiding)
- HIJNINGEN, F.J.C.M., A.J. VERHAGEN. De patiënt en zijn fysiotherapeut. Een oriënterend onderzoek gehouden onder ziekenhuispatiënten (scriptie). 's-Gravenhage: Haagse Academie voor Lichamelijke Opvoeding en voor Fysiotherapie, 1982
- HOENEN, J.A.H.J. Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk. Eerste voortgangsrapportage. Utrecht: Stichting O & O, 1986
- HOLTEN-VRIESEMA, J., C. TOMPOT, H. VAN AALDEREN. Methodisch werken. Over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie, toegespitst op de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap; 21, 1978, no. 9. p. 322-335
- KERSSSENS, J.J., P.P. GROENEWEGEN, E.Chr. CURFS. Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1986
- KINDELAN, K.G., G. KENT. Patients' preference for information. Journal of the Royal College of General Practitioners; 36, 1986, no. 291. p. 461-463
- KNIBBE, J.J. Fysiotherapie en secundaire preventie van lage rugklachten. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 97, 1987, no. 7/8. p. 175-183
- KNIBBE, H., H.A. VAN DER LINDEN. Secundaire preventie van lage rugklachten. LVG-congres, 1987

- KOGELMAN, K., H. DE JONG. Ervaringen van patiënten met informatie, instructie, educatie en begeleiding (scriptie). Deventer: Rijks-hogeschool IJsselland, 1987
- KOK, G.J. Een model van gedragsverandering via voorlichting. Nederlands Tijdschrift voor Psychologie; 40, 1985, no. 2. p. 71-76
- KOK, J. Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, Gezondheidswetenschappen, 1988
- KOTEN-PETERSEN, B.H. VAN, J.J. MILIUS, C.C. SCHOPMAN. Eindrapport van het project "Curriculum-ontwikkeling in het HBO-gezondheidszorg", Deel 1: Projectverslag; Deel 2" Basisgegevens. Utrecht: Vereniging Opleidingsinstituten van Fysiotherapie, 1985
- KUIJPER, E.B. Inventarisatie van systematische patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten (scriptie). Hogere School voor Gezondheidszorg, VO-Beroepsinnovatie, 1987
- LEY, Ph. Giving information to patients. In: J.R. Eiser (ed.) Social psychology and behavioural medicine (p. 339-373). New York: Wiley & Sons Ltd, 1982
- LINDEN, H. VAN DER. Fysiotherapie en patiëntenvoorlichting. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 97, 1987, no. 5. p. 106-112
- LUBBERS, M.A.I., G. SMIT. Samenwerking huisarts-fysiotherapeut (verslag eerste fase). Utrecht: Stichting O & O, 1988
- MINISTERIE VAN VOLKGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Patiëntenbeleid. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980
- NICOLAS, E.C. Patiëntenvoorlichting. Licht uit, spot aan gericht op patiëntenvoorlichting (scriptie). Rotterdam, Rotterdamse Academie voor Fysiotherapie, 1987
- PENDLETON, D.A., S. BOCHNER. The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class. Social Science & Medicine; 14A, 1980, p. 669-673
- PETERSEN, J. Wat een fysiotherapeut van patiëntenvoorlichting moet weten. Utrecht: Hogeschool Midden-Nederland, 1987
- POLMAN, E.M., A.M.A. JASPERS. De voorlichting doorgelicht. Patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie-opleidingen. Maastricht: R.U. Limburg, 1985
- RETHANS, J.J.E en C.P.A. VAN BOVEN. Simulated patients in general practice; a different look at the consultation. British Medical Journal; 294, 1987, no. 6575, p. 809-812

- SLUIJS, E.M., J.P. DOPHEIDE, J. VAN DER ZEE. (eds). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Utrecht: NIVEL, 1985
- SLUIJS, E.M., J. VAN DER LEDEN. Methodisch werken. De ontwikkelingen sinds 1976. Huisarts en Wetenschap; 1988 (in voorbereiding)
- SPEEK, C. Fysiotherapeut "mens of machine". Relatie fysiotherapeut - patiënt (scriptie). Enschede: Twentse Academie van Fysiotherapie, 1984
- VERHAAK, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1986, proefschrift
- VERHAAK, P.F.M. Dokters in beeld: Een beschrijving van 2690 huisartsconsulten aan de hand van observatie van klachten en verrichtingen. Utrecht: NIVEL, 1987
- VERHAAK, P.F.M., J.T. VAN BUSSCHBACH. Patient education in general practice. Patient Education and Counseling; 11, 1988, no. 2. p. 119-129
- WAMS, R. Voorlichting en preventie door fysiotherapeuten. De stimulerende functie van de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie. Gezondheidsvoorlichting; 5, 1988, no. 4. p. 8-9
- WARMENHOVEN, N.E. De rechten van de patiënt. Opmvattingen van huisartsen en patiënten. Utrecht: NIVEL, 1985

OBSERVATIEPROTOCOL PATIËNTENVOORLICHTING DOOR FYSIOTHERAPEUTEN

Inhoud:

Het observatieprotocol bevat 65 items die in zeven thema's gegroepeerd zijn, te weten:

1. Methodisch werken
 - markering van de fasen
 - systematische informatie over de behandeling
 - informatie over werkwijze en behandelvorm
 - meedelen van bevindingen
2. Informatie over diagnose en klachten
3. Instructie van huiswerk oefeningen
4. Adviezen met betrekking tot de klachten
5. Algemene adviezen over ziekte en gezondheid
6. Psychosociale aspecten en begeleiding
7. Relatie fysiotherapeut - patiënt

Observatieprotocol patiëntenvoorlichting fysiotherapie

Bandcode patiënt m / v datum
 fysiotherapeut nr. leeftijd ± observator nr.
 patiënt nr. klachten teller van
 zitting nr. tot

Fasering	teller		markering		teller		markering		tijd per fase
	begin	einde	nee	ja	begin	einde	nee	ja	
i = intake		-		-		-		-	
a = anamnese		-		0 0	.....	-	.....	0 0	.....
z = onderzoek		-		0 0	.....	-	.....	0 0	.....
m = massage		-		0 0	.....	-	.....	0 0	.....
o = oefenther.		-		0 0	.....	-	.....	0 0	.....
f = fysiotechn.		-		0 0	.....	-	.....	0 0	.....
g = gesprek		-		0 0	.....	-	.....	0 0	.....
d = overig		-		0 0	.....	-	.....	0 0	.....
r = afronding		-		-		-		-	

Systematische informatie over behandeling

1. behandelplan zitting	0	0	0	.....	.....
2. behandelplan behandeling	0	0	0	.....	.....
3. duur behandeling	0	0	0	.....	.....
4. evaluatie behandeling	0	0	0	.....	.....

Informatie over werkwijze en behandelvorm

5. onderzoek	0	0	0	.....	.....
6. oefentherapie	0	0	0	.....	.....
7. massage	0	0	0	.....	.....
8. fysiotechniek	0	0	0	.....	.....
9. bijverschijnselen	0	0	0	.....	.....
10. overig	0	0	0	.....	.....

Meedelen van bevindingen

	nvt	nee	ja	patiënt	fase
11. bevindingen intake en anamnese	0	0	0	.....	.....
12. bevindingen onderzoek	0	0	0	.....	.....
13. bevindingen therapie	0	0	0	.....	.....

Informatie over diagnose en klachten

	nvt	nee	ja	patiënt	fase
14. diagnose, klachten	0	0	0	.....	.....
15. (mogelijke) oorzaken	0	0	0	.....	.....
16. prognose of verloop	0	0	0	.....	.....
17. illustratief materiaal	0	0	0	.....	.....
18. overig	0	0	0	.....	.....

Instructie huiswerk oefeningen

	nvt	nee	ja	patiënt	fase
19. welke oefeningen	0	0	0	.....	.....
20. aantal per keer	0	0	0	.....	.....
21. hoe vaak per dag	0	0	0	.....	.....
22. wijze van thuisoef.	0	0	0	.....	.....
23. opbouw oefenprogramma	0	0	0	.....	.....
24. opbouw oefening	0	0	0	.....	.....
25. stencil of drukwerk	0	0	0	.....	.....
26. zelf-geschreven instr.	0	0	0	.....	.....
27. aangepast aan patiënt	0	0	0	.....	.....
28. motiveren van patiënt	0	0	0	.....	.....
29. controle huisw. oef.	0	0	0	.....	.....
30. oplossingen huisw. oef.	0	0	0	.....	.....
31. overig	0	0	0	.....	.....

