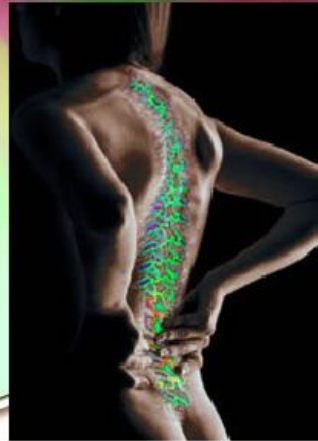




'Met de wind in de rug', een voorlichtingscd-rom voor (sub) acute aspecifieke lage rugklachten

Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grote schaal?



J. Stoffelen

S. Vermonden

Mei 2009

‘Met de wind in de rug’, een voorlichtingscd-rom voor (sub)acute specifieke lage rugklachten.

Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grote schaal?

Een kwalitatief onderzoek naar de voorlichtingscd-rom ‘met de wind in de rug’.

Auteurs: J. Stoffelen, 2050680
S. Vermonden, 2051656

Hogeschool Zuyd Heerlen

Faculteit Gezondheid en Techniek

Opleiding Fysiotherapie

Afstudeerbegeleider: Dr. A.F. Lenssen

Mei 2009

Copyright © 2009: Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Hogeschool Zuyd en auteurs.

Dankwoord

Deze scriptie was zeker niet geworden wat hij nu is zonder medewerking van derden. Daarom willen wij in dit dankwoord dank uit dragen aan de volgende personen:

Ton Lenssen willen wij allereerst danken voor zijn begeleiding tijdens de afgelopen periode, waarin we deze scriptie tot stand hebben laten komen. Wij hebben het als een goede en prettige samenwerking ervaren.

In het bijzonder de fysiotherapeuten, die wilden meewerken aan ons project, zijn wij erg dankbaar. Zonder hen was deze scriptie niet mogelijk geweest.

Verder gaat een dankwoord uit naar alle betrokkenen en inhoudsdeskundigen van de Hogeschool Zuyd te Heerlen die een steentje hebben bijgedragen aan dit project.

Tenslotte danken wij iedereen, familie en vrienden, die ons gesteund hebben en op de een of andere manier bij ons onderzoek betrokken zijn geweest, in het bijzonder Christiaan Bosch en Kelly Stoffelen.

Jessie Stoffelen en Sanne Vermonden

Mei 2009

Voorwoord

Deze scriptie is in het kader van afstuderen aan de Hogeschool Zuyd, Opleiding Fysiotherapie tot stand gekomen. Het afstuderen is in maart 2008 gestart en eindigde in mei 2009.

De voorlichtingscd-rom “met de wind in de rug” is in 2006 door studenten van de Hogeschool Zuyd in Heerlen ontwikkeld en wordt tot nu toe alleen in één particuliere praktijk, FysioVision, gebruikt. De keuze voor dit onderwerp is voortgekomen uit het idee de voorlichtingscd-rom op grote schaal te implementeren in de eerste lijn. Er is gekozen voor een onderzoek dat er uiteindelijk voor moet gaan zorgen dat de cd-rom geïmplementeerd kan worden op grote schaal.

Wij hebben het werken aan deze scriptie ondanks de onbekendheid van het kwalitatief onderzoek als een positieve uitdaging ervaren en kijken met veel plezier terug op het laatste anderhalf jaar. Al vorens het onderzoek hadden wij een goede samenwerkingsband, maar ook na de ups en downs van dit onderzoek is deze staand gebleven of zelfs verbeterd.

Jessie Stoffelen en Sanne Vermonden

Mei 2009

Samenvatting

Doel van de studie: In 2006 is een voorlichtingscd-rom voor patiënten met (sub)acute aspecifieke lage rugpijn ontwikkeld door studenten fysiotherapie. Met dit onderzoek wordt de mening van de fysiotherapeuten uit de eerste lijn in Zuidoost Limburg over de cd-rom in kaart gebracht, zodat deze voorlichtingscd-rom op grote schaal geïmplementeerd kan gaan worden.

Methode: Om de mening in kaart te brengen wordt er gebruik gemaakt van interviews. Middels deze interviews wordt er informatie verkregen over de algemene indruk, opmerkingen, inhoudelijke informatie, praktisch gedeelte en gebruik.

Resultaten: Er hebben uiteindelijk twaalf fysiotherapeuten deelgenomen aan het onderzoek. De resultaten uit dit kwalitatief onderzoek zijn verkregen door middel van coderen. Uit dit onderzoek blijkt dat er veel variatie is tussen de meningen en dat deze op verschillende gebieden overeen komen. Aan de hand van deze gegevens kunnen er een aantal aanbevelingen gedaan worden voor aanpassing van de cd-rom.

Hoe een voorlichtingsmiddel er nu precies uit moet zien om aan de wensen en eisen van de fysiotherapeuten in Zuidoost Limburg te voldoen is nog niet helemaal duidelijk, daar is verder onderzoek voor nodig.

Conclusie: Er is een heel onderzoek nodig geweest om er achter te komen wat de beste manier is om cd-rom aan te kunnen passen.

Achteraf gezien heeft Hogeschool Zuyd de opdracht ‘verkeerd’ ingeschat. De interesse voor het product had eerst onderzocht moeten worden, voordat het product gemaakt werd.

Daarnaast heeft Hogeschool Zuyd weinig ervaring met kwalitatief onderzoek.

Uiteindelijk kunnen er verschillende aanbevelingen gedaan worden voor vervolg onderzoek. Er kan geconcludeerd worden dat er nog een aantal aanpassingen aan de voorlichtingscd-rom gedaan moeten worden voordat hij klaar is om op grote schaal geïmplementeerd te worden in de eerstelijns fysiotherapie.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	1
1.1 Motivatie	2
1.2 Relevantie	3
1.3 Vraagstelling	3
2 Methode	5
2.1 Selecteren van de praktijken	5
2.2 Interview	6
2.3 Benaderen van de geselecteerde praktijken	7
2.4 Respondenten Informeren	8
2.5 Interviews afnemen	8
2.6 Resultaten analyseren	8
2.7 Het resultaat	9
3 Resultaten	10
3.1 Onderzoekspopulatie	10
3.2 Resultaten uit de interviews	11
3.2.1 Coderen	11
3.2.2 Samenvattingen interview resultaten	17
3.2.3 Aanbevelingen	24
4 Discussie	27
4.1 Sterkte/zwakte analyse	27
4.2 Aanbevelingen verder onderzoek	29
5 Conclusie	31
6 Verantwoording en toelichting	33
6.1 Selecteren en benaderen van de praktijken	33
6.2 Inventarisatiemiddel: het interview	33
6.3 Achtergrondinformatie over het afnemen van een correct interview	34

6.4 Interview	35
6.5 Interviews afnemen	37
7 literatuurlijst	39
8 Bijlage	
8.1 Bijlage 1: Brief deelnemers	
8.2 Bijlage 2: Handout: voorlichtingscd-rom ‘met de wind in de rug’	
8.3 Bijlage 3: Voorbeeld van één getranscribeerd interview	
8.4 Bijlage 4: Voorbeeld van een analyse van één interview	
8.5 Bijlage 5: Resultaten uit de analyse van alle interviews	



1 Inleiding

Uit schatting blijkt dat ongeveer 60-90% van de bevolking eens last krijgt van lage rugpijn, jaarlijks bedraagt dit ongeveer 5% van de bevolking. In 80-90% van de gevallen verdwijnt het binnen 6 weken spontaan.¹

Voor fysiotherapeuten is ‘lage rugpijn’ de meest voorkomende verwijdsdiagnose: 27% van alle patiënten die de fysiotherapeut bezoeken komt met de verwijzing lage rugpijn. Circa 90 % van al deze patiënten heeft aspecifieke lage rugpijn.¹

Aspecifieke lage rugpijn staat voor lage rugpijn zonder aanwijsbare specifieke lichamelijke oorzaak. De duur van een lage rugpijnepisode wordt ingedeeld in: acuut (0-6 weken), subacuut (7-12 weken) en chronisch (>12 weken).¹

Aspecifieke lage rugpijn veroorzaakt verreweg de hoogste kosten wat betreft arbeidsongeschiktheid en werkverzuim, waardoor het een belangrijk economisch probleem vormt in Nederland.¹

Om (sub)acute aspecifieke lage rugpijn, met het daarbij horende ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te bestrijden zijn er verschillende behandelmogelijkheden ontwikkeld. Een voorlichtingsprogramma in de vorm van een cd-rom, is een van de mogelijkheden, adviseren om actief te blijven wordt tevens als meest effectieve behandelmethode beschreven in de literatuur.

In 2006 is, als afstudeerproject, een voorlichtingscd-rom ontwikkeld door studenten fysiotherapie, aan de Hogeschool Zuyd. Deze cd-rom is destijds geproduceerd op vraag van een fysiotherapie praktijk, FysioVision. De informatie die de cd-rom bevat is gebaseerd op de laatste stand van evidence, met betrekking tot de behandeling bij aspecifieke lage rugpijn. Het gebruik is echter beperkt gebleven tot FysioVision. Yolande Nelissen, docent van de opleiding fysiotherapie aan de Hogeschool Zuyd is van mening dat de cd-rom ook op grotere schaal bruikbaar zou moeten zijn. Om deze reden is er een vraagstelling voor een scriptie opgesteld, deze luidt als volgt; Kan de voorlichtingscd-rom ‘met de wind in de rug’ in de eerstelijns fysiotherapie op grotere schaal worden geïmplementeerd.

Implementatie is, een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen die evidence based zijn, met als doel dat deze een plaats krijgen in het handelen, in het functioneren van organisatie of in de structuur van de gezondheidszorg.^{2,3,4}



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Het product is geproduceerd en geïmplementeerd, maar niet meer geëvalueerd. Bij de start van ons project zijn wij er achter gekomen dat het product niet of zelden wordt gebruikt binnen FysioVision. Redenen hiervoor zijn onder andere; men vindt de cd-rom te lang en mist een keuze menu.

Het product wordt na implementatie dus om verschillende redenen al niet gebruikt binnen één praktijk, dat tevens de opdrachtgever was. Dit leidde bij ons tot de vragen; Hoe zullen andere praktijken/fysiotherapeuten er dan op reageren? Delen zij de mening van FysioVision?

Hebben zij andere opmerkingen? Zo zijn er nog tal van vragen die nog open staan. Voordat de cd-rom kan worden geïmplementeerd op grotere schaal, moet er naar onze mening daarom duidelijk zijn wat fysiotherapeuten op grotere schaal van de cd-rom vinden. Wij denken dat er dan nog veel veranderbare componenten aan het licht komen die moeten worden aangepast voordat implementeren op grotere schaal mogelijk is.

Om de mening van fysiotherapeuten in kaart te brengen maken wij gebruik van interviews.

Het doel van een interview is het verzamelen van informatie uit mededelingen van ondervraagde personen, ter beantwoording van een vooraf geformuleerde vraag.

Na inventarisatie van de interviews kunnen aanbevelingen worden gedaan voor het verbeteren van de cd-rom. Indien het haalbaar is binnen ons tijdsbestek zal de cd-rom worden aangepast.^{5,6,7,8}

1.1 Motivatie

Een leuk afstudeeronderwerp zoeken, vinden en maken vergt veel energie en tijd. Daarom is het belangrijk dat je een onderwerp vindt dat goed bij je past. De combinatie literatuur en praktijk zoals beschreven in het voorgaande project was een motiverende factor bij het maken van de keuze voor het onderwerp.

Er is een literatuurstudie gedaan naar voorlichting en preventie, bij (sub)acute aspecifieke lage rugpijn en de effectieve behandelmethodes hiervan. Met behulp van deze literatuurstudie is een voorlichtingsprogramma ontwikkeld, dat wordt aangeboden in de vorm van een cd-rom. Op voorlichtingscd-rom wordt informatie gegeven over; de rug, de aandoening en houdings- en bewegingsadviezen.⁹



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

De meest voorkomende verwijdsdiagnose in de fysiotherapie is ‘lage rugpijn’¹, en daarom een relevant onderwerp voor ons als toekomstige fysiotherapeuten. Zowel de relevantie als ook de actualiteit ervan waren dan ook een motivatie om voor dit onderwerp te kiezen.

Na talloze onderzoeken is er nog steeds geen eenduidigheid over de juiste behandeling van (sub)acute aspecifieke lage rugklachten, daarom is het voor ons een uitdaging om een voorlichtingscd-rom, een van de mogelijke behandelmethodes, te onderzoeken in de praktijk.

1.2 Relevantie

Lage rugpijn is het resultaat van een interactie tussen biologische, psychische en sociale factoren, het biopsychosociaal model.¹ Bij deze patiëntengroep hebben psychosociale factoren over het algemeen een grotere impact op de beperkingen ten gevolge van de lage rugpijn dan de biomedische of biomechanische factoren.

De wijze waarop patiënten met hun klachten omgaan kan adequaat of inadequaat zijn. Van belang hierbij is de betekenis die iemand toekent aan zijn klachten, het gevoel van controle dat hij hierover heeft, interactie tussen patiënt en omgeving en attitude van de fysiotherapeut. Inadequaat gedrag kan het beloop van (sub)acute aspecifieke lage rugpijn negatief beïnvloeden. Uit onderzoek blijkt dat patiënten met aspecifieke lage rugpijn behoefte hebben aan informatie over de aandoening en houdings- en bewegingsadviezen.¹

Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat het advies om actief te blijven de meest effectieve behandelmethode is bij patiënten met (sub)acute aspecifieke lage rugpijn.⁹ De voorlichtingscd-rom benadrukt ook de aanpak van biopsychosociale factoren.

Het voorlichtingsprogramma dat ontwikkeld is, is op de laatste stand van evidence based practise gebaseerd.

Wat nu interessant is, is om te kijken wat de fysiotherapeuten er van vinden.

1.3 Vraagstelling

Na een bezoek aan de afstudeermarkt en onderling overleg is ons onderwerp tot stand gekomen. Het onderwerp luidt; implementatie van een voorlichtingscd-rom over rugklachten, hierbij wordt de voorlichtingscd-rom ‘met de wind in de rug’ uitgetest in de praktijk. Tijdens onze voorbereidingsperiode hebben we FysioVision benaderd en het product bekeken, waarna wij tot de conclusie zijn gekomen dat de cd-rom nog niet op grote schaal geïmplementeerd kan worden.

Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Alvorens de cd-rom geïmplementeerd kan worden, moet de beoordeling van fysiotherapeuten geïnterpreteerd worden en indien noodzakelijk de cd-rom worden aangepast.

Onze onderzoeksvraagstellingen luiden;

Wat is de mening van fysiotherapeuten uit de eerste lijn in Zuidoost Limburg over de voorlichtingscd-rom 'met de wind in de rug'.

Hoe ziet een voorlichtingsdvd eruit voor patiënten met (sub)acute aspecifieke lage rugklachten na inventarisatie van de mening van fysiotherapeuten, op het gebied van algemene indruk, inhoud, opbouw, presentatie en gebruik.



2 Methode

Om de bestaande voorlichtingscd-rom klaar te maken voor implementatie zijn er twee vraagstellingen opgesteld.

De eerste vraagstelling is ontstaan, omdat wij graag de mening van de fysiotherapeuten willen inventariseren over de cd-rom voordat er aan gesleuteld wordt. De mening van de fysiotherapeuten is belangrijk, want dat zullen uiteindelijk de personen zijn die de keuze maken om er mee te gaan werken. Daarnaast zien de kritische ogen van meerdere personen natuurlijk ook meer.

Alleen het inventariseren van de mening van de fysiotherapeuten zorgt er natuurlijk niet voor dat de cd-rom gebruikt kan gaan worden, het is dan ook de bedoeling dat de cd-rom bewerkt wordt aan de hand van de resultaten uit het onderzoek. Het bewerken van de cd-rom zal echter alleen gebeuren wanneer er voldoende tijd ter beschikking is. Na voltooiing van de cd-rom zal implementatie op grotere schaal mogelijk zijn, maar dat behoort niet meer tot dit onderzoek.

Om de eerste vraagstelling te beantwoorden is er gekozen voor het afnemen van interviews bij fysiotherapeuten. Voordat er een interview kan worden afgenomen moeten er verschillende stappen worden ondernomen wat betreft inhoud van het interview, achtergrond informatie en praktijk benadering.

2.1 Selecteren van de praktijken

Tijdens de zoekactie naar praktijken worden de volgende bronnen geraadpleegd; het internet waaronder het fysiotherapeuten register van het KNGF, het telefoonboek, de goudengids en de stageadressenlijst van Hogeschool Zuyd, afdeling fysiotherapie.

Bij het raadplegen van het internet worden de volgende zoektermen gebruikt; fysiotherapie praktijken, fysiotherapie Brunssum, fysiotherapie Heerlen, fysiotherapie Landgraaf, fysiotherapie Kerkrade, fysiotherapie Hoensbroek, KNGF en fysiotherapie Zuidoost Limburg. In het telefoonboek en de goudengids wordt er gezocht in de rubriek 'fysiotherapie'.

De gevonden praktijken worden vervolgens geselecteerd aan de hand van de volgende criteria;

Alleen fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de eerste lijn worden benaderd, omdat uiteindelijk het product daar toegepast moet gaan worden.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Daarnaast is het ook belangrijk om gediplomeerde fysiotherapeuten te benaderen, om de expert-validity te waarborgen. De specialisatie, werkervaring en achtergrond van de therapeuten zijn geen criteriapunten maar worden wel nagevraagd tijdens het interview. De oorspronkelijke opdrachtgever is gevestigd in Geleen, om eventuele concurrentie te voorkomen zullen de praktijken minimaal 10 kilometer van deze regio verwijderd zijn. Er is gekozen voor de regio Zuidoost Limburg waarvan de steden Brunssum, Heerlen, Hoensbroek, Landgraaf en Kerkrade.

Als laatste moet het e-mailadres te achterhalen zijn tijdens de zoekactie.

2.2 Interview

Het interview dat afgenomen wordt is een halfgestructureerd interview waarbij gewerkt wordt met hulp van een vragenlijst.

De vragenlijst bij een interview wordt een topiclijst genoemd, met een vraagstelling, een doelstelling, onderwerpen en subonderwerpen, tabel 1: topiclijst.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Tabel 1 : topiclijst

Topiclijst	
Vraagstelling: Wat is de mening van fysiotherapeuten over de cd-rom?	
Doelstelling: Met behulp van interviews informatie verkrijgen voor aanpassingen die gedaan moeten worden om de cd-rom klaar te maken voor implementatie op grote schaal.	
Topic	Subtopic
Algemene indruk	- Eerste indruk - Duur - Overzicht - Begrijpbaarheid - Opbouw
Inhoud: - Anatomie - Informatie rugklachten - Belasting/belastbaarheid - Risicofactoren - Passief of actief bewegen - Praktisch tips - Preventie	- Evidentie - Informatie keuze - Omvang informatie - Afbeeldingen
Praktisch gedeelte	- Huidig praktisch gedeelte - Ons idee: actieve oefentherapie
Presentatie	- Keuze menu - Gebruiksvorm
Gebruik	- Interesse - Mogelijkheid - Voorlichtingsmiddelen
Opmerkingen	

Na het opstellen van de topiclijst worden er proefinterviews afgenomen bij personen die niet betrokken zijn bij het onderzoek om na te gaan of de vragen begrijpelijk zijn. De feedback hierop, de feedback van de huidige gebruikers en de feedback van de afstudeerbegeleider wordt meegenomen bij het opstellen van de 'vragenlijst'.

2.3 Benaderen van de geselecteerde praktijken

De benadering van de praktijken geschiedt via de e-mail. De eerste e-mail bevat informatie over wie wij zijn, wat wij willen gaan doen en de vraag of de geadresseerde wil deelnemen aan het onderzoek.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Na de eerste benadering worden alle praktijken die niet gereageerd hebben na 6 weken nog een keer benaderd met een herinneringsmail, waarin dezelfde informatie wordt gegeven. De praktijken hebben na de herinneringsmail 4 weken de tijd om te reageren. De praktijken die reageren binnen deze periode zullen deelnemen aan het onderzoek.

2.4 Respondenten informeren

De respondenten die willen deelnemen aan het onderzoek krijgen een e-mail die de introductiebrief van het interview bevat. In deze brief wordt nog specifiek ingegaan op de inhoud van de cd-rom, het project, de rol van de fysiotherapeut tijdens het project, het interview en het verdere contact dat bij respons zal plaatsvinden, bijlage 1: brief deelnemers. Daarna worden de afspraken voor het interview telefonisch gepland. Vlak voor het interview wordt de cd-rom en de topiclijst per e-mail toegestuurd, zodat de deelnemer zich kan voorbereiden.

2.5 Interviews afnemen

De interviews worden door twee personen afgenomen, zodat de interviews zo volledig mogelijk zijn. De duur van het interview zal ongeveer 30 minuten bedragen. Tijdens het afnemen zal de presentatie aanwezig zijn in de vorm van een digitale en/of schriftelijke versie, bijlage 2: handout: voorlichtingscd-rom 'met de wind in de rug'. Verder zal gedurende het interview een recorder aanwezig zijn waardoor er niets genoteerd hoeft te worden en alles achteraf terug gekoppeld kan worden. De interviews worden afgenomen in de praktijk van de geïnterviewde.

2.6 Resultaten analyseren

Onder de resultaten van een kwalitatief onderzoek wordt verstaan; het beschrijven van de begrippen die de onderzoeker uit de gegevens destilleert en de redeneringen die de onderzochten aandragen voor hun gedrag en gevoelens.¹⁰

De verkregen informatie tijdens de data verzameling wordt getranscribeerd, zodat er gewerkt kan worden met teksten. Vervolgens vindt er een analyse van de teksten plaats aan de hand van 'open coderen'. Bij open coderen wordt de tekst in fragmenten verdeeld, de fragmenten die bij elkaar horen worden gelabeld met codes.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Daarna vindt 'axiaal coderen' plaats, dit bestaat uit het selecteren van hoofd- en subcodes en het schrappen van fragmenten die niet relevant zijn voor het onderzoek. Het doel hiervan is het ordenen en reduceren van de gegevens die afkomstig zijn uit het open coderen.

Uiteindelijk vindt er 'selectief coderen' plaats, waarbij de bepaling van de belangrijke categorieën plaatsvindt en een integratie van de gegevens om de vraagstelling te beantwoorden¹⁰.

2.7 Het resultaat

Na de analyse van de resultaten kan er antwoord gegeven worden op de eerste vraagstelling.



3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven, dit zal bestaan uit de beschrijving van de onderzoekspopulatie, een schematisch overzicht van het coderen en de uitgewerkte resultaten van de interviews.

3.1 Onderzoekspopulatie

Na een uitgebreide selectie procedure bleken tweeënveertig praktijken te voldoen aan de inclusie criteria. Deze praktijken zijn vervolgens per e-mail benaderd. Na de eerste benadering waren er acht praktijken met een positieve respons, na een tweede benadering waren er nog vijf andere praktijken bereid deel te nemen aan het onderzoek. De wervingsprocedure leverde ons in totaal dertien praktijken op. Na telefonisch contact zijn er nog drie praktijken afgevallen. Een deelnemende fysiotherapeut heeft in die periode letsel opgelopen, waardoor hij de komende periode niet werkzaam zou zijn. Bij een andere praktijk die toegezegd had was de contactpersoon in tweede instantie niet meer bereikbaar voor het maken van een afspraak, hierdoor ging het interview met hem en zijn medewerker niet door. Daarnaast bleek dat er twee praktijken bereid waren om met twee therapeuten deel te nemen. De uiteindelijke onderzoekspopulatie bestaat uit twaalf fysiotherapeuten, afkomstig uit tien praktijken. De deelnemende fysiotherapeuten verschillen in werkervaring en specialisaties, deze worden hieronder specifiek beschreven;

- Ander half jaar werkzaam en eerste jaar opleiding manuele therapie.
- Twee jaar werkzaam en eerste jaar opleiding sportfysiotherapie.
- Vier jaar werkzaam en is bezig met de opleiding manuele therapie.
- Vier jaar werkzaam en bijna afgestudeerd als sportfysiotherapeut.
- Vijf jaar werkzaam en gespecialiseerd in oedeemtherapie.
- Zeven jaar werkzaam en gespecialiseerd als bedrijfsfysiotherapeut.
- Negen jaar werkzaam en bijna afgestudeerd als manueel therapeut.
- Tweëntwintig jaar werkzaam, gespecialiseerd als manueel therapeut en een verkorte cursus sportfysiotherapie afgerond.
- Zesentwintig jaar werkzaam en gespecialiseerd als manueel therapeut.
- Achtentwintig jaar werkzaam en gespecialiseerd als manueel therapeut, MCKenzie therapeut, traumatologie en fractuur behandeling, whiplash, beweegprogramma COPD en manuele trainingstherapie.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

- Tweeëndertig jaar werkzaam en gespecialiseerd als manueel therapeut.
- Drieëndertig jaar werkzaam en gespecialiseerd in sportfysiotherapie en manueel therapie.

3.2 Resultaten uit de interviews

De verkregen informatie tijdens de dataverzameling is allereerst getranscribeerd per interview, een voorbeeld hiervan is te vinden in bijlage 3: voorbeeld van een getranscribeerd interview. Vervolgens heeft codering plaatsgevonden, de eerste stap van het coderen was het analyseren van de interviews. Er vond eerst een analyse per interview plaats (bijlage 4: voorbeeld van een analyse van één interview) vervolgens werd er gekeken naar alle interviews samen, deze hebben geleid tot de resultaten van de interviews.

3.2.1 Coderen

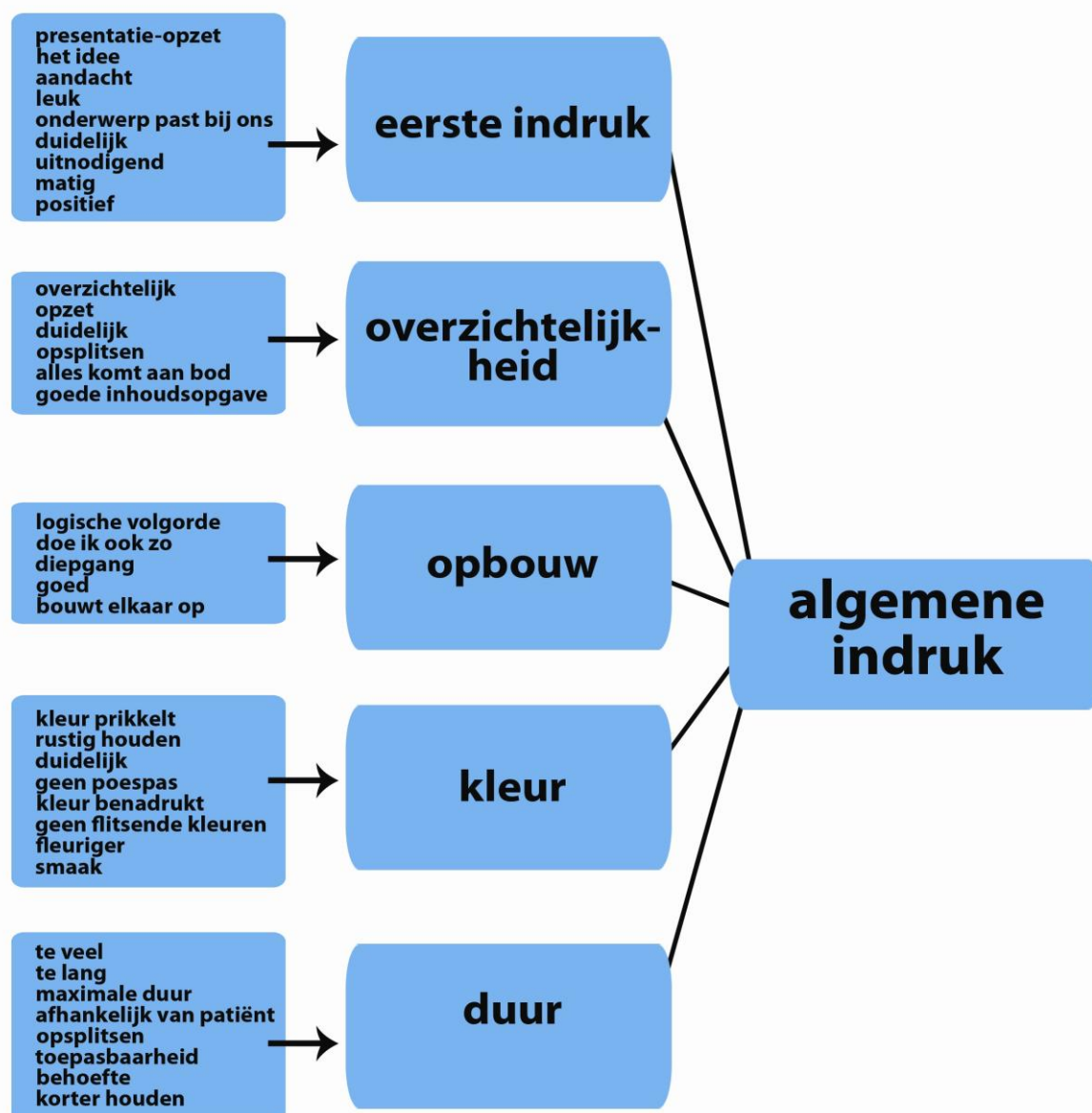
Het coderen vindt plaats in verschillende fases, open coderen, axiaal coderen en selectief coderen, die allemaal hun eigen doel hebben.. Het verloop van het coderen wordt middels onderstaande schema's afgebeeld, schema 1-6.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Schema 1: codering algemene indruk

De eerste kolom geeft de codes uit het open coderen weer. De tweede kolom geeft de codes uit het axiaal coderen weer en de derde kolom de codes uit het selectief coderen.

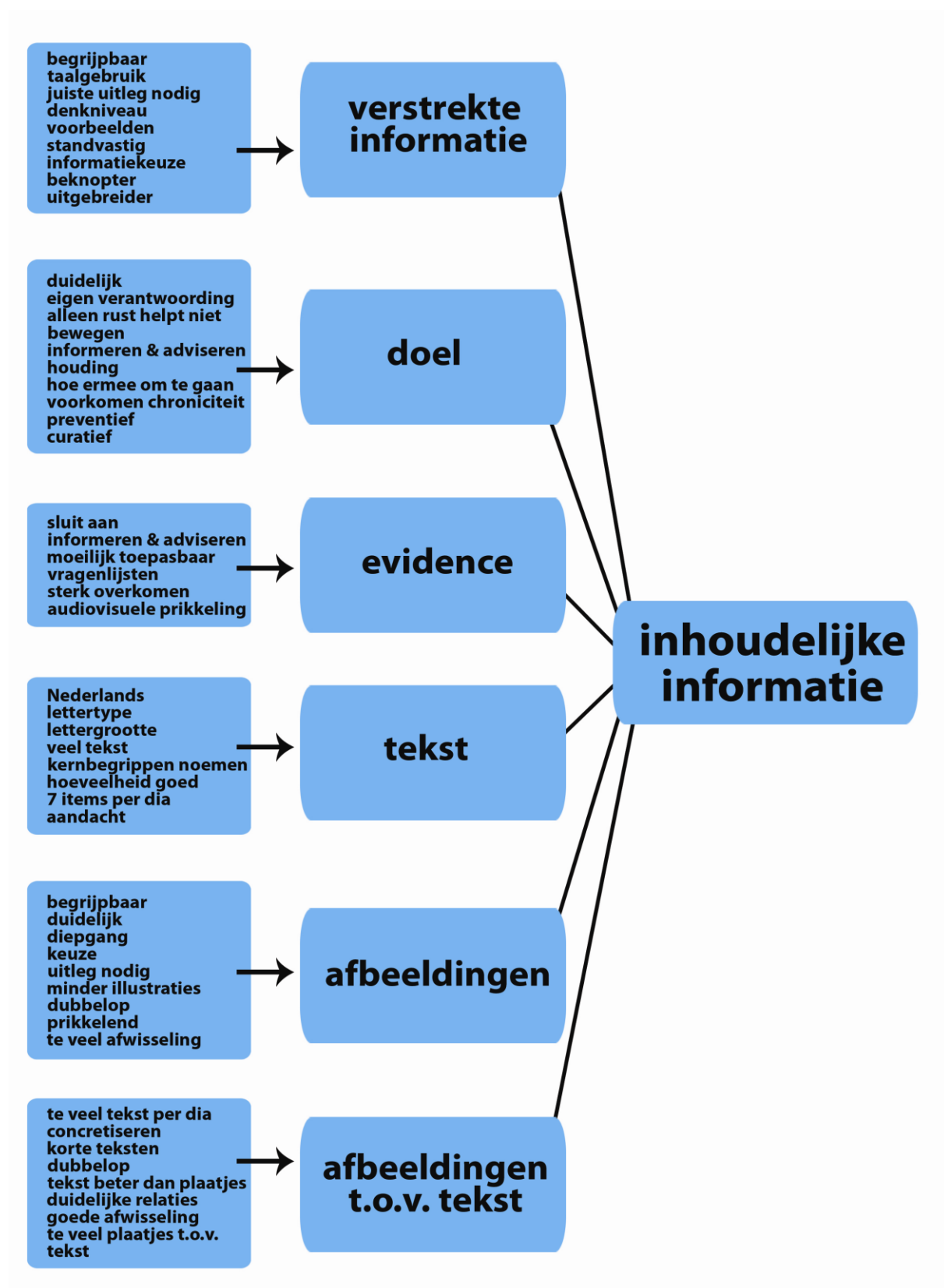




Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Schema 2: codering inhoudelijke informatie

De eerste kolom geeft de codes uit het open coderen weer. De tweede kolom geeft de codes uit het axiaal coderen weer en de derde kolom de codes uit het selectief coderen.

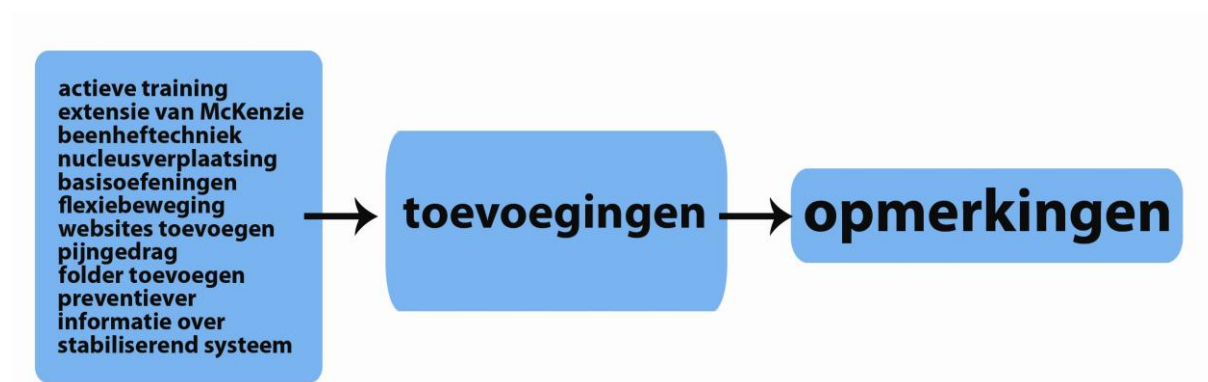




Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

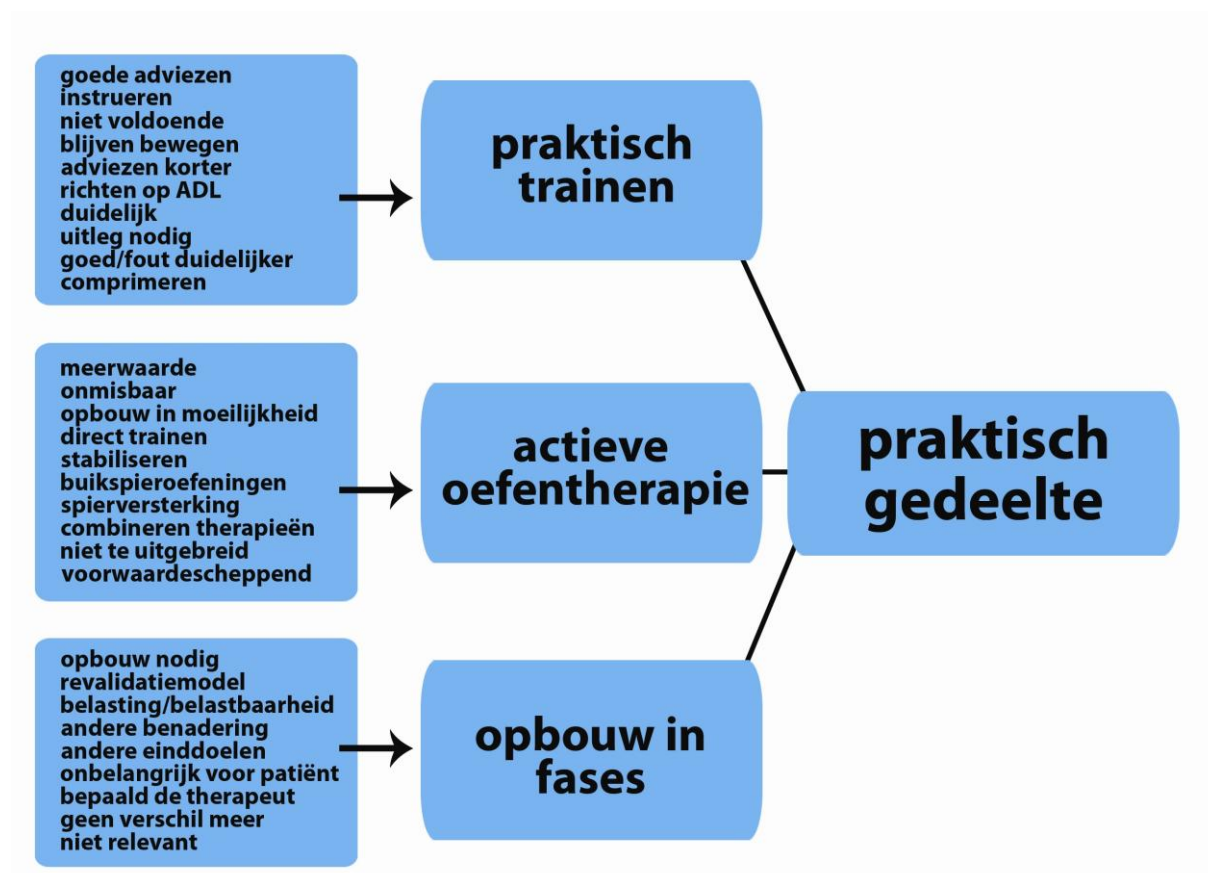
Schema 3: codering opmerkingen

De eerste kolom geeft de codes uit het open coderen weer. De tweede kolom geeft de codes uit het axiaal coderen weer en de derde kolom de codes uit het selectief coderen.



Schema 4: codering praktisch gedeelte

De eerste kolom geeft de codes uit het open coderen weer. De tweede kolom geeft de codes uit het axiaal coderen weer en de derde kolom de codes uit het selectief coderen.

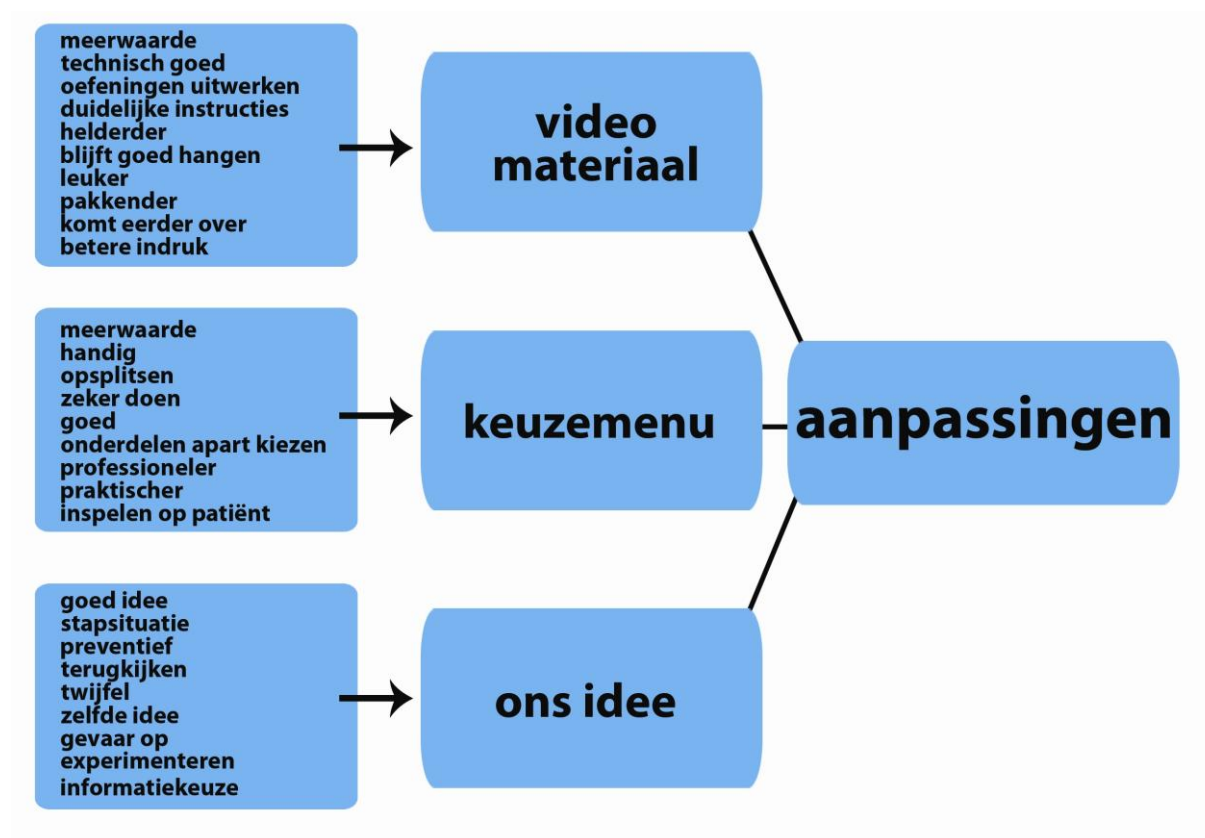




Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Schema 5: codering aanpassingen

De eerste kolom geeft de codes uit het open coderen weer. De tweede kolom geeft de codes uit het axiaal coderen weer en de derde kolom de codes uit het selectief coderen.

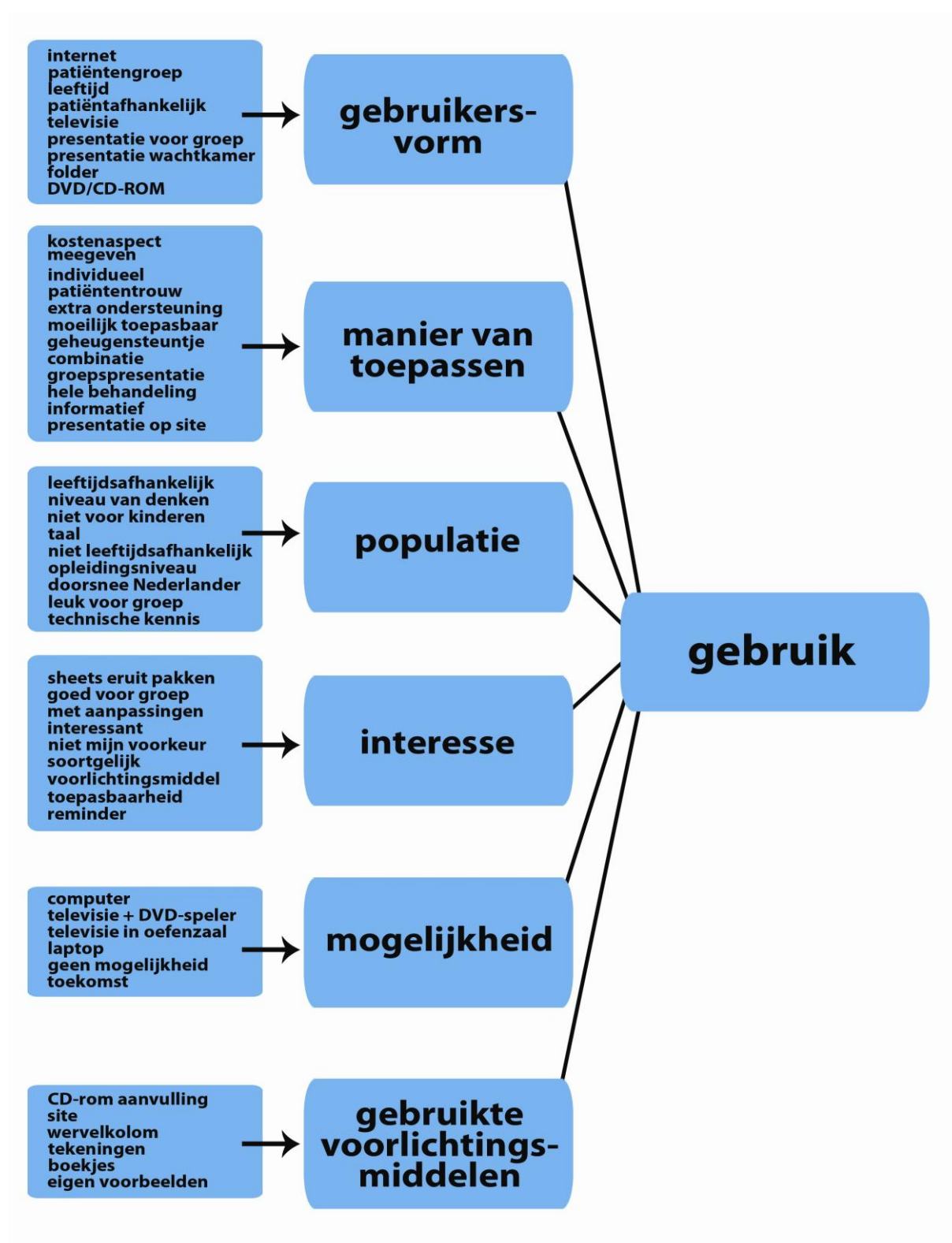




Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Schema 6: codering gebruik

De eerste kolom geeft de codes uit het open coderen weer. De tweede kolom geeft de codes uit het axiaal coderen weer en de derde kolom de codes uit het selectief coderen.