Adviezen en uitleg met betrekking tot klachten

	nee	ja	patiënt	fase	adv	spec	dwl	patiënt	fase	adv.	spec	dwl	
32. rust	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
33. houding	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
34. werk, sport, hobby	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
35. dagelijkse bezigh.	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
36. zelfzorg, huismidd.	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
37. hulpmiddelen	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
38. andere hulpverl.	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
39. huisarts, spec.	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
40. motiveren	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
41. controleren	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
42. oplossingen	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
43. overig	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
44. overig	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n

Algemene uitleg en adviezen over ziekte en gezondheid

45. bewegen, sporten	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
46. voeding, gewicht	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
47. roken, alc., dr.	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
48. medicijnen	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
49. ziekte i.h. alg.	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
50. motiveren	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
51. controleren	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
52. oplossingen	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
53. overig	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n
54. overig	0	0	.....	.....	j	n	j	n	.....	j	n	j	n

Psychosociale aspecten en begeleiding

	nee	ja	patiënt	fase	luisteren begrijpen/ steunen	exploreren oplossingen/ doorvragen inzicht
55. relatie spanning - klachten	0	0	.....	.....	_____	_____
56. psychosociale problemen	0	0	.....	.....	_____	_____
57. begeleiding m.b.t. klachten	0	0	.....	.....	_____	_____
58. overig	0	0	.....	.....	_____	_____
59. overig	0	0	.....	.....	_____	_____

Relatie fysiotherapeut - patiënt

	Min.			Max.	
60. positieve feedback geven	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	aantal
61. aandacht voor ongemak/pijn	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	aantal
62. patiëntgerichte interesse	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	
63. klachtgerichte interesse	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	
64. inbreng aan de patiënt geven	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	
65. patiënt passief vs actief	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	

MARKERING VAN DE FASEN

Fasering	teller		markering		tijd per fase
	begin	einde	nee	ja	
i = intake		-		-	
a = anamnese		-		0 0	.....
z = onderzoek		-		0 0	.....
m = massage		-		0 0	.....
o = oefenther.		-		0 0	.....
f = fysiotechn.		-		0 0	.....
g = gesprek		-		0 0	.....
d = overig		-		0 0	.....
r = afronding		-		-	

Toelichting

In elke zitting kunnen negen verschillende fasen voorkomen waarvan de beginpunten hieronder gedefinieerd zijn. Voor elke fase geldt dat deze eindigt als een volgende fase begint.

- De intake begint bij binnenkomst van de patiënt. In de intake vindt begroeting of kennismaking plaats en wordt doorgaans gevraagd hoe het met de patiënt gaat;
- De anamnese begint bij de eerste van een serie anamnestiche vragen. Anamnestiche vragen zijn doorgaans gerichte of gesloten vragen, bedoeld om een nauwkeurig beeld van de klachten te krijgen;
- De onderzoeksfase begint als de fysiotherapeut met het lichamelijk onderzoek begint of als hij aankondigt dat hij gaat onderzoeken. Onder onderzoeksfase valt alleen het onderzoek ter diagnostisering van de klachten. Onderzoeken ter controle tijdens een behandelvorm worden niet als aparte onderzoeksfasen benoemd;
- De behandelvorm massage begint als de fysiotherapeut begint met

- massage of aankondigt dat hij daarmee begint. Als het onduidelijk is of de fysiotherapeut met massage of met een andere behandelvorm bezig is wordt deze fase bij de categorie 'anders' ondergebracht;
- Oefentherapie begint bij de aanvang van de oefentherapie of als de fysiotherapie aankondigt met oefentherapie te beginnen. Alle bewegingstherapie en ook manuele therapie wordt tot oefentherapie gerekend. Bij onduidelijkheid over de toegepaste behandelvorm wordt deze fase als 'anders' benoemd;
 - De fase fysioteknikiek begint als de fysioteknische applicatie wordt toegepast of als de fysiotherapeut dit aankondigt. Bij onduidelijkheid wordt de fase 'anders' genoemd;
 - Een gespreksfase wordt alleen als zodanig benoemd als de behandeling hiervoor onderbroken wordt en het gesprek geen intake of anamnese is. Het gesprek tijdens de behandeling wordt dus niet als aparte gespreksfase benoemd, men moet er als het ware voor gaan zitten;
 - In de categorie 'overig' worden alle activiteiten opgenomen die niet tot massage, oefentherapie, fysioteknikiek of gesprek horen. Ook als het onduidelijk is welke behandelvorm toegepast wordt of als meerdere behandelvormen door elkaar lopen is de categorie 'overig' van toepassing;
 - De afronding begint als de fysiotherapeut stopt met de behandeling of als hij dit aankondigt. Tijdens de afronding kleedt de patiënt zich doorgaans aan en worden nieuwe afspraken gemaakt. De afronding eindigt als de patiënt de behandelruimte verlaat.

Markering van de fasen

Markeren van de fase betekent dat het begin van de volgende fase aangekondigd wordt. De fysiotherapeut doet dit door te verduidelijken wat hij in de volgende fase gaat doen. Per fase wordt genoteerd of deze wel of niet gemarkeerd is door in de kolom markering 'ja' of 'nee' aan te kruisen. Hierna volgt van elke fase een voorbeeld van beide mogelijkheden.

	geen markering	wel markering
anamnese	- waar zit nu de pijn	- ik moet eerst een aantal dingen van u weten
onderzoek	- kleedt u zich maar uit	kleedt u zich maar uit, ik ga u onderzoeken
massage	- kom maar op de bank	- kom maar op de bank, we beginnen met massage
oefentherapie	- doe de armen in de nek	- we nemen de oefeningen nog eens door, doe de armen maar in de nek
fysiotechneik	- ga maar op de buik liggen	- ik herhaal de paraffine-behandeling, ga maar op de buik liggen
gesprek	- geen markering	- vertel maar eens wat je allemaal te vragen hebt
anders	- leg je arm maar op de bank	- leg je arm maar op de bank, ik doe er een zwachtel om

Tijd per fase in seconden

In deze kolom wordt vermeld hoe lang elke fase duurt in seconden. Het aantal seconden wordt berekend aan de hand van de tellerstand van begin en einde van de fase. Dit gebeurt via een tijdentabel die correspondeert met tellerstanden. Er is voor alle behandelingen één en dezelfde cassette recorder gebruikt.

Storingen tijdens de behandeling bijvoorbeeld door een telefoongesprek worden alleen genoteerd als deze een minuut of langer duren. Storingen korter dan één minuut zijn niet genoteerd.

Bij de items 1 tot en met 59 staan even zo veel onderwerpen waarover de fysiotherapeut voorlichting kan geven tijdens een behandeling. Voorlichting kan bestaan uit informatie, uitleg of advies maar terwille van de beknoptheid gebruiken we in deze toelichting doorgaans het verzamelbegrip 'voorlichting'. In principe gaat het om datgene wat de fysiotherapeut aan de kennis van de patiënt toevoegt.

Bij elk item zijn vier antwoordmogelijkheden:

- niet van toepassing
- nee
- ja
- ja!

Niet van toepassing wordt aangekruist als het item in deze behandeling niet aan de orde is. Als bijvoorbeeld tijdens de behandeling geen oefentherapie wordt gegeven dan is informatie over de oefentherapie ook niet van toepassing.

Bij de items die gaan over adviezen met betrekking tot de klachten (32 tot en met 54) en bij de items over psychosociale aspecten is niet te beoordelen of het item niet van toepassing is zodat deze antwoordmogelijkheid hier ontbreekt.

Nee. De antwoordcategorie 'Nee' wordt aangekruist als tijdens de behandeling geen informatie, uitleg of advies over het betreffende item is gegeven, of als de fysiotherapeut vragen of initiatieven van de patiënt over dit onderwerp negeert.

Ja. De antwoordmogelijkheid 'ja' wordt aangekruist als de fysiotherapeut tijdens de behandeling, voorlichting over dit item heeft gegeven. Het aantal malen dat voorlichting over dit item gegeven is wordt in de kolom "fase" vermeld.

Als eenheid geldt daarbij het onderwerp of het aspect waar over gesproken wordt. Een voorbeeld kan dit verduidelijken:

"Uw klachten zijn voor een groot deel het gevolg van de operatie omdat u die spieren een aantal weken niet gebruikt heeft. Maar het kan ook zo zijn dat een deel van de klachten veroorzaakt is door de jarenlange scheve houding."

Dit voorbeeld wordt gescoord als twee maal voorlichting geven over de oorzaak van de klachten namelijk a) de operatie en b) de scheve houding.

Ja! Dit betekent dat de voorlichting uitgebreid en inzichtelijk is gegeven (op het observatieprotocol wordt dit aangegeven door dwarse streepjes). De fysiotherapeut kan dat doen door nadere toelichting of uitleg te geven over de informatie die hij verstrekt of door te checken of de patiënt hem goed begrepen heeft. Als eenheid geldt evenals hiervoor het onderwerp of aspect waarover gesproken wordt.

Voorbeeld 1: "Uw klachten zijn voor een groot deel het gevolg van de operatie, want door die operatie zijn deze spieren een tijd lang niet gebruikt waardoor de rek en de kracht er als het ware uit is. Het is dus geen aandoening van de spieren maar een gevolg van het niet gebruiken van de spieren."

Voorbeeld 2: "Behalve de rugspieroefeningen krijgt u nu ook nog twee buikspieroefeningen mee en wel om het volgende. U zou de wervelkolom kunnen vergelijken met een antenne die zowel door de rugspieren als door de buikspieren in evenwicht wordt gehouden. Het eenzijdig versterken van de rugspieren heeft dan weinig zin. We moeten zorgen dat er een balans ontstaat zodat de belasting als het ware gelijk verdeeld wordt."