3.2.2 Samenvattingen interview resultaten

De resultaten van de interviews worden in de volgorde beschreven zoals zij bij het coderen naar voren zijn gekomen. De codes die na het selectief coderen over zijn gebleven worden uitgewerkt, de codes uit eerdere coderingen worden hieronder verdeeld of zijn geschrapt uit het onderzoek.

Dit is een samenvatting van de resultaten van alle interviews, de resultaten per interview zijn te vinden in bijlage 5: resultaten uit de analyse van alle interviews. In de samenvatting worden quotes gebruikt uit de interview om de resultaten te verduidelijken, de quotes staan tussen de tekst in bijgevoegde kaders.

De voorlichtingscd-rom is een powerpoint presentatie over (sub)acute aspecifieke lage rugklachten. Op de cd-rom staat informatie over de anatomie van de rug, aspecifieke lage rugklachten in het algemeen, oorzaken en risicofactoren, beweging versus bedrust, wat kan de patiënt er zelf aan doen en praktisch trainen. Het praktisch trainen is een gedeelte waar tips en adviezen worden gegeven over houding en beweging, grotendeels met behulp van goed/fout dia's. Het doel van de cd-rom is informeren over wat je zelf kunt doen om uw normale activiteiten zo snel mogelijk op te pakken, voorlichten, inzicht geven in de klacht en het voorkomen van chroniciteit. De dia's hebben een zwarte achtergrond met witte tekst, verder worden er weinig tot geen kleuren gebruikt. Er wordt veel gebruik gemaakt van afbeeldingen, waaronder veel illustratieve afbeeldingen. De cd-rom bestaat uit eenenveertig dia's en is als ondersteunend middel tijdens de behandelingen bedoeld. Voor meer informatie over de cd-rom wordt verwezen naar de bijlage, bijlage 2 handout: voorlichtingscd-rom "met de wind in de rug"

Algemene indruk

Volgens de fysiotherapeuten is de eerste indruk over de cd-rom positief en nodigt de presentatie uit om verder te kijken.

"Als je inderdaad aan een patiëntengroep presenteert die met aspecifieke rugklachten geconfronteerd wordt dan denk ik wel dat het aantrekkelijk is".

Men vindt de presentatie overzichtelijk, de hoofdpunten worden immers in het begin duidelijk benoemd. Daarnaast is de opbouw goed, logisch en herkenbaar voor de fysiotherapeuten.

"De volgorde, dat doe ik zelf ook zo".

Er zijn op het eerste gezicht ook enkele mindere punten aan de presentatie.

Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

“Een beetje veel dia’s, veel informatie als het alleen voor de patiënt is”.

De kleur van de presentatie is een persoonlijke keuze, over het algemeen vindt men dat de kleuren zwart en wit duidelijk zijn, maar zou men in eerste instantie niet kiezen voor deze kleuren. Een klein gedeelte van de fysiotherapeuten wil deze kleuren behouden.

“Ik denk dat als je kleur gebruikt dat, dat meer prikkelt”. “Ik vind het fijn als het rustig blijft”.

De presentatie kan tijdens een individuele behandeling worden toegepast en als groepspresentatie tijdens een bijeenkomst, men vindt de presentatie te lang duren voor een individuele behandeling, maar voor een groepspresentatie is hij geschikt.

Over het algemeen is men het eens dat voorlichting tijdens een behandeling zo’n vijftien minuten mag duren en een groepsvoorlichting zo’n dertig tot zestig minuten mag duren.

“Tien minuten een kwartiertje, anders heeft het toch geen zin, dan komt de informatie helemaal niet over”.

Om de aandacht van de patiënten erbij te houden moet men letten op de duur en de informatie die men geeft. Volgens enkele therapeuten blijft de aandacht erbij tijdens de presentatie en volgens enkele niet.

“Er wordt veel gebruik gemaakt van tekeningetjes en het is niet alleen maar tekst, dus dat houdt de aandacht er wel bij”

Op enkele opmerkingen na wordt de algemene indruk positief bevonden.

Schema 7: schematisch overzicht algemene indruk

Algemene indruk	
Positief:	Negatief:
Eerste indruk	Veel dia’s
Uitnodigend	Veel informatie
Overzichtelijk	Kleur
Opbouw	
Kleur	
Aandacht wekken	



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Inhoudelijke informatie

Uit het onderzoek blijkt dat de fysiotherapeuten het belangrijk vinden dat de patiënt het volgende te weten komt bij een voorlichting over lage rugklachten; de biomechanica, bij welke bewegingen/houdingen is de belasting van de rug het grootste, welke activiteiten, bewegingen en houdingen zijn wel toegestaan en welke niet, de risicofactoren en bewegen is de oplossing.

Aan de fysiotherapeuten werd gevraagd welke informatie zij absoluut aan een patiënt met (sub)acute aspecifieke lage rugklachten mee zouden geven. Het antwoord op deze vraag was voor iedereen zo goed als hetzelfde, dat er geen schade aan de rug is en dat de patiënt er zelf wat aan kan doen. De presentatie is gebaseerd op de KNGF richtlijn aspecifieke lage rugpijn, alle fysiotherapeuten herkenden dit ook.

De cd is toe te passen tijdens een behandeling volgens evidence based handelen.

“Voorlichten is een onderdeel van evidence based handelen”.

Het doel van de presentatie is goed af te leiden uit de informatie die gegeven wordt. Daarnaast is dit de informatie waarvan men vindt dat het aanbod moet komen bij dit onderwerp.

“Het doel staat benoemd, het is eigenlijk wat je zelf kan doen in het geval van rugklachten”.

De cd-rom is uit verschillende onderwerpen opgebouwd, anatomie, informatie over de rugklachten, belasting/belastbaarheid, risicofactoren, passief of actief bewegen, praktische tips en preventie. Over het algemeen vindt men dat alle onderwerpen beknopter mogen behalve het praktisch trainen, praktische tips, dat mag uitgebreider.

“De praktische training is denk ik het belangrijkste, dat de patiënt weet hoe ga ik er mee om”.

De cd-rom bevat veel teksten met moeilijke termen, met name bij de risicofactoren en de algemene informatie over rugklachten. Men vindt dat deze termen verduidelijkt moeten worden.

“Cognitief, somatisatie en nog een aantal dingetjes, ik denk dat de patiënt dat niet direct zal begrijpen”.

Daarnaast moet je goed opletten welke informatie je geeft en op welke manier. Het is voor de patiënt niet altijd duidelijk wat bedoeld wordt, waardoor hij zijn eigen conclusies trekt, bijvoorbeeld “het maken van snelle en onverwachte bewegingen is een oorzaak van rugklachten”.

Ten eerste is het geen directe oorzaak van rugklachten en ten tweede zal de patiënt nu misschien gaan denken dat hij alleen langzaam en gecontroleerd mag bewegen. Verkeerde en onduidelijke beschrijvingen kunnen voor bepaalde illness beliefs zorgen.

Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Volgens een groot deel van de fysiotherapeuten verstrekken de afbeeldingen over de tussenwervelschijf en de belasting hiervan niet de gewenste of onjuiste informatie. Daarnaast worden enkele afbeeldingen onduidelijk, niet begrijpbaar en beknopt gevonden, met name de afbeeldingen over de anatomie en de risicofactoren. Bij de anatomie ziet men liever afbeeldingen van de local stabilizers.

“De afbeelding van discus belasting in verschillende posities is volledig achterhaald”. “De extensie afbeelding zou een flexie afbeelding moeten worden”.

Over de afbeeldingen die belasting belastbaarheid verklaren is geen eenduidige mening onder de fysiotherapeuten, het ene deel vindt het heel duidelijk en goed en het andere deel zou niet altijd kiezen voor deze afbeeldingen. Niet alle fysiotherapeuten hadden opmerkingen over de afbeeldingen.

“Ik denk dat je wel alle afbeeldingen er in hebt staan bij de verschillende onderwerpen”. “De illustratieve afbeeldingen zijn te veel aanwezig”.

De afwisseling tussen tekst en afbeeldingen wordt positief ervaren.

Niet alleen de informatie die verstrekt wordt is belangrijk bij het voorlichten, maar ook de manier waarop men de teksten presenteert. Over het algemeen wordt de tekst en daarmee het lettertype en de lettergrootte goed leesbaar gevonden, een aantal vonden echter dat het wel beter zou zijn als er een stijl zou worden aangenomen.

Daarnaast was de hoeveelheid tekst over de gehele presentatie goed, maar een deel gaf de opmerking dat er soms te veel tekst op een dia staat. Men kan het beter concretiseren.

“Je hoeft alleen maar de kernwoorden aan te geven”.

Men vindt de opzet en het idee van de presentatie goed, er zijn echter wel enkele verbeterpunten.

Schema 8: schematisch overzicht inhoudelijke informatie

Inhoudelijke informatie	
<i>Positief:</i>	<i>Negatief:</i>
Informatie keuze	Te veel informatie
Evidentie	Moeilijke termen
Doel	Afbeeldingen
Afwisseling tekst en afbeeldingen	Hoeveelheid tekst
Lettertype en lettergrootte	
Idee	



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Opmerkingen

De opmerkingen die uit het onderzoek naar voren komen zijn aanpassingen, ideeën en toevoegingen die volgens de fysiotherapeuten noodzakelijk zijn om het product te kunnen gebruiken in de praktijk. Enkele citaten hierover zijn; “de presentatie met extensie van MC Kenzie en houdings- en bewegingsadviezen uitbreiden”, “de beenheftechniek toevoegen aan het praktisch trainen”, “flexie en extensie laten zien en de daarbij horende nucleusbeweging”, “het stabiliserend systeem bij de spieren en de daarbij horende stabiliteitsoefeningen toevoegen”, “oefeningen om pijn te verlichten en mobiliteit te verbeteren eraan toevoegen”, “presentatie in meerdere stukken opdelen en interactief maken, patiënt zelf laten denken wat goed en fout is”, “duidelijk maken waarom die rug zo belangrijk is, dat het de overgang is tussen de bovenste en onderste extremiteiten en alles ligt daar”, “meer leren over de toegestane pijn”, “een folder toevoegen aan de presentatie” en “meer preventieve informatie geven”.

Er waren geen ideeën of toevoegingen die door alle fysiotherapeuten werden benoemd.

Praktisch gedeelte

Het praktische gedeelte van de cd-rom bestaat uit tips en adviezen die voornamelijk met houding en beweging te maken hebben. Volgens de fysiotherapeuten is dit het standaard verhaal en is het duidelijk afgebeeld en beschreven.

Alleen deze informatie wordt echter niet voldoende gevonden om een goede voorlichting te geven, betere uitleg en bewegende beelden zijn hierbij noodzakelijk.

De dia's over goed en fout bewegen worden door een aantal fysiotherapeuten niet goed gevonden. Positieve bekrachtiging is beter volgens hen en goed/fout afbeeldingen kunnen bepaalde illness beliefs veroorzaken.

“Op het moment dat je een slecht voorbeeld geeft kijken mensen er toch naar en dat wordt ook verwerkt”.

Actieve oefentherapie toevoegen aan de cd-rom wordt zeker als meerwaarde gezien, dit moet echter wel beperkt blijven, anders wordt het te specifiek. Met name basale oefeningen ter pijnstilling en mobilisatie en het trainen van het stabiliserend systeem worden belangrijk gevonden.

“Core stability, daarvan is bewezen dat het werkt”.

Het is moeilijk om iets algemeen te doen, want er is een grote diversiteit aan patiënten.

Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Een opbouw in moeilijkheidsgraad is zeker nodig tijdens je training, maar voor dit project wordt het door de meeste fysiotherapeuten niet als meerwaarde gezien.

Tijdens een training zijn stabiliseren, mobiliseren, spierkracht verbeteren en functioneel trainen allemaal belangrijk, de volgorde is echter patiënt afhankelijk en het overlapt elkaar. Een opbouw maken in de verschillende fases, acuut, subacuut en chronisch, is volgens een groot aantal fysiotherapeuten te uitgebreid en te specifiek. Preventief kort wat informatie geven om chroniciteit te voorkomen wordt wel als meerwaarde gezien.

“De nieuwe richtlijn die dit jaar uitkomt maakt überhaupt geen onderscheid meer tussen acuut en subacuut”.

Door verschillende fysiotherapeuten worden nog enkele toevoegingen gedaan voor dit onderdeel; “meer inpassen in het dagelijks leven”, “oefeningen om pijn te verlichten” en “spierversterkende oefeningen en de beenheftechniek bij tillen”.

Schema 9: schematisch overzicht praktisch gedeelte

Praktisch gedeelte	
<i>Positief:</i>	<i>Negatief:</i>
Standaard verhaal	Niet voldoende
Duidelijk	Goed/fout dia's

Aanpassingen

Voor het interview waren er enkele ideeën ontstaan om de cd-rom toepasbaar te maken in de praktijk, hierover zijn ook een aantal vragen gesteld tijdens het onderzoek, om de mening van de fysiotherapeuten hierover te peilen.

Het idee om er een dvd van te maken die een leidraad voor de behandeling is en thuis als ondersteuning kan dienen wordt door een groot deel als positief ervaren, de enige kanttekening die erbij worden gezet is dat je het gevaar loopt dat patiënten gaan experimenteren en de patiëntentrouw. Men denkt wel dat deze manier beter toepasbaar is, dan de huidige cd-rom.

Videomateriaal toevoegen aan de cd-rom wordt als meerwaarde gezien door alle fysiotherapeuten. Hiervoor zijn verschillende argumenten genoemd; “een bewegend beeld blijft eerder hangen dan een plaatje”, “je kunt mooi 3D werken”, “meer en duidelijker effect”, “prikkelt meer”, “motorisch leren bestaat uit het kopiëren van bewegingen” en “uit eerdere ervaringen blijkt dat de patiënten het leuker en duidelijker vinden”.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Daarnaast vindt men het idee om een keuzemenu toe te voegen erg goed, want het is dan makkelijker om de cd-rom toe te passen.

“Een keuzemenu is een goedplan, je kunt dan meer op het niveau van de patiënt inspelen”.

Gebruik

De presentatie is eigenlijk bedoeld als ondersteunend middel tijdens de behandeling, momenteel wordt hij alleen gebruikt als groepspresentatie.

Op het moment worden al vele voorlichtingsmiddelen door de fysiotherapeuten gebruikt, dit zijn onder andere folders, een wervelkolom, sites, tekeningen, informatieboekjes, presentaties en stencils met huiswerkoefeningen.

De vorm waarin de fysiotherapeuten de voorlichting van de cd-rom zouden willen geven varieerde van een folder tot presentatie en dvd of het gebruik van internet of televisie. Enkele argumenten zijn; “een dvd spreekt meer aan dan een folder”, “een folder is sneller bij de patiënt”, “internet is praktisch en handig” en “bij een dvd kun je stukken weg laten, daardoor kun je patiënt gericht werken”. De manier waarop de fysiotherapeuten de informatie of de cd-rom zouden willen toepassen varieert ook. De voorkeur gaat uit naar individueel voorlichting gegeven, maar een presentatie wordt niet graag samen bekeken tijdens een behandeling, dat duurt te lang en andere hulpmiddelen zijn dan makkelijker.

Een gedeelte van de fysiotherapeuten zou de cd-rom na informeren en adviseren mee naar huis geven en later de informatie checken en herhalen. Een ander gedeelte ziet het gebruik van het product, zoals het nu is, en het meegeven hiervan niet zitten.

Ze zijn het er wel allemaal over eens dat het meegeven van een cd-rom zonder uitleg of terugkoppeling geen nut heeft.

“Ik denk dat hij dan in de kast verdwijnt”.

Ook vindt de gehele groep dat indien men het product gebruikt je het gedurende de gehele behandeltime kunt toepassen.

“Ik denk dat je het moet toepassen op het moment dat er toelichting nodig is”.

Zoals de presentatie nu is vindt men dat hij voor een groep is. Men zou hem dan toepassen tijdens een rugscholingsprogramma en eventueel opsplitsen in meerdere delen. Bij een groepspresentatie vindt men het belangrijk dat hij interactief is en dat er ook actief geoefend wordt.

Buiten de cd-rom en een groepspresentatie kwamen nog enkele ideeën naar voren, maar deze waren steeds afkomstig van één persoon.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Enkele ideeën zijn: “de presentatie als link op de website en erna verwijzen”, “oefeningen op de site nummeren en de nummers meegeven aan de patiënt”, “informatie op een tv laten zien in de wachtkamer” en “een folder aan de cd-rom toevoegen”.

Naar mening van de fysiotherapeuten is een cd-rom geschikt voor mensen die voldoende technische kennis hebben en in het bezit zijn van het nodige technisch materiaal. Daarnaast speelt opleidingsniveau, sociale gesteldheid en taal een rol.

“Sommige ouderen kunnen er juist heel veel van opsteken”.

Kortom de gemiddelde Nederlander zal er mee overweg kunnen.

Voor het merendeel is er mogelijkheid om het product toe te passen in de praktijk.

Diegene waar er geen mogelijkheid is om hem toe te passen geven aan dat dit in de toekomst geen probleem zal zijn, want door een toename van het digitale verkeer moeten ook die praktijken in de toekomst over voldoende computers beschikken.

Zoals het product er nu is, zal het niet vaak gebruikt worden, want het is moeilijk toepasbaar tijdens een behandeling. Een groot deel heeft wel interesse in een soortgelijk product. Slechts een kleine groep zou het niet gebruiken.

“Ik merk zelf als ik een half uur bezig ben met een patiënt dat ik ook echt dat half uur bezig ben en dan zou ik geen dvd samen met de patiënt gaan kijken”.

Als groepspresentatie, zoals hij nu is, is er wel interesse, maar de meeste praktijken hebben er niet genoeg patiënten voor en hebben liever dat er een aantal aanpassingen gedaan worden.

3.2.3 Aanbevelingen

Na de interviews kunnen er conclusies getrokken worden en aanbevelingen gedaan worden.

Hoe een voorlichtingsdvd er nu precies uit moet zien om aan de wensen en eisen van de fysiotherapeuten in Zuidoost Limburg te voldoen is nog niet helemaal duidelijk, daar is verder onderzoek voor nodig.

Er kunnen alleen aanpassingen gedaan worden mits het merendeel van de fysiotherapeuten voorstander hiervan is, dit kan ons inziens beter middels kwantitatief onderzoek onderzocht worden.

Middels dit kwalitatief onderzoek zijn al vele verschillende meningen van de fysiotherapeuten in kaart gebracht. Uit de resultaten bleek niet alleen dat de meningen varieerden, maar over verschillende punten deelden de fysiotherapeuten hun mening ook. Deze punten worden beschouwd als aanbevelingen.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Het eerste aan te bevelen punt is het maken van een keuzemenu en het gebruiken van videomateriaal. Een keuzemenu maken, omdat je dan per onderwerp kunt selecteren waardoor je beter op de patiënt kunt inspelen. Videomateriaal gebruiken, omdat het onder andere eerder blijft hangen, duidelijker is dan de huidige afbeeldingen en het motorisch leren bestaat immers uit het kopiëren van bewegingen.

Er staan te veel moeilijke termen op de cd-rom, met name bij de risicofactoren en de algemene informatie over rugklachten, voorbeelden hiervan zijn; psychosociaal, cognitief en somatisch. Het is dan ook aan te bevelen om bij het maken van het eind product de moeilijke en niet begrijpbare termen te vervangen of nader uit te leggen. Ook is het aan te bevelen om duidelijke en begrijpbare zinnen te maken. Op dit moment staan er verschillende verwarrende of onduidelijke zinnen op de cd-rom, bijvoorbeeld: ‘rugklachten kunnen ontstaan door het maken van een verkeerde of ongeacht snelle beweging’. Daarnaast is het aan te bevelen om bij het maken van het eind product niet te veel tekst op een pagina te zetten, want dat wordt nu soms als onprettig ervaren.

De informatie die momenteel al op de cd-rom staat is belangrijk, maar wat een patient er zelf aan kan doen wanneer hij specifieke lage rugklachten heeft en benadrukken dat er geen schade aan de rug is moet worden toegevoegd. Bij het stukje over wat de patiënt er zelf aan kan doen wordt bewegen aanbevolen, maar ze geven hier geen goede bewegingen of oefeningen. In dit stukje wordt slechts één houding aangegeven voor pijnklachten, daarnaast worden er nog wat theoretische tips gegeven. Het is aan te bevelen om dit stukje te verduidelijken en eventueel pijnverlichtende bewegingen of houdingen toe te voegen. In de tekst wordt wel benoemd dat pijn niet betekend dat er een ziekte of blijvende schade is ontstaan, maar ze benadrukken niet er geen schade aan de rug is. Het is aan te bevelen om dit duidelijk te benoemen en eventueel verder toe te lichten. Naar deze veranderingen is geen verder onderzoek vereist.

Over bovengenoemde punten deelde alle fysiotherapeuten hun mening, naar onze mening zijn er nog een aantal belangrijke punten uit het onderzoek naar voren gekomen die over het algemeen door een groot deel van de fysiotherapeuten werden benoemd.

Het is belangrijk dat er kort preventieve informatie wordt toegevoegd om chroniciteit te voorkomen. Er wordt nu alleen ingegaan op het terugkomen van de (sub)acute lage rugpijn, maar niet benoemd dat het chronisch kan worden, wanneer men niet op de juiste wijze met (sub)acute lage rugpijn omgaat.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Ook is het aan te bevelen om bijna alle onderwerpen beknopter te maken, zodat de cd-rom korter wordt en toegepast kan worden tijdens een individuele behandeling. Het praktisch trainen moet uitgebreid worden met actieve oefentherapie. Hierbij gaat het om basisoefeningen, die niet te uitgebreid moeten zijn. De oefentherapie moet met name gericht zijn op het stabiliserend systeem.

De afbeeldingen over de tussenwervelschijf en de belasting hiervan zijn niet goed. De afbeelding over de belasting van de tussenwervelschijf is achterhaald, er wordt extensie afgebeeld terwijl flexie meestal het probleem is en de nucleus wordt vergroot afgebeeld bij belasting, dit klopt niet. Daarnaast zijn de anatomie afbeeldingen niet zo goed. Het is beter om de local stabilizers, m. multifidi en m. transversus abdominus, af te beelden die van groot belang zijn bij lage rugklachten. Daarom is het aan te bevelen om andere afbeeldingen te gebruiken.