De fase waarin de voorlichting wordt gegeven

Naast het aantal keren dat over een item voorlichting wordt gegeven wordt hier aangetekend in welke fase van de behandeling deze voorlichting wordt gegeven. Als de voorlichting tijdens de intake wordt gegeven wordt achter het betreffende item in de kolom "fase" een i (= intake) gezet. Als de voorlichting tijdens de oefentherapie wordt gegeven wordt daar een 0 (= oefentherapie) gezet. De negen letters die corresponderen met de negen fasen staan vermeld op het observatieprotocol bij "fasering".

Vragen en initiatieven van de patiënt

In de kolom 'patiënt' wordt aangetekend hoeveel vragen de patiënt over het betreffende item stelt door voor elke vraag van de patiënt een 'V' te noteren.

Als een vraag door de fysiotherapeut genegeerd wordt wordt een streep door de 'V' gezet.

Als de patiënt het initiatief neemt tot het bespreken van een item wordt een 'i' genoteerd. Negeren geeft een streep door de 'i'.

Systematische informatie over behandeling

	nvt	nee	ja	patient	fase
1. behandelplan zitting	0	0	0	.....	.....
2. behandelplan behandeling	0	0	0	.....	.....
3. duur behandeling	0	0	0	.....	.....
4. evaluatie behandeling	0	0	0	.....	.....

1. Behandelplan zitting

De fysiotherapeut vertelt aan de patiënt wat er tijdens deze zitting gaat gebeuren. Het verschil met markering van de fase is het volgende. Bij markering van de fase kondigt de fysiotherapeut alleen aan wat hij in de volgende fase gaat doen; bij het meedelen van het behandelplan van de zitting vertelt de fysiotherapeut wat er tijdens de hele zitting gaat gebeuren.

Voorbeelden: "We beginnen met massage en daarna nemen we de oefeningen door." (= ja)

"We laten de paraffine vandaag achterwege want dat heeft weinig invloed op de stijfheid van die spieren. We gaan wat bewegingsoefeningen doen, een aantal daarvan kunt u ook thuis oefenen." (= ja!)

2. Behandelplan behandeling

De fysiotherapeut geeft informatie over zijn behandelplan ten aanzien van de gehele behandeling of ten aanzien van de komende zittingen. Het gaat hier over de inhoud van de behandeling dus over wat men de komende zittingen gaat doen. Informatie over de duur van de behandeling of over het aantal zittingen hoort bij item 3 (= duur behandeling).

Voorbeelden: "We beginnen voorlopig met massage en zodra de pijn wat gezakt is gaan we ook oefeningen doornemen." (= ja)

"Ik ga die wervels losmaken met een manipulatie. Daarna gaan we een aantal oefeningen aanleren om te

zorgen dat die wervels ook op hun plaats blijven. Het kan zijn dat we die manipulatie een paar keer moeten herhalen, dat is op dit moment nog niet te voorspellen." (= ja!)

3. Duur behandeling

De fysiotherapeut geeft informatie over het aantal weken dat de behandeling gaat duren of over het aantal zittingen dat waarschijnlijk nodig zal zijn. Ook informatie over afbouwen van het aantal behandelingen hoort hier thuis.

Voorbeelden: "Ik denk dat zes of acht keer behandelen voldoende is." (= ja)

"Er is een machtiging voor 12 behandelingen. Ik vrees dat de klachten dan nog niet helemaal over zijn maar we kijken gewoon of we daarna nog een verlenging aan moeten vragen." (= ja!)

4. Evaluatie behandeling

De fysiotherapeut geeft informatie over de vorderingen van de patiënt of over de vooruitgang (of achteruitgang) van de klachten. De opmerkingen moeten betrekking hebben op een vergelijking van de huidige situatie met de situatie in vorige zittingen of met de situatie aan het begin van de behandeling.

Voorbeelden: "Het lopen gaat u toch veel beter af dan in het begin." (= ja)

"Laten we eens een vergelijking maken met de beginsituatie. We nemen even door welke klachten u precies had toen u hier kwam en kijken welke daar nu nog van over zijn." (= ja!)

N.B. Het feit dat een patiënt opmerkt dat het beter gaat wordt niet als 'ja' gescoord. Het gaat om de mening van de fysiotherapeut en om datgene wat hij aan informatie toevoegt.

Informatie over werkwijze en behandelvorm

	nvt	nee	ja	patient	fase
5. onderzoek	0	0	0	.....	.....
6. oefentherapie	0	0	0	.....	.....
7. massage	0	0	0	.....	.....
8. fysiotechiek	0	0	0	.....	.....
9. bijverschijnselen	0	0	0	.....	.....
10. overig	0	0	0	.....	.....

5. Onderzoek

De fysiotherapeut legt uit wat hij onderzoekt, op welke wijze hij iets onderzoekt of waarom hij iets onderzoekt. Het gaat hier dus niet over de klachten of over de aandoening maar over het feit dat de fysiotherapeut zijn eigen handelen aan de patiënt verduidelijkt.

Voorbeelden: "Wat ik nu doe is, ik onderzoek op welke manier die onderste rib beweegt." (= ja)

"Ik ga nu een aantal bewegingen maken om de linker- en de rechterkant met elkaar te vergelijken. Sommige bewegingen zullen pijnlijk voor je zijn maar ik zal het zo voorzichtig mogelijk doen." (= ja!)

6. Oefentherapie

De fysiotherapeut geeft informatie of uitleg over de oefentherapie of over de huiswerk oefeningen. De informatie kan betrekking hebben op alle aspecten van oefentherapie te weten:

- wat de fysiotherapeut doet;
- waarom hij dat doet;
- waar een beweging of oefening goed voor is;
- de werking van een oefening.

Het gaat hier niet om de oefeninstructies aan de patiënt, maar om informatie of uitleg over de oefentherapie.

Voorbeelden: "Dit zijn mobiliserende oefeningen die tot doel hebben de gewrichten los te maken." (= ja)

"Wat ik nu doe noemen wij tractie. Ik trek de wervels heel lichtjes uit elkaar waardoor er meer ruimte tussen de wervels ontstaat." (= ja!)

7. Massage

De fysiotherapeut geeft informatie of uitleg over de volgende aspecten van massage:

- wat hij doet en waarom hij dat doet;
- hoe massage werkt en wat het doel ervan is.

Voorbeelden: "Ik probeer nu die spieren wat soepeler te maken."
(= ja)

"Ik masseer deze spieren om ze wat soepeler te maken zodat straks die oefeningen wat gemakkelijker gaan en minder pijn geven." (= ja!)

8. Fysioteknik

De fysiotherapeut geeft informatie of uitleg over het doel en/of de werking van fysioteknische applicaties. Hiertoe hoort ook uitleg over de gebruikte materialen of apparatuur.

Voorbeelden: "Dit (paraffine) dient om de doorbloeding van de huid en de oppervlakkige spieren te bevorderen."
(= ja)

"Dit apparaat zendt geluidsgolven uit die je niet kunt horen of voelen, maar die wel tot diep in het weefsel doordringen en daar een verwarming teweegbrengen. Ultra-geluid heet dat." (= ja!)

9. Bijverschijnselen

De fysiotherapeut geeft informatie of uitleg over bijverschijnselen van de behandeling of reacties die na de behandeling op kunnen treden. Het gaat erom de patiënt voor te bereiden op dergelijke reacties of om algemene uitleg over bijverschijnselen. Niet bedoeld worden de vragen van de fysiotherapeut maar de reactie die de patiënt op de behandeling gehad heeft of de opmerkingen die de patiënt hierover maakt. Het gaat om de informatie die de fysiotherapeut toevoegt.

Voorbeelden: "Je kunt verwachten dat dit de komende dagen wat beurs aanvoelt." (= ja)

"Ik verwacht dat je morgen wel napijn van de behandeling zult voelen. In het algemeen is het echter zo dat dat niet langer dan een dag duurt en het is onschuldige spierpijn." (= ja!)

10. Overig

Alle informatie over de behandeling die niet in de items 5 tot en met 9 thuishoort wordt in de categorie 'overig' vermeld. Ook informatie die niet over een specifieke behandelvorm gaat maar over fysiotherapeutische behandeling in z'n algemeenheid wordt hier ondergebracht.

Voorbeelden: "Als de pijn terugkomt kunt u altijd weer bellen."
(= ja)

"Als u het goed vindt wil ik graag dat mijn collega u nog eens onderzoekt. Naar aanleiding van zijn bevindingen moeten we dan overleggen hoe we verder gaan." (= ja!)

Meedelen van bevindingen

	nvt	nee	ja	patient	fase
11. bevindingen intake en anamnese	0	0	0	.....	.....
12. bevindingen onderzoek	0	0	0	.....	.....
13. bevindingen therapie	0	0	0	.....	.....

11. Bevindingen intake en anamnese

De fysiotherapeut deelt na de intake of de anamnese aan de patiënt mee wat zijn bevindingen tot nu toe zijn of wat hij van de klachten denkt. De essentie van dit item is dat de fysiotherapeut na het stellen van een aantal vragen niet zonder meer overgaat naar de volgende fase maar dat hij de patiënt iets vertelt van wat hij op dat moment denkt. Ook als de fysiotherapeut zegt dat hij er nog weinig van kan zeggen omdat hij eerst onderzoek moet doen wordt als 'ja' gescoord omdat de fysiotherapeut de patiënt op dat moment iets van zijn opvattingen of gedachten laat weten.

Voorbeelden: "Uit wat ik zo hoor denk ik dat je weer een bronchitis te pakken hebt." (= ja)

"Het is me nog niet duidelijk wat er precies aan de hand is, het kan zijn dat de klachten uit de schouder komen maar het kunnen ook de nekwrvels zijn, ik ga dat nu onderzoeken." (= ja!)

12. Bevindingen onderzoek

De fysiotherapeut deelt na het onderzoek aan de patiënt mee wat hij van de klachten denkt. De essentie is dat fysiotherapeut na het onderzoek niet zonder iets te zeggen tot behandelen overgaat maar eerst iets vertelt over zijn bevindingen. Hij kan dit natuurlijk ook al tijdens het onderzoek doen. Ook de mededeling dat hij de diagnose nog niet met zekerheid kan stellen wordt als 'ja' gescoord.

Voorbeelden: "de klachten van u worden veroorzaakt door de nekwrvels" (= ja).

"ik vermoed dat de wervelkolom de oorzaak van de klachten is maar ik heb daar nog geen zekerheid over. Het zou namelijk ook een slijmbeursontsteking kunnen zijn, ik zal uitleggen wat dat is" (= ja!).

13. Bevindingen therapie

De fysiotherapeut vertelt na of tijdens de behandeling wat hij ziet of wat hij denkt over de klachten of over de vorderingen van de patiënt. Het gaat hierbij uitsluitend om opmerkingen over de huidige zitting. Zodra de opmerkingen betrekking hebben op vooruitgang van de patiënt vergeleken met vorige zittingen horen de opmerkingen thuis bij item 4 namelijk evaluatie van de behandeling.

Voorbeelden: "Deze spieren voelen heel soepel aan." (= ja)
"Deze beweging gaat u heel goed af. Als de arm nog ongeveer 5 centimeter verder komt is de beweeglijkheid optimaal en hoeft er niets meer aan verbeterd te worden." (= ja!)

Informatie over diagnose en klachten

	nvt	nee	ja	patient	fase
14. diagnose, klachten	0	0	0	.....	.....
15. (mogelijke) oorzaken	0	0	0	.....	.....
16. prognose of verloop	0	0	0	.....	.....
17. illustratief materiaal	0	0	0	.....	.....
18. overig	0	0	0	.....	.....

14. Diagnose of klachten

De fysiotherapeut geeft informatie of uitleg over de diagnose of over de aandoening of de klachten van de patiënt. Ook algemene uitleg over de anatomie van wervelkolom, gewrichten, weefsel en spieren valt onder dit item.

Voorbeelden: "Een beknelde zenuw in de nekswervels kan uitstralen-
de pijn naar de armen veroorzaken." (= ja)
"De klachten zien er minder ernstig uit dan vorig
jaar toen u hier was. Het feit dat u nu geen tinten-
lingen en geen uitvalsverschijnselen heeft betekent
dat de schade nu beperkt is." (= ja!)

15. (Mogelijke) oorzaken

De fysiotherapeut geeft informatie of uitleg over mogelijke oorzaken van de klachten. Het kan hierbij zowel gaan om oorzaken van afzonderlijke klachten als om deelaspecten daarvan. Ook als de fysiotherapeut zegt dat de oorzaak moeilijk te achterhalen is wordt dit beschouwd als informatie geven over de oorzaken.

Voorbeelden: "Het kan zijn dat dit de naweeën van de operatie
zijn." (= ja)
"Het kan zijn dat de scheefstand van het bekken de
oorzaak van de klachten is, maar dat is niet met zekerheid te zeggen. Een scheefstand van een halve centimeter komt vaker voor zonder dat mensen daar klachten van krijgen." (= ja!)

16. Prognose of verloop

De fysiotherapeut geeft informatie of uitleg over de prognose of over het verwachte verloop van de klachten. De informatie kan betrekking hebben op de klachten van deze patiënt maar men kan ook in zijn algemeenheid uitleg geven over het normale verloop van dit type klachten. Ook als de fysiotherapeut zegt dat hij niets over de prognose kan zeggen of dat het verloop moeilijk voorspelbaar is wordt 'ja' gescoord. Informatie over het aantal behandelingen of de duur van de behandeling hoort bij item 3 (duur behandeling).

Voorbeelden: "Die zwelling rond dat litteken blijft u houden."
(= ja)

"De pijn zal binnen een week of twee wel zogoed als verdwijnen maar met het lopen zult u nog wel wat problemen houden. Ik verwacht dat volledig herstel zo'n acht tot tien weken gaat duren." (= ja!)

17. Illustratief materiaal

De fysiotherapeut gebruikt illustratief materiaal om zijn informatie te verduidelijken. Dit kan zijn het skelet of onderdelen daarvan, anatomische atlas, tekeningen, folders etc. Ook kan de fysiotherapeut zelf tekeningen maken. Als illustratief materiaal gebruikt wordt wordt 'ja' gescoord; als daarbij ook nog een duidelijke uitleg wordt gegeven wordt 'ja!' gescoord.

Voorbeelden: "Ik zal u eens laten zien hoe het schoudergewricht in elkaar zit." (= ja)

"Rond het schoudergewricht dat u hier ziet zit een vrij hard weefsel, het kapsel en dat kan geïrriteerd zijn. Dat weefsel is vergelijkbaar met het weefsel rond een kippepootje als het vlees ervan af is. Het zijn dus niet de spieren die de pijn veroorzaken."
(= ja!)

18. Overig

Alle informatie en uitleg over diagnose of klachten die niet thuis-hoort in de items 14 tot en met 17 wordt in de categorie 'overig' ondergebracht.

Voorbeelden: "Op röntgenfoto's zijn spieraandoeningen niet te zien." (= ja)

"Ik geef je een boekje mee waar alle informatie over de ziekte van Bechterew instaat. Lees dat deze week eens goed door dan zal ik de volgende keer alle vragen beantwoorden die je daarover hebt." (= ja!)

Instructie huiswerk oefeningen					
	nvt	nee	ja	patiënt	fase
19. welke oefeningen	0	0	0	.....	.....
20. aantal per keer	0	0	0	.....	.....
21. hoe vaak per dag	0	0	0	.....	.....
22. wijze van thuisoef.	0	0	0	.....	.....
23. opbouw oefenprogramma	0	0	0	.....	.....
24. opbouw oefening	0	0	0	.....	.....
25. stencil of drukwerk	0	0	0	.....	.....
26. zelf-geschreven instr.	0	0	0	.....	.....
27. aangepast aan patiënt	0	0	0	.....	.....
28. motiveren van patiënt	0	0	0	.....	.....
29. controle huisw. oef.	0	0	0	.....	.....
30. oplossingen huisw. oef.	0	0	0	.....	.....
31. overig	0	0	0	.....	.....

19. Welke oefeningen

De fysiotherapeut vertelt de patiënt welke oefeningen de patiënt thuis moet doen. Als de patiënt deze oefening ook uit moet voeren tijdens de behandeling wordt ja! gescoord. In deze categorie vallen ook de opmerking van de fysiotherapeut over de oefeningen die de patiënt niet moet of mag doen. Adviezen ten aanzien van houding en beweging worden niet hier vermeld maar bij de items 32 tot en met 44. Het gaat hier uitsluitend om echte huiswerk oefeningen.

Voorbeelden: "U kunt thuis regelmatig buikspieroefeningen doen."
(= ja)

"Deze oefening kunt u thuis ook doen. Wilt u hem nu nog een paar keer voordoen dan kan ik zien of u hem goed doet." (= ja!)

20. Aantal per keer

De fysiotherapeut vertelt aan de patiënt hoeveel keer de oefening achter elkaar gedaan moet worden. Als de fysiotherapeut daarbij ex-

pliciet een getal noemt wordt ja! gescoord.

Voorbeelden: "Doet u deze oefening steeds een paar keer achter elkaar." (= ja)

"Doet u deze oefening steeds acht tot tien keer achter elkaar." (= ja!)

21. Hoe vaak per dag

De fysiotherapeut vertelt hoe vaak de oefening per dag of per week gedaan moet worden. Als de fysiotherapeut expliciet een getal noemt wordt ja! gescoord.

Voorbeeld: "U moet deze oefening regelmatig blijven doen." (= ja)

"U moet deze oefening elke dag twee keer doen, 's-ochtends en 's-avonds." (= ja!)

22. Wijze van oefenen

De fysiotherapeut geeft instructies over de wijze waarop de huiswerk oefening uitgevoerd moet worden. Het gaat hier alleen om de huiswerk oefeningen en niet om andere vormen van oefentherapie. Naast opmerkingen over de bewegingen die uitgevoerd moeten worden horen hier ook de opmerkingen thuis over de wijze van ademen, tot welke grenzen de patiënt moet gaan en dergelijke.