Tot slot is het aan te bevelen om de dia's over goed/fout bewegen te veranderen. Op de manier zoals het nu gepresenteerd wordt kan het zijn dat men de foute beweging ook onthoudt. Het is dan ook aan te bevelen om of alleen de goede bewegingen te laten zien of de foute beweging te benadrukken, bijvoorbeeld met behulp van rode en groene tekens.

De informatie die men gaat gebruiken moet echter eerst in de literatuur op evidentie worden onderzocht en/of er moet verder kwalitatief en/of kwantitatief onderzoek gedaan worden onder zowel fysiotherapeuten als patiënten. Het is dan ook aan te bevelen om deze punten eerst verder te onderzoeken.

Bovengenoemde punten zijn belangrijke aanbevelingen die een rol spelen bij het maken van een goed eindproduct.

4 Discussie

Tijdens het onderzoek ontstonden er vragen en discussies over het gekozen onderzoeksdesign en de onderzoeksvragen. Terugkijkende op het verloop van het onderzoek kunnen een aantal opvallende punten worden benoemd, deze staan in dit hoofdstuk ter discussie.

Er is een heel onderzoek nodig geweest om er achter te komen wat de beste manier is om cd-rom aan te kunnen passen. Achteraf gezien heeft Hogeschool Zuyd de opdracht ‘verkeerd’ ingeschat. Men is er bij het opstellen van de opdracht vanuit gegaan dat het een goed en bruikbaar product is en daarmee klaar voor implementatie.

Bij het voorbereidende onderzoek kwamen de onderzoekers er echter al achter dat het product op dit moment niet of nauwelijks gebruikt wordt, omdat de fysiotherapeuten niet tevreden zijn over de kwaliteit en de toepasbaarheid van het product. Implementatie op grote schaal is op dit moment nog niet mogelijk.

Om een product te implementeren is het allereerst belangrijk om te weten of er vraag naar is. Dit onderzoek had eigenlijk al moeten gebeuren voordat het product gemaakt werd. Achteraf blijkt dus dat ten eerste de interesse voor het product onderzocht had moeten worden.

De resultaten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen waren niet de resultaten die verwacht werden. Voorafgaande verwachtingen waren dat met de resultaten het product veranderd kon worden. Dit is achteraf niet zo gebleken, omdat de tijd te kort was en het gekozen onderzoek hiervoor onder andere niet uitgebreid genoeg was.

4.1 Sterkte/zwakte analyse

Een sterk punt van het onderzoek is dat al meteen in het begin duidelijk was dat de vraagstelling niet klopte. Implementatie van dit product bleek al snel helemaal niet aan de orde. Men kwam er al vroegtijdig achter dat er eerst in een andere richting gezocht moest worden.

Bij een onderzoek is het heel belangrijk om de juiste populatie uit te kiezen voor het doel dat je wilt bereiken. De resultaten hebben een nauw verband met de populatie.

Je kunt de populatie heel specifiek maken, dan is er een kleinere kans op variatie, als je minder specifiek gaat werken, dan ontstaat er meestal een grotere variatie.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Voor dit onderzoek was de gekozen populatie geschikt omdat er voldoende variatie naar voren is gekomen voor vervolgonderzoek.

Doordat er een vrij grote populatie heeft deel genomen aan het onderzoek hebben wij een breder beeld gekregen over wat de mening van de fysiotherapeuten is over de cd-rom, dit blijkt uit de verschillen van mening tussen de fysiotherapeuten.

Ongeveer vijftientig procent van de benaderde praktijken heeft deelgenomen aan het onderzoek, dit was meer dan het verwachte percentage.

Ook het gebruik van een recorder was een sterk punt, je mist op deze manier geen belangrijke informatie en je kunt je volledig richten op het interview.

Tot slot nog een sterk punt, de samenwerking tussen de beide onderzoekers en tussen de onderzoekers en de afstudeerbegeleiders verliep goed. Verder zijn alle gemaakte afspraken en interviews goed verlopen zonder enige problemen.

Tijdens het onderzoek zijn ook een aantal knelpunten naar voren gekomen. In een kwalitatief onderzoek wordt gebruik gemaakt van kwalitatieve gegevens om de onderzoekssituatie te beschrijven en te interpreteren. Mede doordat er tijdens dit onderzoek met twee onderzoekers is gewerkt kan het wel eens gebeuren dat er dingen anders geïnterpreteerd, begrepen of waargenomen worden. Dit werd pas opgemerkt tijdens het transcriberen van de interviews. Hierdoor krijg je variatie en dat kan ten koste gaan van de kwaliteit van de scriptie door verschillende factoren. Het is namelijk zo dat gedurende een kwalitatief onderzoek men zelf als 'meetinstrument' fungeert. De gegevens worden verzameld door onder andere directe waarnemingen waarbij men probeert in de huid te kruipen van de betrokkenen en men moet proberen de onderzoekssituatie te begrijpen en interpreteren. Dat maakte ook in dit onderzoek de analyse lastig.

Verder hebben inhoudelijke begeleiders bij de Hogeschool Zuyd zelf weinig ervaring met het uitvoeren van kwalitatieve onderzoeken, dit komt mede doordat de meeste begeleiders van de opleiding fysiotherapie uit de hoek van het kwantitatieve onderzoek komen. Hierdoor was het voor de onderzoekers een moeilijke taak om een goed gestructureerd kwalitatief onderzoek uit te voeren.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Het feit dat voorlichting het beste behandelmiddel is voor patiënten met acute/subacute aspecifieke lage rugklachten is wel al uit eerder onderzoek bewezen, maar of een voorlichtingscd-rom het beste middel is, of de bestaande cd-rom voldoet aan de wensen en kwaliteitseisen van de fysiotherapeuten en hoe een voorlichtingcd-rom eruit moet zien voor de eerstelijns fysiotherapie is nog niet onderzocht.

De cd-rom is dus gebaseerd op de laatste stand van zaken binnen het evidence based handelen, maar voldoet op het moment nog niet, hiervoor is verder onderzoek nodig.

De tijd was ook een knelpunt voor het onderzoek. Er heeft slechts een serie interviews plaatsgevonden, terwijl het kwalitatief altijd beter is om na de analyse van de eerste serie nog één of beter enkele series te houden, om de gevonden onderzoeksvragen die zijn ontstaan uit de eerste serie te onderzoeken.

In dit onderzoek zou eigenlijk een tweede fase plaatsvinden waarin de cd-rom zou worden aangepast aan de hand van de bevindingen. Uiteindelijk blijkt dat er nog veel onderzoeksvragen kunnen worden opgesteld, die eerst beantwoord moeten worden voordat aan de volgende fase kan worden begonnen. Tijdens dit onderzoek was hier niet voldoende tijd voor.

4.2 Aanbevelingen verder onderzoek

Met de resultaten uit dit kwalitatief onderzoek kunnen alleen aanbevelingen worden gedaan voor het beschreven vervolg onderzoek. Naar mening van de onderzoekers is het onmogelijk om de cd-rom naar de wensen en kwaliteitseisen van alle fysiotherapeuten te maken, omdat iedere fysiotherapeut zijn eigen manier van denken en werken heeft. Binnen de fysiotherapie is hierin veel variatie. Met goed onderzoek kan wel een groot deel van de wensen en kwaliteitseisen verwerkt worden in het product.

Tijdens het onderzoek is naar voren gekomen dat dit product nauwelijks toepasbaar is in de eerstelijns fysiotherapie, waar het in eerste instantie voor bedoeld was. Hierdoor is er geen interesse in het product, zoals het er op dit moment uitziet, de onderzochte populatie is echter wel geïnteresseerd in een soortgelijk product. Het idee en de opzet vindt men wel goed, maar voor gebruik is hij nog niet optimaal. Als groepspresentatie is hij op moment met de nodige aanpassingen wel geschikt. Daarnaast zijn een aantal kwaliteitseisen en wensen van de fysiotherapeuten duidelijk geworden, deze kwaliteitseisen en wensen moeten echter verder onderzocht worden wil er wat met deze informatie gedaan kunnen worden.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Ten eerste is het belangrijk om te onderzoeken of interesse is in het product is. Niet alleen de interesse van de fysiotherapeuten uit de eerste lijn, maar ook van de patiënten met subacute aspecifieke lage rugklachten. Zij zijn immers diegene die erna moeten kijken en diegene die het moeten gebruiken.

Kwalitatief onderzoek naar de mening van patiënten zal nog uitgevoerd moeten worden, omdat een goed kwalitatief onderzoek bestaat uit meerdere series dataverzameling zal dit bij zowel de patiënten als ook nog gedeeltelijk bij de fysiotherapeuten moeten plaatsvinden. Met behulp van de resultaten uit kwalitatief onderzoek kan er vervolgens een kwantitatief onderzoek opgesteld worden, dat ten opzichte van een kwalitatief onderzoek wel percentages en aantallen weergeeft. Men kan pas op grond van een meerderheid van de onderzochte populatie beslissingen nemen over eventuele aanpassingen.

Voordat de resultaten gebruikt kunnen worden voor het aanpassen van de cd-rom moet eerst de evidentie ervan getest worden. Men zou onder andere in de literatuur onderzoek kunnen doen naar effecten van kleurgebruik en naar actieve oefeningen die effectief zijn bij subacute aspecifieke lage rugklachten, want dat was immers de toevoeging die door alle fysiotherapeuten als meerwaarde werd gezien. Men kan niet zomaar een aantal oefeningen nemen, deze moeten evidence based zijn. Onderzoek naar het kleurgebruik is essentieel, want het speelt een belangrijke rol bij dit onderwerp. Met kleur kun je onder andere het gedrag van patiënten beïnvloeden en dat is belangrijk bij deze patiëntenpopulatie. De meningen van de fysiotherapeuten uit het onderzoek zijn hierover verdeeld, daardoor is verder onderzoek hiernaar aan te bevelen. Dit onderzoek kan zowel een literatuuronderzoek zijn, zoals hier boven genoemd, als een onderzoek onder fysiotherapeuten en patiënten.

Gedurende het verloop van het onderzoek stonden er veel punten ter discussie. Uiteindelijk is er niet het volledig bedachte resultaat uitgekomen, maar dit onderzoek is zeker zinvol geweest, omdat hierdoor duidelijk is geworden dat het belangrijk is om een goede onderzoeksvolgorde te kiezen. De verkregen informatie is een goed eerste resultaat uit kwalitatief onderzoek en resulteert in een omschrijving voor een vervolgonderzoek. De hogeschool en de onderzoekers zijn weer een ervaring rijker wat betreft kwalitatief onderzoek.



5 Conclusie

In de conclusie beantwoorden we de vraagstellingen, deze luiden;

Wat is de mening van fysiotherapeuten uit de eerste lijn in Zuidoost Limburg over de voorlichtingscd-rom 'met de wind in de rug' en hoe ziet een voorlichtingsdvd eruit voor patiënten met (sub)acute aspecifieke lage rugklachten na inventarisatie van de mening van fysiotherapeuten, op het gebied van algemene indruk, inhoud, opbouw, presentatie en gebruik.

Het doel van dit onderzoek is de voorlichtingscd-rom 'met de wind in de rug' klaar maken om op grote schaal geïmplementeerd te kunnen worden in de eerstelijns fysiotherapie. Om de eerste vraagstelling te beantwoorden is gebruik gemaakt van interviews. De resultaten uit de interviews blijken erg variabel te zijn. Wanneer gekeken wordt naar de mening van fysiotherapeuten en we dit relateren aan een voorlichtingscd-rom kunnen we een aantal conclusies trekken.

Het blijkt dat de cd-rom wel praktisch hanteerbaar is voor een groepspresentatie, met enkele aanpassingen, maar de gemiddelde praktijk heeft daar niet voldoende patiënten met (sub)acute aspecifieke lage rugklachten voor. De meeste praktijken prefereren echter naar individueel gebruik, maar zoals de voorlichtingscd-rom nu is wordt die hiervoor niet praktisch hanteerbaar geacht. Dit komt met name doordat het doornemen van de cd-rom veel tijd in beslag neemt en er te veel essentiële dingen missen. Het idee en de opzet van de cd-rom vinden men echter wel goed. Verder bleek uit de resultaten dat enkele begrippen of zinnen verduidelijkt moeten worden, sommige afbeeldingen anders moeten of overbodig zijn, informatie geschrapt en toegevoegd moet worden, actieve oefentherapie toegevoegd moet worden en dat een keuzemenu en videomateriaal zeker een meerwaarde zal zijn voor de cd-rom. De interesse om dit product in gebruik te nemen zoals het er nu uit ziet is er niet, maar met wat aanpassingen zijn de potentiële gebruikers wel geïnteresseerd. Voorlichting bij patiënten met (sub)acute aspecifieke lage rugklachten wordt momenteel al veel gedaan in de praktijk, maar nog niet op deze manier, men is het er over eens dat het iets is voor in de toekomst. Uit deze factoren blijkt dat het idee voor een voorlichtingscd-rom in de particuliere praktijk wel potentie heeft maar door de boven genoemde factoren is het op dit moment in deze vorm niet hanteerbaar voor de particuliere praktijk.

De tweede vraagstelling is onbeantwoord gebleven, omdat de beschikbare tijd te kort was en er niet de gewenste resultaten naar voren zijn gekomen.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Tijdens dit onderzoek is de cd-rom daarom niet aangepast. Om daadwerkelijk aanpassingen te doen is er allereerst verdere inventarisatie nodig in zowel kwalitatief onderzoek als kwantitatief onderzoek. Daarnaast is er ook literatuuronderzoek nodig om de evidentie te waarborgen.

Hoe een voorlichtingscd-rom voor patiënten met subacute specifieke lage rugklachten er uit ziet is na dit onderzoek nog niet duidelijk. Wel is de mening van fysiotherapeuten uit de eerste lijn uit Zuidoost Limburg in kaart gebracht en zijn een aantal aandachtspunten naar voren gekomen, deze moeten echter middels verder onderzoek, zowel kwalitatief als kwantitatief uitgediept worden. Het is een stap in de goede richting om te komen tot een goed eindproduct. Meer hierover is in de discussie vermeld.

Uiteindelijk kan geconcludeerd worden dat er nog een aantal aanpassingen aan de voorlichtingscd-rom gedaan moeten worden voordat hij klaar is om op grote schaal geïmplementeerd te worden in de eerstelijns fysiotherapie.



6 Verantwoording en toelichting

In deze Verantwoording en toelichting worden de in de scriptie gemaakte keuzes uiteengezet en de nodige achtergrond informatie beschreven.

6.1 Selecteren en benaderen van de praktijken

De praktijken zijn geselecteerd aan de hand van de al eerder genoemde criteria, waaronder regio en achterhaalbaar e-mail adres.

Er is gekozen voor de regio Zuidoost Limburg, omdat persoonlijke benadering dan makkelijker en goedkoper is.

Het e-mailadres moet te achter halen zijn tijdens de zoek actie, omdat de eerste benaderingswijze van de praktijken zal geschieden via de e-mail. Hiervoor is gekozen omdat dit snel, kosteloos en effectief is. Je kunt uitgebreid informatie geven en de deelnemers op de hoogte houden van de laatste vorderingen. Daarnaast kan de deelnemer zelf bepalen wanneer hij de informatie doorleest, in veel praktijken is het immers al druk genoeg.

6.2 Inventarisatiemiddel: het interview

Er moet worden nagegaan welke wijze het meest geschikt is om de benodigde informatie te verkrijgen. De twee meest voor de hand liggende manieren om dit te doen is middels het afnemen van een schriftelijke- of mondelinge enquête. De punten die voor een schriftelijke enquête spreken zijn; een grote groep respondenten kan worden bereikt en goed met elkaar worden vergeleken.⁶ Een schriftelijke enquête is goedkoop en tijdsbesparend.⁶ De punten die voor een mondelinge enquête spreken zijn; het is een kwalitatief onderzoek, dat is een open en flexibele manier om informatie te verzamelen, die ruimte geeft aan onvoorziene en ongeplande verschijnselen en gebeurtenissen.⁶ Er kan door de interviewer gecontroleerd worden of de lijst daadwerkelijk wordt ingevuld door een fysiotherapeut, zo wordt de expert-validity beter gewaarborgd. Daarnaast bewaakt de enquêteur zelf de vragen, waardoor de enquêtes vollediger worden ingevuld dan bij een schriftelijke enquête.⁶

Om een duidelijk beeld te krijgen van de mening van de fysiotherapeuten is het van belang om open vragen te stellen, die vaak ingewikkeld en uitgebreid zijn. Bij een interview is hier meer mogelijkheid voor dan bij een schriftelijke enquête, daarom is het ook beter om voor een interview te kiezen.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Het nadeel van een interview is dat het veel tijd kost. Het vergt meer tijd van de therapeuten, waardoor de respons minder zal zijn. Voor de onderzoekers gaat het ook meer tijd kosten, want de praktijken moeten nu persoonlijk bezocht worden en de afspraken moeten gestructureerd worden gepland.

Ons onderzoeksdoel is het inventariseren van de mening van de fysiotherapeuten, na afweging van de voor en nadelen van beide methodes is er gekozen voor een interview.

Het doel van een interview is het verzamelen van informatie uit mededelingen van ondervraagde personen, ter beantwoording van een vooraf geformuleerde vraag. Deze informatie kun je meer of minder gestructureerd verzamelen. Interviews zijn er in verschillende soorten en vormen met hun eigen doel; inzicht geven in het probleem, knelpunten achterhalen, informatie verkrijgen etc. Bij een volledig gestructureerd interview is het uitgangspunt een vragenlijst waarin vragen en antwoordmogelijkheden vastliggen, bij een open interview liggen er helemaal geen vragen vast behalve de beginvraag. Ons interview zit hier tussenin, een halfgestructureerd interview, hierbij liggen de vragen en antwoorden niet van te voren vast maar de onderwerpen wel.

Vaak worden bij elk onderwerp nog enkele trefwoorden of “door”-vragen gegeven die in de loop van het interview aan de orde komen. De vragenlijst bij het interview is eigenlijk een topiclijst, een lijst met onderwerpen en subonderwerpen.

6.3 Achtergrondinformatie over het afnemen van een correct interview

Voordat er een interview kan worden opgesteld is het onderwerp middels literatuur over interviewen, enquêteren, kwalitatief onderzoek en vragenlijsten bestudeerd.^{5,6,7,8}

De boeken zijn afkomstig uit de bibliotheek Nieuw Eyckholt van de Hogeschool Zuyd, te Heerlen. De boeken zijn gezocht met behulp van de catalogus en de volgende zoektermen; interviewen, enquêteren, kwalitatief onderzoek, kwantitatief onderzoek en vragenlijsten.

Hieruit zijn de volgende aandachtspunten naar voor gekomen;

Bij de vormgeving van een mondelinge enquête is het belangrijk ervoor te zorgen dat er een introductiebrief wordt gemaakt waaruit duidelijk wordt wat het doel van het interview is, hoe de resultaten zullen worden gebruikt, of het interview anoniem is en de duur.

Er zijn enkele criteria waaraan de vragen moeten voldoen. Een vraag moet zo concreet mogelijk zijn, zodat de ondervraagde gedwongen wordt na te denken over het onderwerp van het onderzoek. De vraag moet te beantwoorden zijn.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Tot slot moet een vraag neutraal zijn, zodat de ondervraagde vrijheid heeft in het beantwoorden van de vraag en daar niet in beperkt of gestuurd wordt door persoonlijke opvattingen van de onderzoeker.⁶

Na het opstellen van de vragen, moeten de vragen gegroepeerd worden op onderwerp. Begin een interview met neutrale en gemakkelijke vragen, maar wacht niet te lang met vragen over het centrale onderwerp.⁶

Na het afronden van de vragenlijst, is het verstandig om een proefinterview af te nemen. Met een proef kan er worden nagegaan of de vragen duidelijk zijn, hoe lang het interview ongeveer gaat duren en of er nog aanpassingen moeten worden gedaan.⁶

6.4 Interview

Om duidelijkheid te krijgen waar het interview zich op moet richten is er een open interview afgenomen bij een van de toenmalige opdrachtgevers. Met een andere toenmalige opdrachtgever is contact geweest via de mail. Middels deze contacten zijn er verschillende aandachtspunten naar voren gekomen en werd het duidelijk welke problemen zich nu al voordeden bij het gebruik van de cd-rom.

Daarna is de cd-rom kritisch bekeken en zijn de punten genoteerd die opvielen en belangrijk leken voor het ontwikkelen van de dvd.

Tot slot is er in de literatuur gezocht om algemene informatie te krijgen over het opstellen van een interview.

Met de verkregen informatie afkomstig uit de literatuur en de gesprekken met de opdrachtgever en de toenmalige opdrachtgevers wordt het interview opgesteld. Met behulp van de feedback uit de scriptie bijeenkomsten op de hogeschool wordt een interview opgesteld. Hiermee wordt een proefinterview gedaan, waarna er een definitief interview opgesteld wordt, met behulp van een vragenlijst.

De vragenlijst bij een interview wordt een topiclijst genoemd, een lijst met een vraagstelling, een doelstelling, onderwerpen en subonderwerpen.

De topiclijst is een leidraad voor het interview, de vragen worden gesteld aan de hand van de topics en subtopics. De topics zijn; algemene indruk, inhoud opgedeeld in anatomie, informatie over rugklachten, belasting/belastbaarheid, risicofactoren, passief of actief bewegen, praktische tips en preventie, praktisch gedeelte, presentatie, gebruik en opmerkingen.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

Iedere topic wordt opgedeeld in subtopics, die op hun beurt weer verschillende aandachtspunten omvatten;

Algemeen: Hoelang ben je als afgestudeerd? Hoelang werk je al als fysiotherapeut? Ben je op bepaalde gebieden gespecialiseerd? Heb je hier een diploma voor?

Algemene indruk:

- Eerste indruk: spreekt de presentatie aan/oordeel over de presentatie? Wat vindt men van het kleurgebruik? Lukt het uit om na de eerste dia's verder te kijken?
- Duur: wat vindt men van de duur van de presentatie (te lang, te kort)? Hoelang mag volgens u een dergelijke presentatie duren.
- Overzicht: wat vindt men van de hoeveelheid tekst en plaatjes? Is de presentatie in zijn geheel overzichtelijk? Wat vindt men van het lettertype en de grootte van de tekst?
- Begrijpbaarheid: is de tekst begrijpbaar voor de patiënt (moeilijke woorden)? Is het duidelijk welke tekst bij welk afbeelding hoort? Zijn de afbeeldingen begrijpbaar? Is de boodschap van de cd-rom duidelijk?
- Opbouw: wat vindt men van de volgorde anatomie, informatie over rugklachten, belasting/belastbaarheid, risicofactoren, passief of actief bewegen, praktische tips, preventie.