Voorbeelden: "Deze oefening kunt u het best liggend doen met een kussentje onder het hoofd." (= ja)

"Bij deze oefening moet je gaan tot aan de pijngrens en nooit verder. Als je pijn voelt hou je op. Het gaat om het rekken van de spieren en niet om het forceren ervan." (= ja!)

23. Opbouw oefenprogramma

De fysiotherapeut legt uit hoe het oefenprogramma opgebouwd wordt. Het gaat niet om het instrueren of aanleren van het oefenprogramma maar om de informatie of uitleg die daarover gegeven wordt.

Voorbeelden: "We beginnen met eenvoudige oefeningen en die gaan we steeds moeilijker maken." (= ja)

"Deze oefening gaan we langzaam opbouwen. We beginnen met één serie van tien keer heffen en dat wordt geleidelijk uitgebreid tot acht sessies van tien keer heffen. En op het laatst komt daar nog een gewicht van 500 gram op die enkel bij." (= ja!)

24. Opbouw oefening

De fysiotherapeut legt uit hoe een oefening opgebouwd wordt. Het gaat dus niet om de instructie of het aanleren van een oefening maar om de uitleg die over de opbouw van een oefening wordt gegeven.

Voorbeelden: "We beginnen met deze hoofdbeweging en als je die onder de knie hebt komen de schouders erbij." (= ja)
"Het is moeilijk om deze oefening in een keer aan te leren. We doen het in etappes. Steeds als je een beweging goed beheerst komt de volgende erbij. We beginnen met de ademhaling." (= ja!)

25. Stencil of drukwerk

De fysiotherapeut geeft een stencil of drukwerk met huiswerk oefeningen mee. Als de fysiotherapeut dit stencil ook nog met de patiënt doorneemt en uitleg geeft wordt 'ja!' gescoord.

Voorbeelden: "Hier hebt u een stencil waar de oefeningen nog eens opstaan." (= ja)
"De oefeningen staan op dit stencil uitgetekend. Ik neem ze even met u door om te zien of alles duidelijk is." (= ja!)

26. Zelf-geschreven instructies

De fysiotherapeut schrijft zelf de instructies of de oefeningen uit of schrijft aanvullende gegevens bij het stencil of drukwerk. Het gaat hier om de persoonlijke noot die de fysiotherapeut toevoegt. Het is ook mogelijk dat de fysiotherapeut de patiënt de oefeningen op laat schrijven.

Voorbeelden: "Ik schrijf alle oefeningen voor u op." (= ja)
"Ik heb deze oefening voor u opgeschreven. Lees dit eens door en vertel me of alles duidelijk is." (= ja!)

27. Aangepast aan de patiënt

De fysiotherapeut probeert de huiswerk oefeningen in te passen in het dagelijks leven van de patiënt. Hij kan dat doen door zelf met ideeën of suggesties te komen maar hij kan ook samen met de patiënt bespreken welke mogelijkheden de patiënt zelf ziet om de oefeningen in zijn dagelijks leven in te passen.

Voorbeelden: "Doe deze oefening steeds als je op het toilet zit dan vergeet je hem niet." (= ja)
"Als u op uw werk nou eens een stickertje op de telefoon plakt dan wordt u er elke keer als de tele-

foon gaat aan herinnerd dat u die bekkenbodem in moet trekken. Op den duur gaat dat vanzelf." (= ja)

28. Motiveren van de patiënt

De fysiotherapeut probeert de patiënt te motiveren om de huiswerk oefeningen regelmatig te (blijven) doen.

Voorbeelden: "Het is erg belangrijk dat u regelmatig blijft oefenen." (= ja)

"Als u zo doorgaat met oefenen dan kunt u er bijna zeker van zijn dat die klachten langer wegblijven, ik hoop dat u dit vol blijft houden." (= ja!)

29. Controle huiswerk oefeningen

De fysiotherapeut vraagt aan de patiënt hoe het oefenen gegaan is of vraagt aan de patiënt om de oefeningen die hij thuis gedaan heeft voor te doen. In het laatste geval kan hij zien hoe routinematig de oefeningen gaan wat een indicatie is voor de mate waarin de patiënt geoefend heeft en kan hij zonodig correcties aanbrengen.

Voorbeelden: "Hoe ging het oefenen deze week?" (= ja)

"Hoe is het oefenen gegaan? Laat ze maar eens zien, dan zal ik zeggen of u ze goed doet." (= ja!)

30. Oplossingen huiswerk oefeningen

De fysiotherapeut probeert oplossingen te bedenken wanneer er problemen zijn met het uitvoeren van de huiswerk oefeningen. Ook kan hij de patiënt stimuleren om zelf oplossingen te verzinnen. Het gaat hier dus niet om het corrigeren van oefeningen maar om oplossingen als de patiënt niet of nauwelijks aan oefenen toe is gekomen.

Voorbeelden: "Als twee keer per dag niet lukt doe het dan alleen 's-avonds maar dan wel wat langer." (= ja)

"Laten we eens kijken of je die oefening niet tijdens je werk uit kan voeren. Denk eens mee over situaties die dagelijks terug keren en waarin je deze oefening zou kunnen doen." (= ja!)

31. Overig

Alle informatie en instructies met betrekking tot de huiswerk oefeningen die niet bij de items 19 tot en met 30 thuishoort wordt hier vermeld.

ALGEMENE SCORINGSWIJZE BIJ DE ITEMS 32 TOT EN MET 54

Bij de items 32 tot en met 54 staan 19 onderwerpen genoemd waarover een fysiotherapeut informatie, uitleg of advies kan geven. Bij deze items gelden dezelfde antwoordcategorieën als bij de items 1 tot en met 31. Daarnaast zijn er nog vier extra antwoordmogelijkheden namelijk:

- is er sprake van een advies dan wel van informatie of uitleg;
- is het advies of de uitleg specifiek of globaal;
- is het advies dwingend of vrijblijvend;
- hoeveel verschillende adviezen worden over een onderwerp gegeven.

Advies versus informatie of uitleg

Er is sprake van een advies als de fysiotherapeut activiteiten aanraadt of afraadt aan de patiënt. Er is sprake van informatie of uitleg als het gesprek niet in een advies uitmondt. Voorbeelden van beide varianten worden bij de items 32 tot en met 54 vermeld.

Specifiek versus globaal

Zowel een advies als informatie of uitleg kan in globale termen gesteld zijn maar het kan ook toegesneden zijn op een specifieke situatie of aangepast zijn aan de situatie waarin de patiënt zich bevindt. Bij elk van de items 32 tot en met 54 wordt aangegeven of het onderwerp globaal dan wel specifiek besproken wordt. Zie voor voorbeelden de toelichting bij de items.

Dwingend versus vrijblijvend

Alleen als er van een advies sprake is wordt aangetekend of dit advies dwingend dan wel vrijblijvend is. Dwingend betekent dat de fysiotherapeut druk uitoefent opdat het advies ook gevolgd wordt. Bij uitleg of informatie is het onderscheid dwingend versus vrijblijvend niet van toepassing. Zie voorbeelden bij de items.

Aantal verschillende adviezen

Ten aanzien van elk item kunnen meerdere adviezen gegeven worden. Ten aanzien van bijvoorbeeld houding kan men adviseren om rechtop te zitten tijdens het studeren; om voortaan met rechte rug te tillen en om een ruggesteun voor de autostoel te kopen. Het aantal verschillende adviezen, in dit voorbeeld drie, wordt vermeld.

Adviezen en uitleg met betrekking tot klachten

	nee	ja	patiënt	fase	adv	spec	dwi
32. rust	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
33. houding	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
34. werk, sport, hobby	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
35. dagelijkse bezigh.	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
36. zelfzorg, huismidd.	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
37. hulpmiddelen	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
38. andere hulpverl.	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
39. huisarts, spec.	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
40. motiveren	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
41. controleren	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
42. oplossingen	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
43. overig	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
44. overig	0	0	.....	.....	j n	j n	j n

32. Rust

De fysiotherapeut geeft adviezen aan de patiënt om het rustiger aan te doen of rust te nemen. Hiertoe horen ook adviezen om bepaalde lichaamsdelen te ontlasten. De fysiotherapeut kan ook informatie of uitleg geven over het doel van rust nemen of van het ontzien van bepaalde lichaamsdelen. Beide soorten voorlichting worden hier gescoord.

Voorbeelden: "U moet proberen om het wat rustiger aan te doen."
 (= ja, advies, globaal, vrijblijvend)
 "U moet echt iedere middag drie kwartier gaan rusten. Dat hoeft niet in bed, dat mag ook in een gemakkelijke stoel. Maar wel iedere middag drie kwartier." (= ja!, advies, specifiek, dwingend)

33. Houding

De fysiotherapeut geeft adviezen, informatie of uitleg over de hou-

ding van de patiënt, bijvoorbeeld ten aanzien van lopen, zitten, liggen, bukken en dergelijke. Het aanleren van een andere houding wordt als ja! gescoord evenals het uitgebreid demonstreren van een andere houding.