Inhoud:

- Evidentie: sluit de cd-rom aan op de KNGF richtlijn lage rugpijn? Is de cd-rom toe te passen tijdens een behandeling volgens de richtlijn.
- Informatie keuze: is dit de informatie die u zou kiezen bij dit onderwerp? Geeft de tekst voldoende uitleg? Zou u deze informatie ook aan bieden bij een van uw patiënten?
- Omvang van informatie: wat vindt u van de hoeveelheid informatie? Zijn er onderwerpen die beknopter mogen of juist uitgebreider? Is er informatie of zijn er dia's die overbodig is/zijn of moet er meer worden toegevoegd?
- Afbeeldingen: zijn de afbeeldingen duidelijk? Zijn de afbeeldingen goed uitgelegd? Zijn er afbeeldingen die overbodig zijn of vindt u dat er nog missen?

Praktisch gedeelte:

- Huidig praktisch gedeelte: zijn de tips en adviezen die gegeven worden voldoende? Denkt u dat de patiënt de bewegingen goed zal uitvoeren aan de hand van deze informatie?



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

- Ons idee: actieve oefentherapie: denkt u dat actieve oefentherapie een meerwaarde is? Zal een opbouw in fases (acuut, subacuut en chronisch) noodzakelijk zijn?

Is een opbouw in moeilijkheidsgraad bij actieve training belangrijk? Zou beeld materiaal beeldmateriaal een meerwaarde bieden aan dit onderwerp?. Wat vindt u het belangrijkste stabiliseren, mobiliseren, spierverssterken, functioneel trainen of een combinatie van meerdere?

Presentatie:

- Keuze menu: wat vindt u ervan als er een keuzemenu zou zijn?

- Gebruikvorm: zou u ook kiezen voor een PowerPoint presentatie? Zou u de cd-rom meegeven, zelf laten zien of dit combineren? Zou u informeren in groepsverband of individueel? Wat denkt u van een dvd waarbij geen informatie hoeft worden gegeven?

Gebruik:

- Interesse: zou u deze cd-rom gebruiken? Zou u een soortgelijk voorlichtingsmiddel gebruiken?

- Mogelijkheid: is er in de praktijk mogelijkheid om deze cd-rom af te spelen? Denkt u dat ouderen het kunnen gebruiken wanneer het op de computer moet worden gebruikt? Denkt u dat een dvd gebruikt kan worden door ouderen?

- Voorlichtingsmiddelen: gebruikt u wel eens voorlichtingsmiddelen bij patiënten met lage rugpijn, zo ja, welke? Wanneer in de behandeling zou u deze cd-rom gebruiken?

Opmerkingen:

-Algemene op- of aanmerkingen die nog niet besproken zijn.

De vragen die gesteld kunnen worden tijdens het interview ontstaan uit de topics, subtopics en de aandachtspunten in een vragenlijst. De vragen zullen zowel open als gesloten zijn.

6.5 Interviews afnemen

Een interview heeft een aantal belangrijke aandachtspunten waarop gelet moet worden tijdens het afnemen. Begin een interview met een introductie over jezelf, de verwachtingen en de procedure. Het aantal aanwezigen en storende factoren tijdens het interview moet geminimaliseerd worden. Het gesprek moet zo natuurlijk mogelijk verlopen.



Is de cd-rom klaar om geïmplementeerd te worden op grotere schaal?

De onderzoeker moet bekend zijn met de vragenlijst, reageren op het niet begrijpen van de vragen en weten wanneer er doorgevraagd moet worden. Daarnaast moet de onderzoeker achter de vragenlijst staan.

Ook moet er gelet worden op zithouding als zitten tegenover de ondervraagde met een hoek van 90graden, oogcontact, geregeld knikken, stemgebruik en het stimuleren en onderbreken van de ondervraagde. Zowel tijdens als na het vraaggesprek mag er door de onderzoeker geen waardeoordeel gegeven worden. Sluit het vraaggesprek op de juiste manier af, vraag naar aanvullingen, bedank de ondervraagde, vraag naar de mening over het gesprek en vraag of de ondervraagde het eindproduct/rapport wil ontvangen.⁶

Om de verkregen data vast te leggen is er voor geluidsregistratie gekozen, door middel van een recorder, dit heeft grote voordelen voor de analyse. De onderzoeker kan zich volledig richten op het gesprek, hoeft zich niet druk te maken over de aantekeningen, alles wordt letterlijk opgenomen en de gegevens worden niet vervormd door de wijze van noteren van de onderzoeker, dit alles vergroot de kwaliteit van de gegevens¹⁰.



7 Literatuurlijst

1. KNGF-richtlijn lage-rugpijn, G.E. Bekkering, H.J.M. Hendriks, B.W. Koes, R.A.B. Oostendorp, R.W.J.G. Ostelo, J. Thomassen, M.W. van Tulder, jaargang 115, nummer 1, Maart 2005
2. Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg, Richard Grol en Michel Wensing, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2006
3. In zicht, nieuwe wegen voor implementatie, J. Ravensbergen, R. Friele, J. Keijsers, M. Wensing, N. Klazinga, Koninklijke van Gorcum 2003
4. Evidence-Based Practice voor paramedici, methodiek en implementatie, Chris Kuiper, JoanVerhoef, David de Louw, Karen Cox, Uitgeverij Lemma BV Utrecht 2004
5. Enquêteren, het opstellen en gebruiken van vragenlijsten, E.P.W.A. Jansen, Th.H. Joostens, D.R. Kemper, Wolters-Noordhoff bv Groningen 2004
6. Basisboek enquêteren, handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes, D.B. Baarda, De Goede en Kalmijn, Wolters-Noordhoff 2007
7. Basisboek Interviewen, handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews, Baarda, De Goede en Van der Meer-Middelbrug, Wolters-Noordhoff Groningen 2007
8. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie, Ilja Maso, Adri Smaling, Boom Amsterdam 2004
9. Scriptie Fysio, 'Met de wind in de rug': een voorlichtingsprogramma voor mensen met (sub)acute aspecifieke lage rugpijn, N. Vandewerken, F. Linckens, M.J.H. Pluijmakers, Hogeschool Zuyd Heerlen 2006
10. Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen, Hennie Boeijs, Boomonderwijs 2005

8 Bijlage

8.1 Bijlage 1: Brief deelnemers



Interview: Wat vindt de expert?

Heerlen november 2008

Betreft: Interview voorlichtingscd-rom `met de wind in de rug`

Geachte fysiotherapeut(e),

De voorlichtingscd-rom `met de wind in de rug` is in 2006 ontwikkeld door 3 studenten fysiotherapie, van de Hogeschool Zuyd Heerlen. De cd-rom bevat informatie voor patiënten met (sub)acute lage rugklachten en is destijds aan de hand van een literatuuronderzoek ontwikkeld. Er staat biomedische en psychosociale informatie op en informatie over de risicofactoren van lage rugklachten. Verder bevat hij tips en adviezen, met name houdings- en bewegingsadviezen. Op het einde van de diavoorstelling wordt aangegeven dat er een bijbehorende folder bestaat, door gebrek aan tijd is deze echter niet gemaakt.

De cd-rom is al in gebruik in één eerstelijns praktijk, daar hadden de fysiotherapeuten verschillende opmerkingen hier over. Om deze reden willen wij de mening van de potentiële gebruiker in kaart brengen, dit gebeurt aan de hand van expert-validity.

Het doel van ons afstudeerproject is; het analyseren van de cd-rom met behulp van interviews. Met de verkregen resultaten gaan wij de cd-rom aanpassen zodat hij aantrekkelijk wordt voor de potentiële gebruiker en uiteindelijk op grotere schaal gebruikt kan gaan worden.

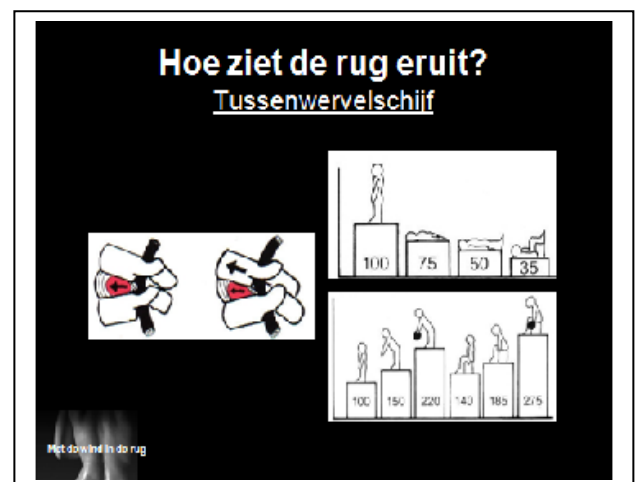
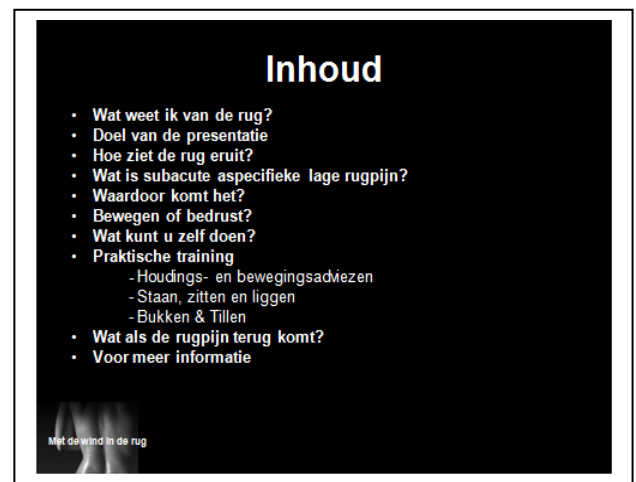
Om ons afstudeeronderwerp te realiseren hebben we de hulp van u als expert/ potentiële gebruiker nodig. Het is de bedoeling dat wij een interview van ongeveer 30 minuten bij u afnemen waarmee uw mening over de cd-rom in kaart gebracht wordt. De presentatie wordt alvorens het interview per e-mail toegestuurd en zal bekeken moeten worden voordat het interview afgenomen wordt. Naast de presentatie zullen ook de onderwerpen waar over de vragen zullen gaan toegestuurd worden, om de duur van het interview te beperken. De gegevens zullen vertrouwelijk en anoniem behandeld worden.

Alvast onze hartelijke dank.

Met vriendelijke groet,

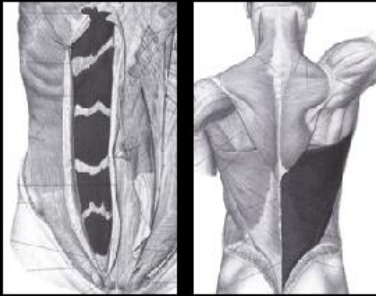
Sanne Vermonden en Jessie Stoffelen

8.2 Bijlage 2: Handout: voorlichtingscd-rom “met de wind in de rug”



Hoe ziet de rug eruit?

Spieren



Met de wind in de rug

Wat is (sub)acute aspecifieke lage rugpijn?

Symptomen

- Pijn in gebied tussen onderste ribben en de billen (vooral bij bepaalde bewegingen en te lang zitten).

Uit zich in:

- Lokale rugpijn, verhoogde spierspanning, stijfheid en wel of geen uitstraling in billen/bovenbenen.

Bijvoorbeeld:
iets oprapen van de vloer gaat moeilijk,
wasmand optillen is pijnlijk, traplopen
provoceert de klacht etc.

Met de wind in de rug

Wat is (sub)acute aspecifieke lage rugpijn?

Vóórkomen

- 60-90% lage rugpijn
- 80-95% geen specifieke oorzaak

- Acute fase: 0-6 weken
- Subacute fase: 6-12 weken
- Chronische fase: > 12 weken

50% herstelt binnen 1 week
75 tot 90% herstelt binnen 4 – 6 weken
95% herstelt binnen 3 maanden

60 tot 70% recidiveren binnen 1 jaar

Met de wind in de rug

Waardoor komt het?

Oorzaak

- Precieze oorzaak van lage rugpijn meestal niet duidelijk
- Pijn betekent niet dat er ziekte of blijvende schade is ontstaan.
- De rugpijn gaat meestal vanzelf over onder de juiste voorwaarden en condities.

Met de wind in de rug

Waardoor komt het?

Oorzaak

- Rugpijn kan ontstaan door:
 - overbelasting van de rug
 - maken van een verkeerde of ongeacht snelle beweging
 - slechte lichamelijke conditie
 - langdurig in één houding verblijven

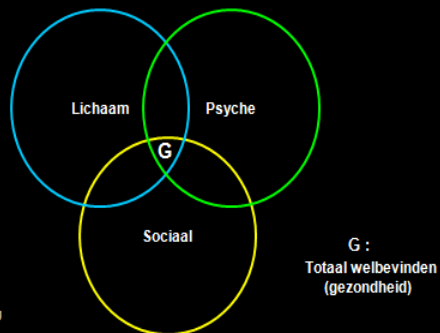
Met de wind in de rug



Met de wind in de rug

Waarvoor komt het?

Totaal welbevinden



Met de wind in de rug

Waarvoor komt het?

Belasting / Belastbaarheid

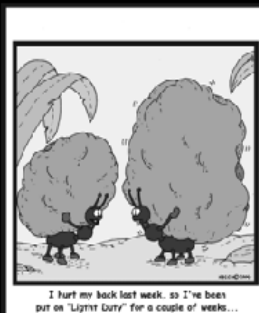
- Belasting: hetgeen waar je jezelf mee belast of waar je mee wordt belast (alles wat van buitenaf komt).
- Belastbaarheid: hetgeen je op dat moment aankan (hetgeen je lichaam aankan).

*Goede balans belasting/belastbaarheid is essentieel
→ Verstoring in belasting/belastbaarheid kan klachten veroorzaken*

Met de wind in de rug

Waarvoor komt het?

Belasting / Belastbaarheid



Met de wind in de rug

Waarvoor komt het?

Belasting / Belastbaarheid



Verstoorte belasting / belastbaarheid

Met de wind in de rug

Waarvoor komt het?

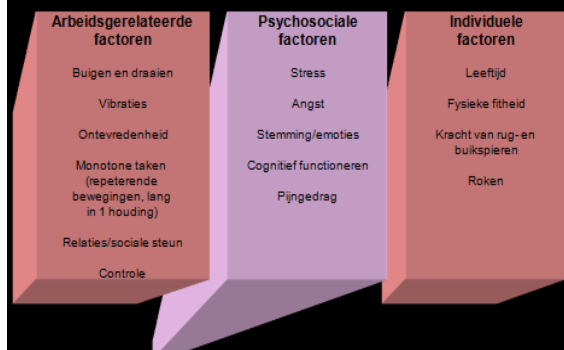
Risicofactoren



Met de wind in de rug

Waarvoor komt het?

Risicofactoren ontstaan lage rugklachten



Waarvoor komt het?

Risicofactoren ontstaan chronische klachten

Arbeidsgerelateerde factoren

Ontevredenheid
Niet mogelijk om
lichter werk te doen
bij werkherhvatting
Tillen gedurende
driekwart van de dag

Psychosociale factoren

Depressiviteit
Somatisatie
Distress

Individuele factoren

Overgewicht
Laag opleidingsniveau
Veel pijn en slecht
functioneren

Bewegen of bedrust?

Voor- en nadelen

Nadelen van bedrust:

- Rug wordt stijver
- Spieren worden slapper
- Conditie gaat achteruit



→ Wanneer U lange tijd niet beweegt, verlaagt uw belastbaarheid en wordt het moeilijker om de draad weer op te pakken.

Mit de wind in de rug

Bewegen of bedrust?

Voor- en nadelen

Voordelen van bewegen:

- Uw spieren worden actief gehouden
- U behoudt een goede conditie
- Uw gewicht blijft op peil
- U blijft soepel en lenig
- U zult zich fitter voelen en meer kunnen
- U krijgt een ontspannen gevoel

Mit de wind in de rug

Bewegen of bedrust?

Tips om in beweging te blijven

Wij adviseren u om in beweging te blijven en zoveel mogelijk uw normale activiteiten te blijven doen of weer op te pakken!

Mit de wind in de rug

Bewegen of bedrust?

Tips om in beweging te blijven

ACUTE FASE

- Begin na twee dagen met (verantwoord!) bewegen.
- Pas activiteiten tijdelijk aan indien nodig.

SUBACUTE FASE

- Pas activiteiten tijdelijk aan indien nodig.
- Neem uzelf voor elke dag iets aan beweging of sport te doen.
- Maak bewegen onderdeel van uw dagelijks leven.

Mit de wind in de rug

Wat kunt u zelf doen?

Omgaan met uw lage rugpijn

• Stel uw eigen doelen

→ Kies zelf bijv. een vorm van beweging die u graag zou willen doen maar niet kunt doen vanwege de rugpijn

• Blijf positief

→ Vergeet niet dat lage rugpijn meestal overgaat, ga er vanuit dat u snel uw normale activiteiten weer zult doen

Mit de wind in de rug

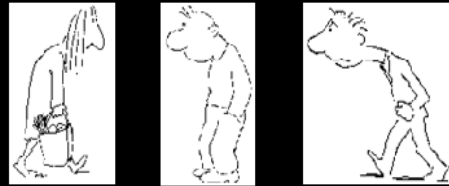
Wat kunt u zelf doen?

Omgaan met uw lage rugpijn

- Los uw problemen actief op
→ Als u merkt dat er ook nog andere hindernissen/problemen in uw dagelijks leven zijn, probeer deze dan te benoemen en hiervoor een oplossing te vinden
- Leer om te gaan met stress
→ Probeer dingen te ondernemen die u kalmeren, ontspannen of afleiden

Mit de wind in de rug

Praktisch trainen



Mit de wind in de rug

Praktisch trainen

Houdings- en bewegingsadviezen

- Goede houding is belangrijk (spierkorset, gewrichten en banden)
- Regelmatig houding veranderen
- Schoeisel beïnvloedt stand wervelkolom (vermijd hoge hakken en houdt rekening met de ondergrond tijdens periodes van pijn)
- Vermijd slenteren



Mit de wind in de rug

Praktisch trainen

Staan



Mit de wind in de rug

Praktisch trainen

Staan

- Lang staan vermijden
- Staande met zittende houding afwisselen, indien niet mogelijk:
 - regelmatig gewicht verplaatsen
 - een voet hoger plaatsen



Mit de wind in de rug

Praktisch trainen

Zitten

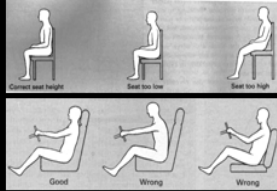


Mit de wind in de rug

Praktisch trainen

Zitten

- Vermijd te lage/ te zachte zittingen
- Beide voeten op de grond
- Bovenbenen rusten op zitting
- Rug gesteund tegen rugleuning (eventueel kussentje, hellend zitvlak)
- Inpassen in dagelijks leven (auto, kantoor)



Mit de wind in de rug

Praktisch trainen

Liggen



Mit de wind in de rug

Praktisch trainen

Liggen

- (relatief) harde onderlaag
- Gewicht gelijkmatig verdeeld
- Regelmatig wisselen van houding



Mit de wind in de rug

Praktisch trainen

Liggen

- Bij pijnklachten:
 - zijlig met opgetrokken knieën
 - psaoashouding

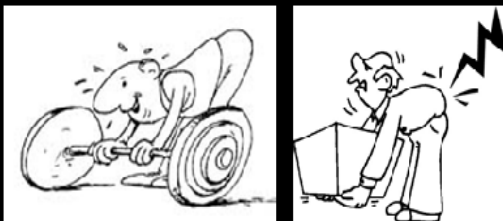


Blijf bewegen!

Mit de wind in de rug

Praktisch trainen

Bukken & Tillen



Mit de wind in de rug

Praktisch trainen

Bukken

- Niet bukken in gedraaide positie
- Buig door de knieën
- Plaats voeten uit elkaar
- Gestrekte rug
- Schuttersstand



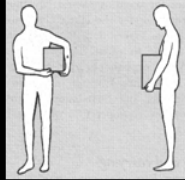
Mit de wind in de rug

Praktisch trainen

Tillen

*Bedenk voordat u iets optilt hoe u gaat tillen
en ken uw eigen kracht*

- Last dicht bij het lichaam tillen/dragen
- Gewicht verdelen over beide zijden
- Gebruik de kracht van uw benen; hoe sterker beenspieren, hoe makkelijker



Mit de wind in de rug

Wat als de rugpijn terugkomt?

- Als de rugpijn terugkomt betekent dat niet dat er iets ernstigs is. Het zal weer overgaan, net als de vorige keer.
- U kunt gebruik maken van dezelfde vaardigheden en methoden als gegeven in deze presentatie.

***Maak verantwoord bewegen
onderdeel van uw dagelijks leven!!***

Mit de wind in de rug

Voor meer informatie:

- Gekoppeld aan deze presentatie: Folder "Zelf iets doen aan lage rugpijn"
- Indien de rugpijn niet afneemt/verdwijnt kunt u ook bij uw fysiotherapeut terecht.

Maar nu eerst: Zelf aan de slag!

Mit de wind in de rug



Mit de wind in de rug

fysio
vision

Succes !!!

Hogeschool Zuyd
Faculteit Gezondheid en Techniek
Opleiding fysiotherapie

Nathalie Vandewerken
Fabienne Lirckens
Waddy Puijmakers

8.3 Bijlage 3: Voorbeeld van een getranscribeerd interview

Interview 1:

Inleiding:

J: Wij hebben voor het afstuderen de opdracht gekregen om een reeds bestaande voorlichtingscd-rom ‘met de wind in de rug’, die jullie van ons ontvangen hebben, op grote schaal te implementeren. Echter tijdens de voorbereidende fase kwamen we er achter dat de cd-rom op dit moment niet of nauwelijks gebruikt wordt. De huidige gebruikers hebben destijds wel de opdracht gegeven om het product te maken, maar vinden hem om verschillende redenen niet goed toepasbaar in de praktijk. Voordat er implementatie op grote schaal plaats kan vinden willen wij eerst de mening van de expert, in dit geval u als fysiotherapeut, in kaart brengen. We bespreken verschillende onderwerpen waaronder; algemene indruk, informatie, gebruik, afbeeldingen enzovoorts. Aan de hand van deze informatie willen wij eventuele aanpassingen doen aan de cd-rom.

J: U heeft de cd-rom ontvangen en bekeken?

Z: Ja

J: Oké. Het interview zal ongeveer vijfenveertig minuten duren en als er geen vragen meer zijn gaan we beginnen?

J: Beginnen we met de eerste vraag, hoe lang ben je in totaal al afgestudeerd?

Z: Ik ben in negen, elf, negenennegentig afgestudeerd, dus dat is nu net bijna tien jaar.

J: Bijna tien jaar, oké.

Z: En ik ben nu, ik ben nu net bezig met het laatste stukje af te ronden van manueel therapie.

J: Oké.

Z: Dus daar ben ik nu ook eigenlijk mee klaar.

J: Ben je ook meteen al begonnen met werken of niet?

Z: Ja, eigenlijk vrij snel. Ik heb nog eventjes bewegingswetenschappen gedaan, maar daar ben ik mee gestopt, omdat dat eigenlijk niet de richting was die ik, die ik in wilde. En dan ben ik dus vier jaar geleden met manueel therapie gestart.

J: Dus dan komen we meteen op het specialisatie gebied, bent u op bepaalde gebieden gespecialiseerd?

Z: Ja, manueel therapie.

J: Maar daar is nog geen diploma voor, dat komt eraan?

Z: Ja, dat is een kwestie van weken, formaliteit nog eigenlijk.

J: Oké goed.

Als eerste wat over de algemene indruk. Wat zou je als eerste over de presentatie zeggen? Je eerste oordeel zeg maar?

Z: Duidelijk veel informatie, maar er staat informatie in die ik niet direct zo naar de patiënten zou brengen en er staan dingen in waarvan ik zeg; hier zou ik juist iets uitgebreider op in gaan. Bijvoorbeeld psychosociale aspecten, daar moet je patiënten niet te direct mee confronteren, want ik merk in de praktijk heel erg, dat op het moment dat je ook gaat doorvragen die richting in, dat je dat heel subtiel moet doen en dat je daar heel snel weerstand krijgt, van “zie je nou wel iedereen denkt dat het maar tussen de oren zit”.

J: ja

Z: Dus ik vind altijd dat daar voorzichtigheid geboden moet zijn.

J: Ja.

Wat vindt je over het algemeen van , het kleurgebruik?

Z: Ik heb eigenlijk alleen maar het zwart wit gezien, dus.

S: Hij is ook alleen maar in het zwart wit.

Z: Oh oké, ja ik, ja je kunt hem wat fleuriger maken, maar dat is een kwestie van smaak. Eigenlijk denk ik dat, dat van diegene afhangt die de lay-out verzorgd.

J: Dus het hoeft niet anders?

Z: Nee.

J: Lukt het uit om na de eerste dia's verder te kijken?

Z: Even kijken na de eerste dia's verder kijken, ja “met de wind in de rug” de titel is niet echt, je hebt niet echt het idee dat het over rugklachten gaat. Oké, dat staat in de onder titel wel, maar als je inderdaad aan een patiëntgroep presenteert die met specifieke rugklachten geconfronteerd wordt dan denk ik wel dat het aanlokkelijk is. Dus, dat het inderdaad een positieve insteek is. Hoe kom ik vooruit.

J: Oké. En als je dan de presentatie doorneemt blijft je aandacht er dan bij of wordt je snel afgeleid?

Z: Ja, ik kijk er natuurlijk heel vaktechnisch naar als ik het zo zeg. Ik heb zoiets, waar willen ze hiernaar toe, wat willen ze hier zeggen, zou ik andere dingen willen zeggen, zou ik er meer bij willen, dus eigenlijk ja ik blijf er wel met mijn aandacht bij. Maar ik kan me voorstellen dat patiënten op een gegeven moment zoiets hebben van, wat komt er. En zeker op dat punt als die psychosociale aspecten aan bod komen. Ik denk dat patiënten dan afhaken en denken van beginnen ze weer daar over. Ja.

J: Ja. Dan komen we bij de duur van de presentatie. Wat vind je daarvan?

Z: Hoe bedoel je?

J: Wat vind je van de duur van de presentatie in zijn totaliteit?

Z: Hoeveel dia's zijn het?

S: Eenenveertig.

Z: Ja hoelang ben je aan het vertellen daar over. Hoelang loopt de presentatie. Ik heb eigenlijk niet de tijd opgenomen hoelang dat de presentatie loopt, maar ik denk dat zo'n hele presentatie voordragen, je moet iets van een kwartier aan het vertellen zijn en langer hou je de aandacht er niet bij. Ik denk dat je het in die dia's doet, ik heb zoiets sommige dingen kun je beter, bijvoorbeeld de inhoudsopgave zou ik in twee dia's splitsen, dan zou je wel een dia extra hebben maar dan zou het iets overzichtelijker zijn en je zou het iets meer onder verdeeld hebben.

J: Oké, dus meer kopjes maken, zodat het wat duidelijker wordt!

Z: Ja, ja.

J: Over het overzicht van de presentatie. Je hebt al wat genoemd bij de inhoudsopgave dat, dat wat overzichtelijker mag.

Z: Ja

J: Maar is de presentatie over het algemeen overzichtelijk?

Z: Ja, dat denk ik wel ja. Ik denk bij de meeste punten wel. Ik ben zelf meer geneigd om geen volledige zinnen te gebruiken, maar kernbegrippen te noemen. Die ik dan tijdens de presentatie zelf mondeling toelicht.

J: Ja

Z: Je kunt die dan inderdaad in een folder verder uitwerken als die er bij zit, zoals geschreven.

J: Ja en over de hoeveelheid tekst en plaatjes die er op een dia staan? Wat vind u daar van?

Z: Plaatjes denk ik goed, dit zijn hele overzichtelijke plaatjes en hier gaat het om de tekst die daar bij komt. In een folder kun je dat eventueel er bij zetten.

J: Ja

Z: Dat vind ik voldoende denk ik, ja.

J: Oké, het lettertype en de grootte zijn die duidelijk?

Z: Ja, ik zou wat consequenter zijn in de lettergrootte. Dus, constant dezelfde lettergrootte.

J: Te veel verschil!

Z: Ja, dat je niet de een keer een tien punts- en de andere keer een veertien puntsschaal gebruikt.

J: Ja, ja.

Z: Dezelfde manier van indelen ook aanhouden.

J: Even kijken, is de tekst begrijpbaar voor de patiënt?

Z: Ik denk het op de meeste punten wel.

J: Dus over het algemeen is het goed te begrijpen voor de patiënt!

Z: Ja ik denk het wel.

J: En wat betreft de uitleg, zal dat begrepen worden? Bijvoorbeeld bij de adviezen.

Z: Even kijken waar die zitten.

J: Helemaal achteraan.

S: Bijna op het einde.

Z: Ik denk dat je aan de adviezen in de presentatie kort aandacht moet besteden. Wat ze ook kunnen doen, bijvoorbeeld in de allerlaatste dia dat skeletje naar voren laten komen en dan gaan oefenen. Na zo'n presentatie zou ik ook niet te veel mensen in zo'n zaal willen hebben. Dat je zo'n twaalf personen hebt en je een paar groepjes kunt maken. Dat je kunt zeggen we gaan al eens oefenen met een paar personen. Laten zien hoe zit je nou eigenlijk goed, welke houding provoceert je klachten, welke houding reduceert je klachten. Eigenlijk dingen die je in de praktijk in een therapeutische setting ook zou doen.

J: Even kijken, is het duidelijk welke teksten en afbeeldingen bij elkaar horen?

Z: Ja

J: Zijn de afbeeldingen begrijpbaar?

Z: Ja, ook wel.

J: Is de boodschap van de presentatie duidelijk?

Z: Als ik de boodschap samenvat is het; zo zit de rug in elkaar, we hebben specifieke klachten waar eigenlijk vrij weinig aan de hand is met de rug, waar je heel veel zelf kunt beïnvloeden met heel goed op te letten op je houding en hoe je beweegt en daarbij de praktische tips; blijf in beweging en let op je houding. Dat denk ik dat de boodschap is.

J: En het doel van de presentatie zoals genoemd vooraan?

Z: Ik denk dat je heel kort begint met de factoren aan te halen waardoor chroniciteit ontstaat, ik denk dat, dat voor de patiënt heel moeilijk vatbaar is, dat van hoe chroniciteit te verkomen is. Je moet daar een heel stuk bewustwording van de patiënt bewerkstelligen en de patiënt denkt alleen op bepaalde momenten ik heb rugpijn. En denkt die rugpijn komt terug en dan heb ik weer rugpijn. Dan heb je die indeling in A en B profielen, sommige patiënten die hebben chronische rugpijn. Bijvoorbeeld een 2A profiel dan zit je niet met een subacute rugpijn, maar met mensen die een goede coping strategie hebben.

Waar gewoon acute factoren een rol spelen, als je naar een 2B profiel kijkt dan zit je al met patiënten die niet de juiste coping strategie hanteren, die misschien inderdaad met psychosociale factoren zitten, die al meer neigen naar chroniciteit. Dan 3A heb je die mensen die regelmatig last van hun rug hebben, maar die gewoon normaal functioneren en af en toe een episode hebben. Die kun je dan eigenlijk weer onder een 1A profiel vatten. 3B profielen die zitten diep in de shit, zal ik maar zeggen.

J: Misschien oefeningen toevoegen, in plaats van alleen tips?

Z: Chronische rugklachten, met specifieke oefentherapie daar zijn mensen niet bij gebaad blijkt uit onderzoek. Mensen leren om bijvoorbeeld met graded activity hun belastbaarheid te verhogen en algemeen hun activiteiten herstellen. Mensen leren eigenlijk hun belastbaarheid optimaal te houden en actief te blijven, dat is belangrijk.

J: Wat vindt men van de volgorde anatomie, informatie over de rugklachten, belasting/belastbaarheid, risicofactoren, passief of actief bewegen, praktische tips en preventie?

Z: Heel logisch

Het stukje dat ik mis in de presentatie is over de spieren, het stabiliserend systeem. Daar is de laatste tijd heel veel aandacht voor. In de presentatie worden de grote spiergroepen eruit gehaald, maar er wordt geen aandacht besteed aan de spieren die op segmentaal niveau voor stabiliteit zorgen, waar je dus eigenlijk wel heel veel rugklachten mee kunt voorkomen. Het zijn eigenlijk dingen die je heel goed aan de hand van praktijkvoorbeelden kunt presenteren bijvoorbeeld til eens iets en til datzelfde eens als je weet welke spieren je moet aanspannen. Het voorbeeld dat ik zelf in de praktijk altijd aan haal is: sjouw eens een stoeptegels gewoon en sjouw een stoeptegels als je weet welke spieren je moet aanspannen om je rug te stabiliseren. Daar merkt de patiënt een enorm verschil tussen. Dat zijn dingen die je patiënten echt zelf kunt meegeven.

J: Sluit de presentatie aan op de KNGF richtlijn?

Z: Ik denk het wel

J: Is de cd-rom tijdens een behandeling volgens evidence based practise toe te passen?

Z: Ik denk dat hij heel erg aan sluit op de richtlijn, je kunt altijd hier en daar wat dingen aanschaffen, wat aanpassingen doen. Tijdens een behandeling zelf ga ik geen presentatie geven, ik zal wel mensen misschien plaatjes laten zien. Heel veel vertel je ook eigenlijk tijdens de behandeling. Het is meer iets voor een aantal patiënten je houdt bijvoorbeeld één keer in de maand een presentatie avond en dan kun je al die patiënten die je die maand gezien hebt uitnodigen voor een presentatie.

J: De informatie die gekozen is, is het de informatie die jij ook zou kiezen voor een patiënt met (sub)acute lage rugklachten?

Z: Alleen nog stabiliserende oefeningen er bij zetten. Misschien ook een stukje video, dat je een voorbeeld hebt. Ik ga nu zelf wel eens op de tafel liggen om iets voor te doen. Over het algemeen is het wel de informatie die ik ook geef.

J: Dat is ook de informatie die je zou kiezen bij dit onderwerp?

Z: Ja

J: Wat vindt je waar een patiënt met (sub)acute aspecifieke lage rugklachten absoluut over geïnformeerd moet worden?

Z: Dat er eigenlijk aan zijn rug zelf geen schade is, er kan wel wat microschade zijn. Wanneer er een neigende hernia is, dan moeten bepaalde bewegingen vermeden worden. Juist bij de aspecifieke, dat er geen schade is en dat hij er zelf veel aan kan doen, dat hij zelf in beweging moet blijven en oefeningen moet doen om zijn rug sterker te maken.

J: Geeft de tekst voldoende uitleg?

Z: Ik denk het wel, tijdens het presenteren moet je zelf toch het een en ander toelichten.

J: Wat vind je van de hoeveelheid informatie?

Z: Het is de informatie dat je die allemaal naar voren moet laten komen, op sommige punten kan het misschien beknopter.

J: Welke onderwerpen mogen beknopter of juist uitgebreider?

Z: Ik zou meer aandacht aan de stabilisatie besteden. Ik zou wel aangeven dat er ook omgevingsfactoren een rol spelen, maar niet te specifiek op stress en angst ingaan. Het is belangrijk dat de patiënt ook beseft wat er aan de hand is, zodat de patiënt goed kan omschrijven wat er aan de hand is, attributiefactoren, daar zou ik aandacht aan besteden. Daar zou ik dan dieper op ingaan.

S: En wat vind je dan van het onderwerp “de anatomie”?

Z: Dat is juist goed, het zijn drie hoofdpunten: één de wervelkolom, twee de tussenwervelschijf en drie de belasting van de tussenwervelschijf. Bij de spieren iets meer over het stabiliserend systeem, segmentaal, multifid. Daar zou ik dus meer aandacht aan besteden.

S: En het praktisch trainen, vindt je dat te uitgebreid of juist niet? De houdings- en bewegingsadviezen enz.

Z: De adviezen mogen misschien wat korter, maar het zijn wel dingen die belangrijk zijn. Alhoewel, bij liggen verwacht ik niet dat een patiënt er veel aan gaat doen. Hij zal misschien eens een kussentje onder de kont leggen als hij merkt dat, dat een ontlasting is.

J: Zijn er dia's die overbodig zijn of die juist moeten worden toegevoegd?

Z: Ja het stabiliseren. En de risicofactoren mogen iets minder uitgebreid.

J: Zijn de afbeeldingen duidelijk?

Z: Ja

J: Zijn de afbeeldingen goed uitgelegd?

Z: Ja

J: Zijn er afbeeldingen die overbodig zijn of die juist missen?

Z: Staan, daar zou ik ook nog wat aandacht besteden aan het bekken kantelen. Dat de mensen wat kunnen doen aan de overmatige holle rug die ze maken, door daar ook actief mee bezig te zijn. Buikspieren en bilspieren trainen.

J: Zijn de tips en adviezen die gegeven worden voldoende?

Z: Ja, zoals ik al heb gezegd zou ik wat veranderen. Het inpassen in het dagelijks leven, ik geef mensen in de auto vaak de tip om juist eens rechter in de auto te gaan zitten en de binnen spiegel iets hoger te zetten. Dan krijg je een retractie en tractie op de nek, zodat je rechter zit, dit is niet echt voor de lage rug, maar interessant voor de algemene houding. Ik zou in een setting waar je een groepspresentatie geeft het uitbreiden met wat oefeningen die mensen kunnen doen om bepaalde spieren te leren gebruiken, die dan weer in de houding naar voren komen.

J: Denk je dat de patiënt de oefeningen juist zal uitvoeren aan de hand van deze informatie?

Z: Ik denk dat je daar actief voor moet gaan oefenen, dat je daar één op één aandacht aan moet besteden, maar dat moet een klein groepje zijn. Ik heb in het verleden in een praktijk gewerkt heb waar we op een gegeven moment rugscholing gegeven hebben. Dat deden we met twee personen, daar kwam die stabilisatietraining in naar voren en van daaruit ook heel veel houdingsoefeningen met de stabilisatie als basis en van daaruit de houding opbouwen. Dan begin je met twee personen en er komt dan eens af en toe iemand bij, je geeft dan ook met twee personen die les. Als je dan oefeningen gaat geven, dan loop je met z'n tweeën rond om mensen te corrigeren. Het kan bijvoorbeeld om oefeningen op een matje gaan, oefeningen op een bal of oefeningen met gewichtjes. Je hebt verschillende mogelijkheden.

J: Dan hebben we nog een aantal vragen over onze ideeën. Heeft actieve oefentherapie een meerwaarde voor de cd-rom, wanneer deze wordt toegevoegd?

Z: Ja, maar als je het op de cd-rom zet zou ik dat niet bij de presentatie doen, daar zou ik een apart hoofdstuk van maken. Dat je de presentatie laat zien en die kun je dan bijvoorbeeld ook aan mensen meegeven naar huis.

Dat mensen ook specifieke oefeningen hebben, die je dan in de praktijk in de groep hebt geoefend en dat mensen thuis dan kunnen nakijken hoe het ook al weer ging.

Heel vaak zie je, tenminste dat zie ik, dat als ik mensen naar huis stuur met een paar oefeningen, dat de mensen de keer daarna komen met ik heb goed geoefend. Ze hebben de oefening dan echter totaal verkeerd uitgevoerd of ze hebben zoiets van hoe ging het nog eens en hebben er een hele andere oefening van gemaakt of ze hebben hem eigenlijk gewoon maar achterwege gelaten, omdat ze hem niet meer wisten. Sowieso de eerste keer ook maar twee of drie oefeningen, dat je de mensen niet overlaad met informatie.

J: Zou een opbouw in acuut, subacuut en chronisch noodzakelijk zijn?

Z: Als je de richtlijn volgt dan ga je in de eerste zes weken, de acute fase eigenlijk niks doen, behalve de mensen activeren. Toch zijn we heel gauw geneigd om vaak toch te gaan kijken, die rug te gaan onderzoeken. Manueeltherapeutisch kom je dan toch vaak bepaalde functie stoornissen in gewrichten tegen, die je los gaat maken om te kijken of het bewegen beter gaat, dan gaat het bewegen inderdaad vaak beter. Dat is mijn mening en dat wijkt wel af van de richtlijn en heel veel therapeuten doen hetzelfde, maar je maakt toch de bewegingsvrijheid beter waardoor je het beloop van de aandoening eventueel versneld. Als de patient in een vroeg stadium geïnformeerd wordt over wat er aan de hand is en eventueel al een behandeling krijgt als dat nodig is, dat het beloop gewoon versneld wordt en dat hij niet die zes weken met pijn hoeft te lopen. Ga je die patiënt die eerste zes weken die informatie geven, nee ik zou dat inderdaad pas in de subacute fase doen. Op het moment dat klachten blijven voortbestaan en misschien toch ergens herstel belemmerende factoren zijn, een blokkade of iets anders, misschien toch een discus die is aangedaan, waar je dus toch eigenlijk wel geneigd bent om een behandeling toe te gaan passen. Vervolgens ook de informatie meegeven van hoe gaan we verder.

J: Is een opbouw in moeilijkheidsgraad belangrijk bij actieve training?

Z: Ik begin meestal met bekken kantelen, het stabiliserend systeem, dus je transversus aanspannen cocontractie van je multifidi. Van daaruit breng ik heel voorzichtig, heel subtiel een disbalans te weeg, bijvoorbeeld met een voet één centimeter optillen, van daaruit ga je verder in zit en stand met de armen. Dus wel belangrijk ja.

J: Zou beeldmateriaal een meerwaarde bieden?

Z: Zou ik niet in de presentatie doen, daar zou ik een apart hoofdstuk van maken. Als dat dan iets is wat je ook aan patiënten mee wilt geven.

Ik zou die presentatie maken voor de fysiotherapeut die dan in de praktijk dat kan laten zien en die cd ook kan meegeven aan de patiënt, dat hij het ook nog eens thuis gemakkelijk kan gaan kijken en eventueel met een folder erbij.

Dat er dan inderdaad die oefeningen op staan die de patiënt dan nog eens thuis op z'n computer of op z'n dvd-speler kan kijken en dat hij hem ook op pauze kan zetten om te kijken hoe de oefening gedaan moet worden.

J: Wat vindt je het belangrijkste, stabiliseren, mobiliseren, spierverssterken, functioneel trainen of een combinatie van meerdere?

Z: Ik denk dat het de combinatie is. Ik denk dat je daar ook weer moet gaan opbouwen en dat je patiënt specifiek moet gaan kijken waar ga je begint. Als er herstel belemmerende factoren zijn begin je met mobiliseren, dat is dan passief en van daaruit de patiënt activeren en beginnen met stabiliteit en dan spierverssterking.

J: Wat zou je er van vinden als er een keuzemenu was? Dat je per onderwerp kan selecteren, zodat je niet alles hoeft te bekijken.

Z: Zo'n beetje als je op een dvd hebt, dat je de menuutjes kunt kiezen?

J: Ja

Z: Ja het maakt het geheel wel nog professioneler en interessanter en ook makkelijk als je een patiënt een bepaald stukje wilt laten zien. Het wordt misschien wat praktischer.

J: Welke gebruiksvorm zou u kiezen? Een presentatie, voorlichtings-dvd, folder enz.

Z: Als je de dvd gewoon meegeeft als voorlichtingsmateriaal weet ik niet wat er mee gebeurt, of ze hem überhaupt gaan kijken en dan heb ik zoiets van dat is zonde. Dan denk ik dat je beter of de patiënt kunt uitnodigen met een aantal mensen voor eens te komen kijken naar een presentatie, eventueel tijdens de behandeling fragmenten laten zien of er voor zorgen dat ik de sheets los heb, dat ik kan zeggen, kijk hier moet je op letten dat of dat.

J: Zou je de cd-rom meegeven, laten zien in de vorm van een presentatie of een combinatie?

Z: Ik zou de combinatie kiezen, de een misschien alleen laten zien en de ander de cd thuis eens laten bekijken. Dat is afhankelijk van mijn inschatting van de patiënt. Ik denk dat je daar ook bijvoorbeeld met opleidingsniveau rekening houden, sommige mensen moet je het inderdaad voorkauwen en het uitgebreid uitleggen en iemand die hoger opgeleid is, dan kun je zeggen, bekijk je dat eens en als er nog vragen zijn dan hoor ik het wel.

J: Zou je eerder in groepsverband of individueel informeren?

Z: Dat hangt van de situatie af. Ik zou zoals ik hem nu had, had ik zoiets van dit is iets wat je aan een groepje geeft. Je zou hem inderdaad ook individueel kunnen gebruiken.

In groepsverband zou ik hem gebruiken als inleiding op een programma, een rugschoolprogramma. Een programma waar mensen wekelijks komen oefenen, maar dat ze de eerste keer gewoon een stukje voorlichting krijgen van kijk dit gaan we doen. En dat je dan tijdens de daarop volgende sessies steeds bepaalde fragmenten kunt uitlichten.

Je kunt dan bijvoorbeeld ook naar de dvd kijken voor de oefeningen die daarbij horen en die kun je dan weer aan de patiënten meegeven.

J: Wat denk je van een dvd waarbij geen informatie hoeft gegeven te worden?

Z: Ik denk dat hij een keer gekeken wordt en daarna in de kast verdwijnt. Ik denk dat je dan beter in een interactieve situatie, in een echt therapeut-patiënt contact, dat mag in een groep zijn of individueel zijn, dat je daar dan aandacht aan besteed.