Voorbeelden: "U moet regelmatig aan uw houding denken als u zit."
(= ja, advies, globaal, vrijblijvend)

"Je kan op twee manieren bukken. Zoals ik het nu doe laat ik mijn rug al het werk doen, maar als ik zoals nu door mijn knieën ga houd ik mijn rug gestrekt en heeft mijn rug niets te lijden." (= ja!, uitleg, specifiek, dwingend of vrijblijvend is hier niet van toepassing)

34. Werk, sport, hobby

De fysiotherapeut geeft adviezen, informatie of uitleg met betrekking tot het aanpassen van werk, sport of hobby. Hiertoe horen ook adviezen met betrekking tot stoppen of hervatten van werk of sport, adviezen over werkplek of werkhouding en dergelijke.

Voorbeelden: "Voetballen is de eerste twee weken strikt verboden." (= ja, advies, specifiek, dwingend)

"Wat is de hoogte van de werkbank op je werk, wijs dat eens aan en hoe sta je daar dan voor. Kun je daar geen voetenbankje onder zetten zodat je afwisselend op het ene been staat en het andere been laat rusten en andersom." (= ja!, advies, specifiek, vrijblijvend)

35. Dagelijkse bezigheden

De fysiotherapeut geeft adviezen, informatie of uitleg over het aanpassen van dagelijkse bezigheden. Onder dagelijkse bezigheden verstaan we huishoudelijk werk, persoonlijke verzorging, aan- en uitkleden en dergelijke.

Voorbeelden: "Bij het aantrekken van sokken en schoenen kun je beter gaan zitten." (= ja, advies, specifiek, vrijblijvend)

"Als je de afwas doet moet je het teiltje zo hoog zetten dat je tijdens de afwas rechtop kan blijven staan. Kijk maar eens of je iets in huis hebt dat daarvoor kan dienen. Juist het aanpassen van die steeds terugkerende werkjes is erg belangrijk." (= ja!, advies, specifiek, dwingend)

36. Zelfzorg en huismiddelen

De fysiotherapeut geeft adviezen, informatie of uitleg met betrekking tot zelfzorg of huismiddelen. Het gaat om alles wat de patiënt zelf zou kunnen doen om genezing te bevorderen of de pijn te verlichten.

Voorbeeld: "Een warm bad helpt doorgaans beter dan een warme douche." (= ja, advies, specifiek, vrijblijvend)
"Zodra er vocht in die knie zit, en dat kan optreden na de oefeningen, moet u met ijs koelen. Leg een handdoek onder de knie en wikkel een handvol ijsblokjes in een doek en laat dat een minuut of tien op die knie liggen. Niet vergeten! (= ja!, advies, specifiek, dwingend)

37. Hulpmiddelen

De fysiotherapeut geeft adviezen, informatie of uitleg over het gebruik van hulpmiddelen. Onder hulpmiddelen verstaan we bijvoorbeeld krukken, elastische zwachtels, mitella, steunzolen.

Voorbeelden: "Ik zou maar proberen om aan die steunzolen te wennen." (= ja, advies, specifiek, vrijblijvend)
"Een mitella kan wel helpen om die arm te ontlasten maar dan moet je er echt aan denken dat je die arm twee keer per dag uit de doek haalt en beweegt. Dat doe je dan door die arm met de andere hand een aantal keren omhoog te bewegen, anders verstijft die schouder." (= ja!, advies, specifiek, dwingend)

38. Andere hulpverleners

De fysiotherapeut geeft adviezen of informatie met betrekking tot het inschakelen van andere hulp of hulpverleners. Hiermee worden zowel professionele hulpverleners bedoeld zoals wijkverpleging, gezinsverzorging, algemeen maatschappelijk werk, diëtiste, psycholoog als niet professionele hulp zoals patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen, buurtactiviteiten en dergelijke.

Voorbeelden: "Misschien moet u overwegen om de gezinsverzorging een maandje in te schakelen." (= ja, advies, specifiek, vrijblijvend)
"Hier in het buurthuis wordt een gymnastiek en ontspanningscursus voor Turkse vrouwen gegeven. Dat zou voor u ook erg goed zijn. De cursus is elke maandagochtend van tien tot elf uur. Ik zal u vertellen wat ze daar precies doen." (= ja!, advies, specifiek, vrijblijvend)

39. Huisarts en specialist

De fysiotherapeut geeft advies, informatie of uitleg over de behandeling door huisarts of specialist. Het gesprek kan gaan over het nut van een terugverwijzing naar huisarts of specialist en over de onderzoeken en de behandeling die dan wellicht nodig zijn of over de behandeling die door huisarts of specialist al gegeven is of gegeven wordt. Ook informatie over de contacten met de controlerend geneesheer wordt bij dit item gescoord.

Voorbeelden: "Bij een slijmbeursontsteking is een injectie door de huisarts vaak de beste remedie." (= ja, geen advies maar informatie, specifiek, dwingend of vrijblijvend is hier niet van toepassing)

"Ik overweeg om u terug te sturen naar de huisarts. Het feit dat uw klachten na acht behandelingen nog nauwelijks afnemen betekent voor mij dat we de oorzaak ergens anders moeten gaan zoeken. Ik zou graag willen dat hij u opnieuw onderzoekt." (= ja!, advies, specifiek, vrijblijvend)

40. Motiveren

De fysiotherapeut probeert de patiënt te motiveren om de adviezen die hij ten aanzien van de items 32 tot en met 39 gegeven heeft op te volgen.

Voorbeelden: "Het is belangrijk dat u probeert die houding te veranderen." (= ja, advies, globaal, vrijblijvend)

"Het is in het begin erg moeilijk om deze houding aan te leren, het voelt heel onnatuurlijk aan. Toch zal u merken dat het op den duur een gewoonte wordt waar u niet meer aan denkt en waar u veel baat bij zal hebben." (= ja!, advies, specifiek, vrijblijvend)

41. Controleren

De fysiotherapeut vraagt aan de patiënt of het gelukt is om de adviezen op te volgen of vraagt welke problemen de patiënt daarbij ondervonden heeft. Ook kan hij adviezen ten aanzien van houding en beweging controleren door de patiënt de bewegingen voor te laten doen.

Voorbeelden: "Heeft u gevraagd of u een nieuwe stoel op het werk kunt krijgen?" (= ja, advies, specifiek, vrijblijvend)

"Doe eens voor hoe u nu thuis de wasmand optilt. Ja, dat is uitstekend. Lukt het u om er steeds aan te

denken?" (= ja!, advies, specifiek, vrijblijvend)

42. Oplossingen

De fysiotherapeut bespreekt de problemen die de patiënt heeft met het opvolgen van de adviezen. Hij probeert oplossingen te bedenken of stimuleert de patiënt om zelf oplossingen te verzinnen.

Voorbeelden: Als het niet lukt met dat stofzuigen, kan uw man dat overnemen?" (= ja, advies, specifiek, vrijblijvend)
"U moet proberen iets te verzinnen waardoor u er steeds aan herinnerd wordt. Zet bijvoorbeeld een kaartje op de TV zodat je elke keer als je TV kijkt denkt, oh ja, opletten hoe ik zit. Probeer zelf eens dit soort hulpmiddelen te bedenken." (= ja!, advies specifiek, vrijblijvend)

43 en 44. Overig

Alle adviezen, informatie en uitleg met betrekking tot de klachten die niet in de items 32 tot en met 42 ondergebracht kunnen worden horen in de categorieën 'overig' thuis.

Voorbeelden: "U mag beslist niet op hoge hakken lopen." (= ja, advies, specifiek, dwingend)
"U kan overwegen om een nieuwe matras te kopen. Na een jaar of 15 hebben die meestal hun beste tijd gehad en een doorgezakt matras is eigenlijk altijd slecht voor de rug." (= ja!, advies, specifiek, vrijblijvend)

ALGEMENE ADVIEZEN EN UITLEG OVER ZIEKTE EN GEZONDHEID: ITEMS 45 TOT EN MET 54

Algemene uitleg en adviezen over ziekte en gezondheid

	nee	ja	patiënt	fase	adv	spec	dwi
45. bewegen, sporten	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
46. voeding, gewicht	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
47. roken, alc., dr.	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
48. medicijnen	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
49. ziekte i.h. alg.	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
50. motiveren	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
51. controleren	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
52. oplossingen	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
53. overig	0	0	.....	.....	j n	j n	j n
54. overig	0	0	.....	.....	j n	j n	j n

45. Bewegen en sporten

De fysiotherapeut geeft adviezen, informatie of uitleg ten aanzien van het nut van meer bewegen of sporten. Het gaat hier om algemene adviezen over gezonde leefwijzen en niet om adviezen ter genezing van de klachten. De laatste horen bij de vorige items 32 tot en met 44 thuis.

Voorbeelden: "Mensen met een zwakke rug hebben vaak baat bij zwemmen." (= ja, geen advies maar informatie, specifiek)

"Als u straks ophoudt met werken dan moet u wel proberen iets aan beweging te blijven doen. U moet zelf eens nadenken wat het meest geschikt voor u is, of wat u leuk vindt want als u het niet met plezier doet is het moeilijk vol te houden." (= ja!, advies, globaal, vrijblijvend)

46. Voeding en gewicht

De fysiotherapeut geeft adviezen, informatie of uitleg met betrekking tot voeding en gewicht. Een vrijblijvend gesprek over afvallen of lijnen wordt niet beschouwd als voorlichting geven. Het gaat ook

hier, zoals bij alle items over de informatie of de uitleg die de fysiotherapeut toevoegt.