J: Wij hadden dan eigenlijk het idee om er beeldmateriaal aan toe te voegen, een keuzemenu aan toe te voegen, zodat je onderwerpen kunt kiezen, want voor zo'n presentatie is vaak geen tijd, daarnaast gebruikte de praktijk wel gedeeltes eruit. Ook werd hij niet gebruikt omdat er te weinig groepen waren en voor individueel gebruik is hij niet zo geschikt. Een combinatie tussen voorlichtingsmateriaal en adviezen en oefeningen voor thuis nog eens te bekijken.

Z: Maar dat is eigenlijk de manier waarop ik ook verder was aan het denken, een stukje dat je in de praktijk doet en dat je hem mee naar huis kunt geven en dat je de patiënt kunt verwijzen naar dat en dat hoofdstuk. En als je dan inderdaad een onderverdeling kunt maken tussen de presentatie en nog oefeningen op een dvd. Als je oefeningen gaat voordoen zul je daar ook een gradatie in moeten doen, dan zul je moeten gaan beginnen met een basis en dat moeten gaan opbouwen. Informatie bekijk je denkkelijk ook minder vaak als de oefeningen.

J: Zou je een dergelijke cd-rom gebruiken?

Z: Dat hangt er van af, dat hangt van een aantal praktische dingen af. Of je in de gelegenheid bent om patiënten dit inderdaad te laten zien en of dat je de mogelijkheid hebt om zo'n presentatie te geven. Ik merk heel vaak dat als je een half uur met de patiënt bezig bent dat je dan echt dat half uur bezig bent, als je dan ook nog een dvd moet gaan kijken samen met die patiënt. Nee dat zou ik eigenlijk niet doen. Ik denk dat ik daar echt iets apart van zou maken.

J: Zou je een soortgelijk voorlichtingsmiddel gebruiken?

Z: Ik denk dat als ik dit programma zou hebben, dat ik een aantal sheets eruit zou pakken of ik zou misschien die hele presentatie eruit pakken en daar een afdruk van maken en eventueel plastificeren, dat ik het kan laten zien en dat je het makkelijk kunt uitleggen.

J: En dat ze dan bijvoorbeeld daar weer thuis naar terug kunnen kijken?

Z: Ja.

J: Is er in de praktijk de mogelijkheid om de cd-rom te bekijken?

Z: Ja in principe wel, in de behandelkamers heb ik computers staan.

J: Voor welke populatie is de cd-rom geschikt en voor welke niet?

Z: Ik denk aan leeftijd, ik denk aan opleidingsniveau, ik denk aan sociaal arrangement, het zijn verschillende factoren die een rol kunnen spelen.

Mensen die sociaal niet erg sterk staan en mensen met een laag opleidingsniveau die zullen misschien ook zoiets hebben van leuk, maar er eigenlijk weinig van opsteken. Sommige ouderen kunnen er juist heel veel van opsteken, zeker mensen die nog goed bij de pinken zijn. Ik kan me ook goed voorstellen dat andere ouderen zoiets hebben van het zal wel allemaal, maar ik heb pijn aan mijn rug je moet me masseren.

J: We dachten ook aan het gebruik, het omgaan met een computer.

Z: Ja er zullen mensen zijn die er niet mee om kunnen gaan, maar ik bedoel qua begrijpelijkheid en qua de informatie eruit pakken.

J: Dus de gemiddelde Nederlander zal hiermee overweg kunnen, of niet?

Z: Ja, dat denk ik wel.

J: Gebruik je wel eens voorlichtingsmiddelen bij patiënten met (sub)acute specifieke lage rugpijn, zo ja welke?

Z: Ja, folders van de KNGF. We hebben in de andere praktijk waar ik gewerkt heb zelf een keer een folder ontwikkeld, dat wil ik nu ook gaan doen. Ik heb wat informatie op de website staan, waar je mensen naar kunt verwijzen, maar dat moet nog uitgebreid worden, dat is nog heel pril. Ik zou zelf zoiets hebben van je kunt zo'n presentatie ook gewoon als link op de website zetten. Dus dan hoeft je mensen geen cd te gaan meegeven, maar dan zeg je, kijk eens op de website daar staat een interessante presentatie. Dan kunnen ze hem zelf downloaden of zo.

J: Wanneer in de behandeling zou jij de cd-rom gebruiken?

Z: Op het moment dat mij gebleken is dat behandeling hands-on door de therapeut niet zinvol is of althans geen meerwaarde meer biedt. Op het moment dat de patiënt zelf moet gaan opbouwen, denk ik dat dit zeker naar voren komt. Kijk dat kan bij sommige mensen die je de eerste keer ziet, bij andere mensen ontdek je dat er een aantal disfuncties zijn en die ga je eerst verhelpen om het beloop te versnellen en daarna geef je de mensen dit pas mee. Als een disfunctie de oorzaak is van klachten dan merk je ook al dat mensen na een week vanzelf al een heel stuk beter kunnen functioneren en dat ze vanzelf al hun dagelijkse activiteiten oppakken.

J: Zijn er verder nog dingen opgevallen aan de presentatie, waar we het tot nu toe nog niet over gehad hebben?

Z: Ik ben er eigenlijk een beetje vanuit gegaan dat het een zinvolle presentatie is om te geven. Dat je zegt dat hij eigenlijk te weinig gebruikt werd omdat hij niet honderd procent voldoet. Er zijn wel een aantal aspecten waar je inderdaad, maar dat is ook vaak de persoonlijke mening van een therapeut die daar naar voren komt en waar hecht jij meer of minder waarde aan.

J: Er werden verschillende punten aangehaald door de gebruikers bijvoorbeeld; de presentatie duurde te lang, er werden maar enkele aspecten uit gebruikt, je werd verplicht door de hele presentatie te klikken en er waren bijna geen groepen.

Z: Dat kun je opvangen door inderdaad een keuzemenu te maken, dan houdt je, je achtergrond informatie, hoe ziet de rug eruit, anatomie en misschien nog iets meer over functionele aspecten van de rug zouden er in naar voren kunnen komen. Dat had ik ook opgeschreven.

Z: Ik weet niet of stress en strain nog vaak centraal staat in de opleiding, dus gewoon overbelasting van je passieve stabiliserende structuren, door een verkeerde houding. Dan zit je ook meer richting MC Kenzie te denken.

S: Nee, dat komt nu niet meer naar voren in de opleiding.

Z: Ik denk nog steeds dat daar verschillende zinvolle aspecten in zitten, maar je moet eigenlijk een soort van keuze maken uit de verschillende aspecten. Ik denk dat ik zelf daar nu langzamerhand pas aan toe kom, door de achtergrond informatie die ik in de loop der jaren heb opgedaan. Ik vond het in het begin heel moeilijk om te kiezen wat ik ging toepassen, ga ik nou MC Kenzie doen of ga ik gewoon masseren. Dat leer je in de loop der jaren in de praktijk.

J: Het is misschien een idee om er een soort dvd van te maken, die je tijdens je behandeling kunt meegeven als extra ondersteuning.

Z: Dan zou ik de mensen de informatie op de website zetten of zo.

Als je een groep hebt zou ik het in een groep doen, maar individueel opbouwen per patiënt.

J: Dan kun je het als groepstherapie, individueel en als ondersteuning gebruiken.

Z: Ja.

8.4 Bijlage 4: Voorbeeld van een analyse van één interview

Dit is een voorbeeld van de analyse van een willekeurig interview. De tekst horende bij de codes is onderstreept en per code genummerd.

Genummerde codes:

- 1) Eerste indruk
- 2) Kleur
- 3) Duur
- 4) Overzichtelijkheid
- 5) Afbeeldingen t.o.v. teksten
- 6) Teksten
- 7) Afbeeldingen
- 8) Boodschap/doel
- 9) Opbouw
- 10) Evidence
- 11) Toevoegingen
- 12) Praktische tips
- 13) Gebruikersvorm
- 14) Verstrekte informatie
- 15) Videomateriaal
- 16) Actieve oefeningen
- 17) Fases bij oefentherapie
- 18) Ons idee
- 19) Keuzemenu
- 20) Manier van toepassen
- 21) Interesse
- 22) Mogelijkheden
- 23) Populatie
- 24) Voorlichtingsmiddelen

Interview 5:

J: Hoe lang ben je al afgestudeerd?

K: Vijf jaar. (onderzoekspopulatie)

J: Ook al vijf jaar werkzaam als fysiotherapeute?

K: Ja. (onderzoekspopulatie)

J: Ben je op bepaalde gebieden gespecialiseerd?

K: Ik ben net gespecialiseerd in oedeemtherapie. (onderzoekspopulatie)

J: Daar heb je ook al het diploma van of nog niet?

K: Ja. (onderzoekspopulatie)

J: Spreekt de presentatie je aan?

K: Nou naar mijn eerste indruk ziet het er eigenlijk wel heel goed uit ¹. Ik vind dat het er ook wel duidelijk ¹ uit ziet. Dus de eerste indruk is wel goed ¹.

J: Wat vind je van het kleurgebruik²?

K: Ja, ik zou dat donkere niet gekozen hebben ². Als je dan een folder ervan zou maken, dan heb je eigenlijk een zwarte folder, mij zou dat niet aanspreken ². Op zich steekt het wel goed af ², het is ook heel duidelijk dat donkere met wit ², maar ik zou voor dat zwart een andere kleur gekozen hebben ².

J: Lokt het uit om na de eerste dia's verder te kijken?

K: Ik moet naar een patiënt kijken natuurlijk hè. Ja ik denk het wel ¹.

J: Blijft je aandacht erbij gedurende de presentatie? En als je, je in een patiënt moet verplaatsen?

K: Ja ³, er wordt veel gebruik gemaakt van tekeningetjes ³ en het is niet alleen maar tekst ³, dus dat houdt de aandacht er wel bij ³.

J: Wat vind je van de duur ³ van de presentatie?

K: Ja het zijn veertig dia's hè!

J: Eenenveertig.

K: Nee, ik denk dat het niet te lang is ³, want er zitten ook plaatjes bij waar je snel door kunt klikken en niet al te veel tekst op staat, dus het is niet dat het heel veel tijd zal kosten ³. Ik heb het zelf natuurlijk niet in gebruik.

J: Hoelang mag een dergelijke presentatie volgens jou duren?

K: Ik denk dat je het zeker niet langer als een uur moet laten duren ³. Hoeveel minuten is dat, dat iemand de aandacht erbij kan houden, 15 min! ³

J: Meestal heb je ook maar een half uur de tijd voor een patiënt.

K: Ja, daarom het licht er maar net aan wanneer je het toepast. Kijk, als je het tijdens een behandeling toepast dan is het vrij lang en uitgebreid³, maar als je voor een groep een presentatie geeft dan houden ze de aandacht er wel bij³

J: Is de presentatie in zijn geheel overzichtelijk⁴?

K: Bij de inhoud komt eigenlijk wel alles aanbod⁴. Ik vind het wel overzichtelijk⁴.

J: Wat vind je van de hoeveelheid tekst en afbeeldingen?⁵

K: Ik vind het wel een goed evenwicht hebben⁵. Niet te veel tekst op een pagina⁶ en de juiste afbeeldingen erbij.⁷

J: Wat vind je van het lettertype en de lettergrootte?⁶

K: Voor mij wel, maar voor een patiënt? Ik denk het ook wel⁶. Dat grotere lettertype is natuurlijk wel veel duidelijker dan dat kleine⁶, maar je wilt er alles op hebben natuurlijk. Dit is weer een kleiner lettertype, ik weet niet waarom ze daarvoor gekozen hebben. Ik denk niet dat het te klein is in ieder geval, het is wel leesbaar⁶.

J: Is de tekst begrijpbaar¹⁴ voor de patiënt?

K: Ik denk het wel. Alleen bij die diagrammen, daar zal misschien wel wat uitleg bij nodig zijn,¹⁴ bijvoorbeeld cognitief en vooral bij die chronische klachten. Somatisatie en wat staat er nog, ik denk dat de patiënt een aantal dingetjes niet direct zal begrijpen.¹⁴ Daar is wel nog wat uitleg bij nodig.

J: Is het duidelijk welke tekst bij welke afbeelding hoort?

K: Ik denk het wel. Dat is wel duidelijk.⁵

J: Zijn de afbeeldingen begrijpbaar?

K: Ja.⁷

J: Is de boodschap van de cd-rom duidelijk?

K: Ik denk het wel, hij staat benoemt.⁸ Het is eigenlijk wat je zelf kan doen in het geval van rugklachten en hoe ga ik hier mee om.⁸ Dus ik denk dat de essentie van de presentatie er wel uitkomt.⁸

J: Wat vindt je van de volgorde; anatomie, informatie over de rugklachten, belasting/belastbaarheid, risicofactoren, passief of actief bewegen, praktische tips en preventie?

K: Ja, dat is goed.⁹

J: Sluit de cd-rom volgens jou aan op de KNGF richtlijn specifieke lage rugklachten?

K: In grote lijnen zal hij wel daar op aansluiten.¹⁰ Wat er niet aansluit dat weet ik niet, ik ken hem niet helemaal uit mijn hoofd.

J: Is de cd-rom toe te passen tijdens een behandeling volgens evidence based handelen?

K: Ik denk als je er maar een half uur voor hebt niet. Maar je bedoelt qua inhoud gezien?

J: Ja, qua inhoud ook.

K: Inhoudelijk zitten er wel aspecten in die belangrijk zijn voor de patiënt¹⁰. Wat ik eigenlijk misschien nog mis is; er staat wel het verschil van wat voor actie doe ik rust of bewegen, maar er wordt niet heel erg duidelijk ingegaan op bewegen. Wat is goed bewegen en wat is niet goed bewegen.¹¹ Mensen zeggen wel ik ben zoveel in beweging, maar daar zitten heel veel bewegingen bij die eigenlijk belastend zijn. Tenminste volgens mij staat het er niet in?

J: Ja, achteraan wat til adviezen enzo.

K: Dat is natuurlijk wel goed, maar zulke praktische tips van wat is goed bewegen¹¹ dat denk ik dat ook wel essentieel is. Kijk, door de stad lopen is ook bewegen, maar het is niet echt bevorderlijk voor de rug. Of werken in de tuin, dan ben je ook aan het bewegen. Het komt natuurlijk wel later terug met til technieken, goed zitten, goed staan, dat vind ik wel duidelijk beschreven.¹² Maar dat is eigenlijk hetgene wat ik nog mis.

J: Zij hebben wel in de literatuur onderzoek gedaan en daaruit bleek dat voorlichting het effectiefste behandelmiddel is in deze fase.

K: Dus eigenlijk zou je het voor de behandeling al mee moeten geven. Dan zou de folder nog wat sneller bij de patiënt terecht komen.¹³

J: Is dit de informatie die je zou hebben gekozen bij dit onderwerp?

K: Ja.¹⁴

J: Zou je deze informatie ook aanbieden bij je eigen patiënten?

K: Ja.¹⁴

J: Waar vind jij dat een dergelijke patiënt absoluut over geïnformeerd moet worden?

K: Ja, die ADL activiteiten, wat hier ook in staan.¹⁴ Hoe zit je goed, hoe zit je niet goed, daar hebben ze dagelijks mee te maken, dus dat vind ik wel essentieel¹⁴, die moeten er in staan.

J: Geeft de tekst voldoende uitleg?

K: Ik denk dat je er niet meer in moet zetten, tenminste niet op de dia's zelf¹⁴. Op de dia's staat het eigenlijk wel duidelijk.¹⁴

J: Wat vind je van de hoeveelheid informatie?

K: Ja, goed.¹⁴

J: Zijn er onderwerpen die volgens jouw beknopter mogen of juist uitgebreider mogen?

K: Ja, dat actief bewegen¹¹, maar voor de rest vind ik het eigenlijk wel de juiste balans tussen tekst, uitleg en plaatjes.⁵

J: Zijn er dia's die moeten worden toegevoegd of juist weg moeten worden gelaten?

K: Over het algemeen vind ik wat er in staat wel duidelijk.¹¹

J: Zijn de afbeeldingen duidelijk?

K: Ja.⁷

J: Zijn de afbeeldingen goed uitgelegd?

K: Ja.⁷

J: Zijn er afbeeldingen die overbodig zijn of missen?

K: Nee, ik denk dat je wel alle afbeeldingen er in hebt staan bij de verschillende onderwerpen,⁷ belasting belastbaarheid, die praktische adviezen enzovoorts.

J: Zijn de tips en adviezen die gegeven worden voldoende?

K: Ja, eigenlijk wat ik eerder ook al zei, misschien nog wat uitgebreider over de juiste bewegingen.¹² Voor bepaalde onderwerpen wordt het wel uitgelicht, maar het bewegen zelf niet, het zijn nu meer statische bewegingen.¹²

J: Denk je dat de patiënt de bewegingen goed zal uitvoeren aan de hand van deze informatie?

K: Dat weet ik niet. Ik denk dat de patiënten daar niet altijd het goede houdings- en bewegingsgevoel voor hebben.¹² Ik weet zelf dat ze bij ons op de fitness, hebben twee studenten toen ze nog op de opleiding zaten rugscholing gegeven of doen ze nog steeds en zij hebben video afbeeldingen en afbeeldingen van echte mensen in verschillende houdingen gebruikt. Ik denk dat dat misschien nog beter is.¹⁵ Dat je het juist optillen van een kratje of iets dergelijks in een filmpje kan laten zien, dat komt nog beter over. Voor de fysiotherapeut is het wel duidelijk, maar voor de patiënt weet ik het nog niet.¹²

J: Wat denk je van een stukje actieve oefentherapie toevoegen?

K: Het is eigenlijk wat je bij je behandeling ook doet. Dat zou je inderdaad al in deze fase erbij kunnen doen.¹⁶ Als je zegt vanuit onderzoek is gebleken dat dit preventief heel erg goed is, dan zou dat een heel goed idee zijn.¹⁶

J: En daarbij een opbouw in fases acuut, subacuut en chronisch denk je dat, dat belangrijk is?

K: Die uitleg zeg maar? Want hier wordt het wel besproken hè, maar jullie willen dat wat dieper uitlichten?

J: Iemand die het al in gebruik had die zei van “misschien kunnen jullie wat oefeningen voor in de verschillende fases toevoegen”.

K: Dat wordt denk ik te uitgebreid¹⁷, dan heb je drie presentaties¹⁷ en de mensen die hier niet mee geholpen zijn komen toch voor individuele therapie¹⁷. Ik denk dat het voor de patiënt niet zo veel uitmaakt. Hij zal natuurlijk wel interesse hebben om te weten of het acuut of chronisch is, maar het belangrijkste voor hem is wat er tegen kan doen¹⁷. Ik denk dat het dan inderdaad drie presentaties worden en misschien met drie bijna dezelfde uitkomsten. Bij alle drie de fases ga je een aantal adviezen geven die hier ook al in staan, dat ga je toch al geven.

Misschien dat die factoren die tot chroniciteit kunnen leiden dat dat wat dieper uitgelicht kan worden. Ik denk dat het belangrijk is dat je adviseert om goed te bewegen en dit blijft onderhouden, zodat dat je niet in de chroniciteit beland.¹¹ Dat wil je uiteindelijk voorkomen.

J: Denk je dat een opbouw in moeilijkheidsgraad belangrijk is bij de actieve trainingstherapie?

K: Ik denk niet dat de patiënten daar op zitten te wachten¹⁶. Maar als je ziet hoe therapie trouw ze zijn in huiswerk oefeningen, dan heeft het ook geen zin om daar een opbouw in te maken¹⁶. Voor de patiënt is het denk ik niet belangrijk. Ik denk dat als de patiënt in behandeling is dat je daar wel naar toe kan werken, maar niet in de preventieve fase. In die fase nemen ze makkelijke basis oefeningen eerder aan dan “moeilijke” oefeningen en laat staan ze kunnen de eerste oefening nog niet, dat ze de derde opbouw wel gaan uitvoeren.¹⁶

J: Beeldmateriaal zou dat een meerwaarde zijn voor de cd-rom?

K: Ik denk het wel. Ik denk dat je daar wel meer effect mee zult hebben¹⁵ of dat het effect natuurlijk nog duidelijker is.¹⁵

J: Wat vind je het belangrijkste, stabiliseren, mobiliseren, spierversterken, functioneel trainen of een combinatie van meerdere?

K: Ik wilde net zeggen, het laatste¹⁶.

J: Allemaal gecombineerd?

K: In deze fase?

J: Ja.

K: Ja, dan mobiliseren en spierversterken¹⁶. Ze zijn allemaal belangrijk natuurlijk, maar in principe moet het stabiel zijn¹⁶. Bij chronisch is dat meestal ook nog een probleem. De combinatie van dus.

J: Als er een keuzemenu¹⁸ zou komen, zou dat een meerwaarde zijn?

Het idee is er om een dvd te maken met verschillende onderwerp die met het menu te kiezen zijn, zodat hij bijvoorbeeld als link op het internet gebruikt kan worden. Of als ondersteuning aan een behandeling, datgene wat besproken is kan dan nog eens thuis nagelezen worden. Het wordt dan meer gericht op een individuele behandeling.

K: Ik denk dat dat beter toepasbaar is¹⁸. Want dan kun je een grotere groep bereiken dan met die patiënten die op die avond misschien wel of niet komen.¹⁸

Ik denk dat dat keuzemenu wel heel goed is¹⁹, want het heeft geen zin om die hele cd-rom helemaal af te kijken¹⁹. Kijk, de anatomie, voor een patiënt lijkt me niet zo interessant en als ze dat dan een keer gezien hebben vinden ze dat vaak genoeg, maar het gaat hen meer om die praktische tips of die preventieve oefeningen.¹⁹ Ik denk dat dat een goede opzet is¹⁹.

J: Welke gebruikersvorm zou je kiezen? Voorbeelden; internet, cd-rom, folder, papier enz.

K: Ik denk dat het allemaal wel goed is¹³. Praktisch gezien is informatie op de website natuurlijk heel erg handig, je zet het er op, je kunt het even aanpassen en iedereen kan er ten alle tijden naar kijken¹³. Met een folder of met een cd-rom kan het natuurlijk zo zijn dat hij ergens verdwaald¹³. En als je iedere patiënt een cd-rom mee moet geven is niet erg goedkoop, ze kosten allemaal geld natuurlijk¹³. Als de patiënt er dan wat mee doet is het geen probleem, dan heb je dat er wel voor over. Of de patiënt moet het al kopen of zo. De presentatie, daar zou ik het minst snel voor kiezen¹³. Ik zou de patiënt dan via de website, cd-rom of een folder informeren. En naderhand navragen of alles duidelijk is en of verder uitleg nodig is, want bij bepaalde dingen heb je toch nog iets meer uitleg nodig misschien. Ik denk dat je wel iets tastbaars moet hebben.²⁰

J: Zou je de cd-rom meegeven, hem zelf laten zien of dit combineren?

K: Ik denk combineren²⁰. Het ligt er ook aan wat voor patiënt je hebt, als jij een patiënt hebt die best een goed houdings- en bewegingsgevoel heeft, daar zou een cd-rom of een folder wel voldoende zijn²⁰. Als je een wervelkolom pakt dan is het nog wat visueller. In ieder geval combineren.