Voorbeelden: "In plaats van jus d'orange kunt u beter Spa drinken." (ja, advies, specifiek, vrijblijvend)
"Minder gewicht betekent eigenlijk altijd een mindere belasting voor het bewegingsapparaat. Loop maar eens een dag met tien kilo op je rug dan voel je wel wat dat voor je spieren betekent." (= ja!, geen advies maar informatie, globaal)

47. Roken, alcohol en drugs

De fysiotherapeut geeft adviezen, informatie of uitleg met betrekking tot roken, alcohol of druggebruik.

Voorbeelden: "Kortademigheid kan ook door roken veroorzaakt worden." (= ja, geen advies maar informatie, globaal)
"Als het u zou lukken om te stoppen met roken dan zou u zich waarschijnlijk een stuk prettiger en fitter voelen. Maar ja, dat weet u zelf natuurlijk ook wel. Zoiets is gemakkelijker gezegd dan gedaan." (= ja!, advies, specifiek, vrijblijvend)

48. Medicijnen

De fysiotherapeut geeft adviezen, informatie of uitleg over medicijnen of over medicijngebruik. De informatie kan betrekking hebben op de medicijnen die de patiënt gebruikt maar kan ook in het algemeen over medicijngebruik gaan.

Voorbeelden: "Als u het doosje meeneemt zal ik voor u nakijken wat de werking van die medicijnen is." (= ja, geen advies maar informatie, globaal)
"Valium is geen pijnstiller maar heeft een kalmerende werking waardoor ook de spierspanning vermindert. Het feit dat u de pijn dan minder voelt komt omdat de verkramping van die spieren vermindert. Dat is echter maar tijdelijk en het verandert niet echt iets aan die spieren." (= ja!, geen advies maar informatie, specifiek)

49. Ziekte in het algemeen

De fysiotherapeut geeft informatie, uitleg of adviezen over ziekte in het algemeen. Het betreft hier niet de klachten waarvoor de patiënt onder behandeling is omdat die informatie bij de items 14 tot en met 18 thuishoort. De informatie kan betrekking hebben op aan-

doeningen of kwalen van de patiënt, op behandelingen of operaties die de patiënt heeft ondergaan of moet ondergaan of kan in z'n algemeenheid betrekking hebben op ziekte of gezondheid.

Voorbeelden: "Zo'n verkoudheid gaat meestal vanzelf over, daar kan een huisarts ook niet veel aan doen." (= ja, geen advies maar informatie, globaal)
"Het staat nu wel vast dat hart en vaatziekten beïnvloed worden door de leefwijze van mensen zoals roken, te weinig bewegen, te vet eten en dergelijke. Dat zijn allemaal factoren die het ontstaan van hart- en vaatziekten kunnen bevorderen." (= ja!, geen advies maar informatie, globaal)

50. Motiveren

De fysiotherapeut probeert de patiënt te motiveren tot het opvolgen van de adviezen die hij ten aanzien van de items 45 tot en met 50 gegeven heeft.

Voorbeelden: "Het is belangrijk dat u er tien kilo afkrijgt." (ja, advies, specifiek, vrijblijvend)
"U zult eens zien hoe u opknapt van dat zwemmen en hoe dat na een tijdje steeds beter gaat. Van de zomer was er op vakantie een man van 70 die zwom niet harder maar wel langer dan ik." (= ja!, advies, specifiek, vrijblijvend)

51. Controleren

De fysiotherapeut vraagt of het de patiënt gelukt is om de adviezen op te volgen die hij ten aanzien van de items 45 tot en met 50 gegeven heeft.

Voorbeelden: "Bent u al gaan zwemmen deze week?" (= ja, advies, specifiek, vrijblijvend)
"Is het gelukt om wat te minderen met die pijnstillers. Hoeveel gebruikt u er nu nog per dag? Vindt u het erg moeilijk?" (= ja!, advies, specifiek, vrijblijvend)

52. Oplossingen

De fysiotherapeut bespreekt mogelijke oplossingen als het de patiënt niet lukt om de gegeven adviezen op te volgen. Ook kan hij de patiënt stimuleren zelf oplossingen te verzinnen.

Voorbeelden: "Als dat afvallen in je eentje niet lukt dan zou je naar de weightwatchers kunnen gaan." (= ja, advies,

specifiek, vrijblijvend)

"Als u merkt dat u er toch niet toe komt om regelmatig te gaan zwemmen dan zou u moeten proberen iets anders te verzinnen om in beweging te blijven. Hebt u zelf al over andere mogelijkheden nagedacht?" (= ja!, advies, globaal, vrijblijvend)

53 en 54. Overig

Alle voorlichting die niet in de categorieën 45 tot en met 52 past wordt bij 'overig' vermeld.

Voorbeelden: "Het verschil met een fysiotherapeut is dat een chiropracticus arts is." (= ja, geen advies maar informatie, specifiek)

"Er zijn allerlei manieren van ademen die je aan kunt leren. De buikademhaling wordt in yoga en in ontspanningstherapie veel gebruikt omdat dat min of meer de basis is van alle ontspanningsoefeningen." (= ja!, geen advies maar informatie, specifiek)

Psychosociale aspecten en begeleiding			nee	ja	patiënt	fase	luisteren	begrijpen	steunen	exploreren	doorvragen	oplossingen	inzicht
55. relatie spanning - klachten	0	0	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
56. psychosociale problemen	0	0	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
57. begeleiding m.b.t. klachten	0	0	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
58. overig	0	0	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
59. overig	0	0	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Scoringswijze

Voor de items 55 tot en met 59 geldt een andere scoringswijze dan voor alle overige items. Er zijn vier antwoordmogelijkheden waarvan 1 en 2 als passief en 3 en 4 als actief getypeerd kunnen worden.

1. luisterend: de fysiotherapeut luistert naar wat de patiënt te vertellen heeft en voegt daar zelf niets aan toe, hij fungeert min of meer als praatpaal.
2. begrijpend: de fysiotherapeut luistert naar de patiënt en laat merken dat hij met de patiënt meevoelt of meeleeft. Het gesprek heeft een steunend of troostend karakter.
3. explorerend: de fysiotherapeut stelt zich actief op in het gesprek door zelf onderwerpen ter sprake te brengen en daarop door te vragen. Hij probeert meer zicht op het probleem te krijgen of het probleem samen met de patiënt te verhelderen.
4. oplossend of inzichtgevend: de fysiotherapeut probeert de patiënt inzicht in het probleem te ge-

ven door uitleg over het probleem. Ook kan hij oplossingen aandragen of de patiënt stimuleren zelf oplossingen te bedenken.

Van elk gesprek over psychosociale aspecten wordt geturfd hoeveel onderwerpen of aspecten ter sprake komen. Het gaat daarbij om de wijze waarop de fysiotherapeut reageert. Zie de voorbeelden bij de items 61 tot en met 65. De voorbeelden geven niet het gehele gesprek weer maar betreffen slecht één fragment dat ter illustratie uit het gesprek is gelicht.

55. Relatie spanning-klachten

De fysiotherapeut bespreekt met de patiënt de relatie of de mogelijke relatie tussen spanning of stress en de klachten van de patiënt. Voorbeelden:

1. Patiënt: "'s-Avonds in bed komen vaak alle frustraties van de dag weer boven. Ik merk dan dat ik gespannen wordt en dan begin ik ook die pijn weer te voelen en dat wordt dan zo erg dat ik de eerste uren niet kan slapen."

Fysiotherapeut: "Ja."

(= luisteren)

2. Patiënt: "Als ik zoiets meemaak heb ik mijn ademhaling niet meer onder controle. Ik word helemaal gespannen en ik voel dan al aankomen dat het mis gaat."

Fysiotherapeut: "Maar dat zijn ook heel moeilijke situaties."

(= begrijpend)

3. Fysiotherapeut: "Merk je zelf dat de klachten toenemen op momenten dat je gespannen bent?"

(= exploreren)

4. Fysiotherapeut: "Het is niet zo dat stress de klachten veroorzaakt, maar het is wel zo dat stress de klachten kan verergeren omdat dan de spanning in je hele lichaam toeneemt."

(= inzicht geven)

56. Psychosociale problemen

De fysiotherapeut bespreekt psychische, sociale of maatschappelijke problemen waar de patiënt op dat moment mee zit en die mogelijk-

wijs in verband kunnen staan met de klachten. Het gaat hier dus niet om de (abstracte) relatie tussen problemen en klachten maar om de problemen zelf.

Voorbeelden:

1. Patiënt: "Sinds mijn man overleden is heb ik nergens meer zin in."

Fysiotherapeut: "Hm."

(= luisteren)

2. Fysiotherapeut: "Het moet voor u ook niet gemakkelijk zijn om zoveel tegelijk te verwerken."

(= begrijpen/steunen)

3. Patiënt: "Ik hou dat werk niet vol maar ik zal wel moeten want mijn man kan nergens werk vinden."

Fysiotherapeut: "Vertel me eens wat je zo'n dag moet doen?"

(= exploreren)

4. Fysiotherapeut: "Misschien is het toch beter dat je dit allemaal ook eens tegen de huisarts vertelt. Ik kan alleen maar naar je luisteren maar je niet echt helpen en dat kan hij waarschijnlijk wel."

(= oplossingen aandragen)

57. Begeleiding met betrekking tot de klachten

De fysiotherapeut bespreekt de problemen of de handicaps die voortkomen uit de aandoening of de klachten van de patiënt.

Voorbeelden:

1. Patiënt: "De eerste weken na de operatie was ik zo opstandig en verdrietig maar ik zie nu wel dat ik toch doormoet."

Fysiotherapeut: "Ja."

(= luisteren)

2. Fysiotherapeut: "Ik vind het dapper hoor, dat u dat weer gaat proberen."

(= steunen/begrijpen)

3. Fysiotherapeut: "Wat zijn de dingen die je eigenlijk zou willen doen en die op dit moment niet meer gaan?"

(= exploreren)

4. Fysiotherapeut: "In het begin ben je als het ware gefixeerd op alle dingen die je niet meer kan maar over een tijdje zal je zien dat je kunt gaan kijken naar alles wat je nog wel kan en dat je daar dan ook vindigrijk in wordt."
(= oplossing/inzicht)

58 en 59. Overig

De fysiotherapeut heeft een persoonlijk gesprek met de patiënt over een onderwerp dat niet in de items 55 tot en met 57 thuishoort. Bijvoorbeeld over ziekte of een sterfgeval van de ouders van de patiënt, over ziekte van de kinderen of van nabije familieleden, over problemen met huisvesting of werk en dergelijke. Het gaat hier doorgaans over problemen van anderen waar de patiënt wel mee zit maar die niet in direct verband lijken te staan met de huidige klachten van de patiënt.

RELATIE FYSIOTHERAPEUT-PATIËNT

Relatie fysiotherapeut - patiënt				
	Min.			Max.
60. positieve feedback geven	1	2	3	4
61. aandacht voor ongemak/pijn	1	2	3	4
62. patiëntgerichte interesse	1	2	3	4
63. klachtgerichte interesse	1	2	3	4
64. inbreng aan de patiënt geven	1	2	3	4
65. patiënt passief vs actief	1	2	3	4

Toelichting

De items 60 tot en met 64 verwijzen naar aspecten van de relatie tussen fysiotherapeut en patiënt. Elk item wordt op de 4-puntschaal gescoord met de volgende betekenis. De fysiotherapeut besteedt aan dit aspect:

- 1 = geen aandacht;
- 2 = enige aandacht;
- 3 = tamelijk veel aandacht;
- 4 = zeer veel aandacht.

De items zijn als volgt gedefinieerd:

60. Positieve feedback geven verwijst naar de mate waarin de fysiotherapeut positieve of belonende opmerkingen tegen de patiënt maakt. Deze opmerkingen kunnen betrekking hebben op de vorderingen die de patiënt maakt, op zijn medewerking aan de behandeling, het doen van huiswerk oefeningen, het opvolgen van adviezen e.d.

Het aantal positieve of belonende opmerkingen wordt bij 'aantal' geturfd.

Voorbeelden: "Ik kan zien dat u goed geoefend heeft"

"Dat gaat al uitstekend zo"

Opmerkingen als 'goed zo' die alleen als stopwoordje gebruikt worden, worden niet meegeteld.

61. Aandacht voor ongemak en pijn. Dit is de mate waarin de fysiotherapeut begrip heeft voor pijn en ongemak van de patiënt. Dit kan zowel betrekking hebben op pijn voorkomend uit de klachten als op het ongemak dat de patiënt tijdens de behandeling moet ondergaan. Opmerkingen over pijn die een functie hebben in onderzoek of behandeling worden hier niet bedoeld. Het aantal opmerkingen over ongemak en pijn wordt bij 'aantal' geturfd.

Voorbeelden: "Hier moet u wel veel last van hebben"

"Dit is gemeen hè, ik moet u even pijn doen"

62. Patiëntgerichte interesse verwijst naar de persoonlijke betrokkenheid van de fysiotherapeut bij de patiënt. Dit kan tot uitdrukking komen door de aandacht of empathie van de fysiotherapeut maar ook door een ontspannen, vertrouwelijke en open sfeer tijdens de behandeling.
63. Klachtgerichte interesse. Dit is de mate waarin de fysiotherapeut actief betrokken is bij de klachten en de behandeling van de patiënt. Het gaat als het ware om de professionele betrokkenheid van de fysiotherapeut en de inzet waarmee hij de behandeling uitvoert.
64. Inbreng aan de patiënt geven. Dit is de mate waarin de patiënt inspraak krijgt in de behandeling of de mate waarin de patiënt actief bij de behandeling wordt betrokken. De fysiotherapeut kan dit stimuleren door naar ideeën of meningen van de patiënt te vragen of door op een serieuze wijze in te gaan op de vragen of ideeën die de patiënt zelf naar voren brengt.

Indruk van de patiënt

65. Patiënt passief versus actief. Op de 4-puntschaal wordt een algemene indruk gegeven van de mate waarin de patiënt actief aan de behandeling meewerkt. Deze actieve medewerking kan tot uitdrukking komen in de interesse die de patiënt voor de behandeling toont of de wijze waarop hij omgaat met adviezen of met huiswerk oefeningen. In deze score komt tot uiting in hoeverre de patiënt zichzelf (mede) verantwoordelijk lijkt te voelen voor zijn genezing of voor zijn eigen gezondheid.

BIJLAGE 2

Patiëntencode
Behandeling nr.

Nederlands instituut voor onderzoek
van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Utrecht

REGISTRATIEFORMULIER

PATIENTENVOORLICHTING FYSIOTHERAPIE REGISTRATIE

De vragen hebben alleen betrekking op DEZE behandeling!

		1	2	
INFORMATIE OVER KLACHTEN	1. heeft u anatomische uitleg over de klachten gegeven	☐	☐	(14)
	2. heeft u informatie over mogelijke oorzaken gegeven	☐	☐	(15)
	3. over de prognose of over het vermoedelijke verloop	☐	☐	(16)
	4. heeft u illustratief materiaal gebruikt	☐	☐	(17)
	5. -----	☐	☐	(18)
UITLEG OVER BEHANDELING	6. is uitleg gegeven over doel en/of werking van oefentherapie	☐	☐	(6)
	7. over doel en/of werking van massage	☐	☐	(7)
	8. over doel en/of werking van fysiotherapie	☐	☐	(8)
	9. over bijverschijnselen van of reacties op behandeling	☐	☐	(9)
	10. -----	☐	☐	(10)
INSTRUCTIE OEFENINGEN THUIS	11. is verteld welke oefeningen de patiënt thuis moet doen	☐	☐	(19)
	12. hoe vaak elke oefening gedaan moet worden	☐	☐	(20)
	13. hoe vaak of wanneer per dag geoefend moet worden	☐	☐	(21)
	14. is de opbouw van het oefenprogramma uitgelegd	☐	☐	(23)
	15. is dit aangepast aan de specifieke situatie van de patiënt	☐	☐	(27)
	16. is stencil of drukwerk met oefeningen meegegeven	☐	☐	(25)
	17. heeft u zelf-geschreven instructies meegegeven	☐	☐	(26)
	18. is geprobeerd de patiënt te motiveren tot oefenen	☐	☐	(28)
	19. is nagegaan of de patiënt thuis geoefend heeft	☐	☐	(29)
	20. -----	☐	☐	(31)
ADVIEZEN OF INSTRUCTIES M.B.T. KLACHTEN	21. zijn adviezen of instructies gegeven m.b.t. rust	☐	☐	(32)
	22. adviezen of instructies m.b.t. de houding	☐	☐	(33)
	23. m.b.t. het aanpassen van werk, sport of hobby	☐	☐	(34)
	24. m.b.t. het aanpassen van dagelijkse bezigheden incl. ADL	☐	☐	(35)
	25. m.b.t. zelfzorg of huismiddelen	☐	☐	(36)
	26. m.b.t. het inschakelen van andere hulp of hulpverleners	☐	☐	(38)
	27. -----	☐	☐	(43+44)
ALGEMENE ADVIEZEN	28. heeft u geadviseerd over meer bewegen of sporten	☐	☐	(45)
	29. over voeding, gewicht of afvallen	☐	☐	(46)
	30. over minder roken, alcohol- of druggebruik	☐	☐	(47)
	31. -----	☐	☐	(53+54)
PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN	32. heeft u gesproken over de relatie spanning - klachten	☐	☐	(55)
	33. heeft u psychosociale problemen met de patiënt besproken	☐	☐	(56)
	34. heeft u steun of begeleiding gegeven m.b.t. de klachten	☐	☐	(57)
	35. -----	☐	☐	(58+59)

OPMERKINGEN:

N.B. De corresponderende items van het observatieprotocol zijn tussen haakjes vermeld.