J: Zou je informeren in groepsverband of individueel?

K: Ik persoonlijk individueel.²⁰

J: Wat denkt u van een dvd waarbij geen informatie hoeft te worden gegeven?

K: Dat alleen is niet afdoende.²⁰

J: Zou je deze cd-rom gebruiken?

K: Er zouden wel wat aanpassingen aan mogen, maar de opzet en het idee om dat preventief aan een patiënt uit te leggen vind ik wel goed.²¹

J: Zou je een soortgelijk voorlichtingsmiddel gebruiken?

K: Ja.²¹

J: Is er in de praktijk de mogelijkheid om de cd-rom af te spelen?

K: Nee.²²

J: Computer, laptop?

K: Dat zou eventueel wel kunnen, we hebben wel twee laptops in de praktijk. Het kan, maar het is moeilijk,²² omdat er niet op iedere kamer een computer beschikbaar is. In de toekomst krijgen we wel in iedere ruimte een computer, omdat we gaan werken met fysioroadmap.

J: Voor welke populatie²³ denk je dat de dvd niet geschikt zou zijn?

K: Als je op oudere leeftijd bent, dan zit je niet te wachten op informatie van hoe til ik of hoe buk ik.²³ Misschien, ik weet het niet precies.

Misschien jongeren die er niet voor open staan of zo²³, die zoiets hebben van het zal allemaal wel, ik ben nog jong en het gaat wel over, dan zou je het toch misschien wat aantrekkelijker moeten maken. Maar die komen misschien niet eens.

J: Gebruikt u wel eens voorlichtingsmiddelen bij patiënten met specifieke lage rugklachten?

K: Ja, de wervelkolom, huiswerk oefeningen die je uitprint en de patiënt meegeeft²⁴, maar nog niet zulke dingen.²⁴

J: Wanneer in de behandeling zou jij zo'n cd-rom/dvd gebruiken?

K: Ik zou hem wel al meteen meegeven, dan kunnen ze al meteen zelf actief ermee bezig zijn²⁰ en eventueel in de loop van de behandeling bepaalde dingen herhalen of nagaan²⁰.

J: Heb je nog andere op- of aanmerkingen die we nog niet besproken hebben?

K: Ik denk dat die ideeën die jullie er mee hebben of nog willen aanpassen, ik denk dat dat wel goede aanpassingen zijn¹⁸. Je moet een patiënt ook niet overladen¹¹. Ik denk dat als je het nog iets visueller maakt en de tekst kort houdt, want van de tekst nemen ze over het algemeen toch minder op dan van die visuele informatie¹¹. Inhoudelijk denk ik eventueel wat ik in het begin al zei, de goede bewegingen, het actieve.¹¹

8.5 Bijlage 5: Resultaten uit de analyse van alle interviews

Nadat er per interview een analyse heeft plaats gevonden worden alle verzamelde codes geordend en geselecteerd. Hieronder worden de resultaten weergegeven die afkomstig zijn uit de analyse van alle interviews samen. Na deze analyse vindt de laatste stap van het analyseren plaats, de gegevens hiervan zijn beschreven in de resultaten paragraaf van deze scriptie.

- 1) 32 jaar werkzaam als fysiotherapeut en 24 jaar als manueel therapeut.
- 2) 9 jaar werkzaam als fysiotherapeut en bijna manueel therapeut.
- 3) 26 jaar werkzaam als fysiotherapeut en 12 jaar manueel therapeut.
- 4) 28 jaar werkzaam als fysiotherapeut en manueel therapeut, MCKenzie therapeut, traumatologie en fractuur behandeling, whiplash, beweegprogramma COPD en manuele trainingstherapie.
- 5) 4 jaar werkzaam als fysiotherapeut en bezig met manuele therapie.
- 6) 4 jaar werkzaam als fysiotherapeut en bijna sportfysiotherapeut.
- 7) 5 jaar werkzaam als fysiotherapeut en gespecialiseerd in oedeemtherapie.
- 8) Ander half jaar werkzaam als fysiotherapeut en bezig met eerste jaar manuele therapie.
- 9) 33 jaar werkzaam als fysiotherapeut en gespecialiseerd in sportfysiotherapie en manuele therapie
- 10) 22 jaar werkzaam als fysiotherapeut en gespecialiseerd als manueel therapeut en een verkorte cursus sportfysiotherapie.
- 11) 7 jaar werkzaam als fysiotherapeut en 6 jaar bedrijfsfysiotherapeut.
- 12) 2 jaar werkzaam als fysiotherapeut en nu bezig met eerste jaar sportfysiotherapie.

Algemene indruk

Eerste indruk:

- 1) Matige presentatie, het lokt wel uit om verder te kijken.
- 2) Duidelijk veel informatie, staat informatie in die ik niet zo direct naar de patiënt zou brengen en op sommige dingen zou ik uitgebreider in gaan.

Bij de titel heb je niet echt het idee dat het over rugklachten gaat. Voor een groep patiënten met lage rugklachten lokt het wel uit en is het een positieve insteek.

- 3) De presentatie spreekt me aan, wel een beetje veel dia's. Veel informatie. Het nodigt uit om na de eerste dia's verder te kijken.
- 4) Logisch opgebouwd. Duidelijk, maar te lang. Het lokt uit om na de eerste dia's verder te kijken.
- 5) Het ziet er leuk uit, genoeg afbeeldingen. Heel erg lang en alles wat belangrijk is zie ik terugkomen. Leuk dat het logo in de hoek steeds terug komt. Ja, het lokt uit om na de eerste dia's verder te kijken.
- 6) De dingen die er is staan en het kleur gebruik spreken me aan. Het geeft een duidelijk beeld van het hele preventie verhaal. De praktische toepasbaarheid is minder, ik heb hem een jaar lang gehad en niet één keer gebruikt. Dit zou een heel makkelijk middel kunnen zijn om duidelijke en wetenschappelijk onderbouwde informatie te geven. Na de eerste dia's lokt het uit om verder te kijken. Leuke afwisselingen.
- 7) De eerste indruk is goed. Het ziet er goed en duidelijk uit.
- 8) Positief, eerste indruk is goed. Ik vind het dekplaatje goed gekozen.
- 9) Als verhaal is het bekend en het lokt zeker uit om verder te kijken.
- 10) De opzet en het idee van de presentatie vind ik heel positief. Het spreekt me zeker aan, het is alleen te uitgebreid. Het is goed mensen informatie mee te geven over hoe zij om moeten te gaan met rugklachten. De foto op de voorgrond spreekt ook aan daardoor lokt het uit om verder te kijken.
- 11) Leuke presentatie, ik zou hem zo kunnen kopiëren. Het onderwerp past bij ons.
- 12) Duidelijke en overzichtelijke presentatie met mooie dia's, alleen soms te veel informatie. De presentatie lokt wel uit om verder te kijken.

Kleur:

- 1) Geen mening.
- 2) Je kunt hem fleuriger maken, maar dat is een kwestie van smaak. Hij hoeft niet anders.
- 3) Een beetje zwart wit
- 4) Ik denk niet dat ik hem zelf zo zou maken, een blauwe dia is vaak rustgevender en dan eventueel met licht gele tekst. Dat is prettiger om te zien.
- 5) Erg zwart wit, ik zou hem zelf niet zo maken.
- 6) Rustig kleurgebruik, dat vind ik wel prettig. Niet te druk, helder en duidelijk. Datgene dat naar voren moet komen komt ook naar voren.
- 7) Ik zou het donkere niet gekozen hebben, voor zwart had ik een ander kleurtje gekozen. Mij zou het niet aanspreken. Het steekt wel goed af, dat donker met wit is wel duidelijk.

- 8) Niet storend.
- 9) Zo houden, geen flitsende kleuren en dingen. Kleur alleen gebruiken als je iets wilt benadrukken.
- 10) De kleur is prima. Met kleur werken is leuker en prikkelt meer.
- 11) Mijn voorkeur gaat uit naar een witte achtergrond met zwarte letters, maar dat is persoonlijk. Er mag wel kleur in als het maar rustig blijft.
- 12) Goed en duidelijk, niet te veel poespas.

Duur:

- 1) De aandacht verslapt door veel dingen. De presentatie is niet interessant genoeg voor mij, maar misschien wel voor de patiënt. Je bent vrij snel door de presentatie heen en hij moet niet langer dan dit zijn. De presentatie is aan de ene kant te lang en aan de andere kant geeft het geen antwoorden op vragen waar de patiënt nog mee zit.
- 2) Ik blijf er wel met mijn aandacht bij. Ik kan me voorstellen dat patiënten op een gegeven moment zoiets hebben van wat komt er. De psychosociale aspecten, dat is een punt waar de patiënten denk ik afhaken.
Een kwartier moet je vertellen, langer houd je de aandacht er niet bij.
- 3) De aandacht blijft er niet helemaal bij denk ik. Veel dia's, het zou korter kunnen als je enkele dia's weg laat. Het mag tien minuten, een kwartiertje duren.
- 4) De patiënt gaat niet twee uur op een stoel zitten, want hij heeft rugklachten. Twintig minuten tot een half uur. Tweeënveertig dia's is wel erg lang. Je aandacht blijft er wel bij. Een half uurtje voor een groep. Duurt te lang.
- 5) Heel erg lang. Als therapeut ja, als patiënt weet ik niet of de aandacht erbij blijft.
Bijvoorbeeld 1, 2, 3, 4 dia's over belasting belastbaarheid achter elkaar. Heeft de patiënt daar behoefte aan? Dat geldt voor meerdere dia's. Wil de patiënt zoveel horen? Ik zou het korter houden. Bij een groepspresentatie mag je er wel wat dieper op ingaan. Een half uurtje voor een groep.
- 6) De aandacht blijft erbij gedurende de presentatie. De totale presentatie duurt wat lang. Tijdens een behandeling kost het relatief veel tijd, korter maken. Voor een grote groep is het wel goed, eventueel nog uitgebreider zelf. Ik zou het fijn vinden als het binnen tien minuten gerealiseerd kan worden en een uur voor een groep.
- 7) Tekst en afbeeldingen wisselen zich goed af dus de aandacht blijft er wel bij. Ik denk niet te lang, er zijn veel plaatjes waar je snel doorheen kunt klikken.

Niet langer als een half uur laten duren. Aandacht erbij blijven, zo'n 15 minuten. Voor tijdens een behandeling is hij vrij lang en uitgebreid. Voor een groep is hij wel goed.

8) Qua omvang vind ik hem wel goed. De maximale duur hangt van de persoon af.

9) De presentatie nodigt uit omdat er een logisch vervolg in zit, als je er belangstelling voor hebt is het goed. Als voordracht is hij te lang.

Als de patiënt hem zelf moet bekijken is hij niet te lang. Ik zou hem opsplitsen om hem te gebruiken tijdens behandelingen. Hij mag maximaal een half uur duren, omdat de mensen alles moeten verwerken en de aandacht erbij moeten kunnen houden. Hij kan niet korter, want dan mis je essentiële dingen.

10) Ik kijk anders dan een patiënt, ik had geen moeite met de aandacht. Bij de patiënt hangt het ervan af, ik kan me voorstellen dat de aandacht verdwijnt. De presentatie is erg lang en veel te veel dia's. Een presentatie mag maximaal 10 minuten duren.

11) De aandacht blijft er de hele presentatie bij, hoewel sommige onderwerpen wat lang zijn. Een presentatie mag maximaal 20-30 minuten duren.

12) De aandacht blijft erbij, alleen sommige dia's zijn dubbelop. De duur hangt verder af van hoe snel jij er doorheen gaat. Een presentatie mag maximaal 10-15 minuten duren, anders komt de informatie helemaal niet over en heeft het geen zin.

Overzichtelijkheid:

1) De presentatie is wel overzichtelijk.

2) Over het algemeen is de presentatie overzichtelijk, maar bijvoorbeeld de inhoudsopgave zou ik in twee dia's splitsen dan zou het overzichtelijker zijn en meer onder verdeeld.

3) De presentatie is overzichtelijk.

4) De presentatie is overzichtelijk.

5) De presentatie is overzichtelijk.

6) Zoals ik er doorheen ben gelopen vind ik het overzichtelijk.

7) Bij de inhoud komt eigenlijk alles wel aanbod, ik vind hem dus wel overzichtelijk.

8) De presentatie is overzichtelijk.

9) De presentatie is overzichtelijk.

10) De presentatie is overzichtelijk. De opzet is goed, hij is alleen een beetje te lang.

11) De presentatie is overzichtelijk en logisch opgebouwd.

12) De presentatie is overzichtelijk met een duidelijke inhoud.

Opbouw:

- 1) De opbouw is goed, daar heb ik niks op tegen.
- 2) Heel logisch.
- 3) Opbouw is goed.
- 4) Logisch.
- 5) Ja goed.
- 6) Goed.
- 7) Dat is goed.
- 8) Volgorde sluit logisch op elkaar aan, bouwt elkaar op.
- 9) De volgorde is logisch.
- 10) De opbouw is goed alleen wat uitgebreid op sommige plekken.
- 11) De opbouw vind ik goed, doe ik zelf ook zo.
- 12) De volgorde is goed, zou ik ook zo doen.

Inhoudelijke informatie

Afbeeldingen t.o.v. teksten:

- 1) De hoeveelheid is goed, maar de inhoud is niet goed. De teksten zijn beter dan de plaatjes.
De boodschap van de tekst en plaatjes matchen niet altijd even goed.
- 2) Het is duidelijk welke teksten bij welke afbeeldingen horen.
- 3) Het is duidelijk welke teksten bij welke afbeeldingen horen.
- 4) Het is duidelijk welke teksten bij welke afbeeldingen horen.
- 5) Ja goed, je kunt de dia's doorbladeren en inschatten waar het over gaat.
- 6) Het is duidelijk welke teksten bij welke afbeeldingen horen.
- 7) Veel gebruik gemaakt van afbeeldingen, niet alleen maar tekst. Goede afwisseling, niet te veel tekst op een pagina en de juiste afbeelding erbij. Het is duidelijk welke afbeelding bij welke tekst hoort.
- 8) Het is duidelijk welke teksten bij welke afbeeldingen horen.
- 9) Hoe minder tekst hoe beter, mensen snappen er in eerste instantie helemaal niks van. Het is duidelijk welke tekst bij welke afbeelding hoort.
- 10) Er zijn te veel plaatjes t.o.v. teksten.
- 11) De afbeeldingen en plaatjes zijn in orde. Bij sommige onderwerpen gebruiken ze dezelfde plaatjes om het uit te leggen, bijvoorbeeld de mier en weegschaal.

12) De teksten en plaatjes zijn overzichtelijk, niet te veel tekst. Het is duidelijk welke tekst bij welke afbeelding hoort.

Teksten:

1) Lettertype en grootte van de tekst is goed leesbaar. De hoeveelheid informatie is goed, maar is alleen niet altijd begrijpbaar voor de patiënt. De tekst geeft niet altijd voldoende uitleg.

2) Voldoende tekst. Consequenter zijn in de lettergrootte. De tekst is op de meeste punten begrijpbaar.

3) Een beetje veel tekst, kan minder. Lettergrootte en lettertype is prima. De kolommen met risicofactoren zijn nogal groot, ik zou niet meer dan zeven items per dia doen.

4) Dia twee, de inleiding heeft heel veel tekst. Alleen maar kernwoorden aangeven. Bij minder tekst in een presentatie komt het goed over dat de verteller weet waar hij het over heeft. Lettertype en grootte, allemaal hetzelfde houden. De tekst is wel begrijpbaar voor de doelgroep.

5) Veel tekst en soms wat lang. Alleen kernbegrippen aangeven. Ik vind het bijna allemaal hetzelfde. De tekst is begrijpbaar.

6) Sommige dia's wat veel tekst, mensen lezen dan meer dan ze luisteren. Lettertype en lettergrootte, duidelijk maar niet spannend. De tekst is begrijpbaar met toelichting, anders zou hij het gewenste er niet uit halen.

7) Het grote lettertype is wel duidelijker dan het kleine, het is in ieder geval niet te klein en leesbaar. Ik denk niet dat je meer tekst op de dia's moet zetten.

8) Niks negatiefs over de hoeveelheid. Lettertype en grootte was goed te lezen ook voor ouderen. De tekst is begrijpbaar geen rare verhalen.

9) Lettertype en grootte van de tekst is goed. De hoeveelheid informatie is goed.

10) Lettertype en grootte van de tekst is prima. Sommige dia's bevatten te veel tekst, als er te veel tekst op staat verlies je de aandacht. Je moet dingen concretiseren, krachtiger en korter maken, maximaal 7 regels per dia. De uitleg is duidelijk als het woordgebruik gesnapt wordt, belastingbelastbaarheid is goed uitgelegd.

11) Het lettertype en de grootte van de tekst is goed, het is in ieder geval niet storend. De tekst is niet altijd begrijpbaar voor de patiënt. Het is wel duidelijk wat allemaal bij elkaar hoort.

12) Het lettertype en de grootte van de tekst is goed. De tekst is soms niet begrijpbaar voor de patiënt. Behalve de moeilijke woorden is de uitleg wel duidelijk.

Afbeeldingen:

1) De afbeeldingen zijn niet allemaal begrijpbaar, sommige zijn verwarrend. De afbeeldingen zijn het allemaal net niet.

Aan grappige plaatjes heb je volgens mij niks en een lopend skelet prikkelt niet de houding, daar zijn betere plaatjes voor. Belastingbelastbaarheid zou ik niet doen met behulp van plaatjes.

2) Afbeeldingen zijn goed en overzichtelijk. Ja, de afbeeldingen zijn begrijpbaar. De afbeeldingen zijn duidelijk en goed uitgelegd.

3) Leuke afbeeldingen. De afbeelding met extensie erin en die plaatjes van Nachmunson, die zijn volledig achterhaald. Ik zou een afbeelding pakken met een flexie beweging, dat komt het meeste voor. De afbeeldingen zijn duidelijk. De afbeeldingen zijn goed uitgelegd behalve die van de risicofactoren. De illustratieve afbeeldingen zou ik weg laten. De afbeelding over totaal welbevinden is overbodig voor de patiënt.

4) De afbeeldingen zijn begrijpbaar en duidelijk. Ik mis geen afbeeldingen.

5) De afbeeldingen zijn begrijpbaar en duidelijk. Ik mis geen afbeeldingen.

6) De afbeeldingen zijn begrijpbaar. Afbeeldingen zijn duidelijk, maar veel verschillende stijlen, daardoor snel afgeleid en geen passend geheel. Sommige afbeeldingen zijn niet zo sterk.

7) De afbeeldingen zijn begrijpbaar, duidelijk en goed uitgelegd. Je hebt alle afbeeldingen bij de verschillende onderwerpen, dat is goed.

8) Afbeelding vijf, discussie belasting, ik weet niet of mensen zich dat zo goed kunnen voorstellen. Niks negatiefs over de hoeveelheid. Afbeelding zeven over de spieren, een beetje ver gezocht, onduidelijk. De afbeeldingen zijn duidelijk. De afbeeldingen zijn goed uitgelegd, behalve die van de spieren en de verschillende belastende posities.

9) De plaatjes over belastingbelastbaarheid zijn heel duidelijk, alle tekeningen zijn begrijpbaar. Ik weet alleen niet of een anatomie plaatje mensen wat zegt.

Een anatomieplaatje is duidelijker als het afgebeeld wordt als een doos met de daarbij behorende stabiliteit. Plaatjes van het praktisch gedeelte zijn goed.

10) De afbeeldingen zijn duidelijk behalve de blokdiagrammen. De afbeeldingen zijn verder allemaal goed uitgelegd. De illustratieve dia's zou ik comprimeren.

11) De afbeeldingen zijn goed en duidelijk met de nodige uitleg. Dia 5 en 6 zegt de patiënt niks daar is uitleg bij nodig.

12) De afbeeldingen zijn begrijpbaar met de juiste uitleg erbij. Het plaatje op dia 5 zou ik niet doen met die Engelse tekst erbij.

Doel:

- 1) De boodschap is duidelijk, dat is bewegen.
- 2) Als ik het samenvat, zus en zo zit de rug in elkaar, we hebben specifieke klachten waar eigenlijk vrij weinig aan de hand is met de rug, waar je veel zelf kunt beïnvloeden met goed opletten hoe je houding is en hoe je beweegt en de praktische tips blijf in beweging en let op je houding.
- 3) Het doel is duidelijk. Het doel is dat de patiënt er zelf wat mee doet.
- 4) Ik denk wel dat het doel duidelijk is.
- 5) Het doel is duidelijk.
- 6) Het doel is duidelijk, hier staat hij toch. Belangrijkste is dat je de verwachtingen van tevoren uitspreekt. Doel is ga actief bewegen en zorg ervoor dat je stressfactoren, houdingsproblematiek enz. aanpakt, dat komt allemaal wel aanbod.
- 7) Het doel staat benoemt. De essentie van de presentatie komt er wel uit. Het is eigenlijk wat je zelf kan doen bij rugklachten en hoe ga ik er mee om.
- 8) Goed staat vooraan eigenlijk, het informeren van de patiënt.
- 9) De boodschap is duidelijk, je moet voor jezelf zorgen. Als de positie en houding in orde zijn moet je er alleen nog voor zorgen dat je getraind genoeg blijft. Rugpijn gaat niet over door rust.
- 10) Het doel is zeker duidelijk, hoe kom ik eraan en wat kan ik eraan doen.
- 11) Het doel is duidelijk, het voorkomen van chroniciteit komt wel naar voren maar ze noemen het niet zo. Het is eerder curatief wat naar voren komt dan preventief.

Evidence:

- 1) De presentatie sluit aan op de richtlijn denk ik. Hij is nu te matig om te gebruiken tijdens evidence based handelen, maar wellicht als die aangepast wordt wel.
- 2) Sluit heel erg aan op de richtlijn.
- 3) Hij sluit aan op de richtlijn. Ik zou hem toepassen tijdens een behandeling volgens evidence based, audiovisuele prikkeling.
- 4) Het trainen bij de therapeut niet, deze groep hoor je niet te zien de eerste zes weken, dat botst. Dan zou je voorlichting moeten geven, dat wel. Hij is wel toe te passen tijdens een evidence based behandeling.
- 5) Het trainen bij de therapeut niet, deze groep hoor je niet te zien de eerste zes weken, dat botst. Dan zou je voorlichting moeten geven, dat wel.

- 6) Hier staat niks in wat niet in de richtlijn staat en in de richtlijn staat niks wat hier niet in staat, dus ja. Hij is toepasbaar tijdens een evidence based behandeling.
- 7) In grote lijnen sluit hij aan op de richtlijn. Qua inhoudt is hij toe te passen tijdens een behandeling volgens evidence based practise.
- 8) De boodschap wat de patiënt er zelf aan kan doen en actief blijven, dat sluit aan. In de literatuur staat vrij weinig evidentie of oefentherapie überhaupt effectief is bij lage rugklachten.
- 9) De presentatie sluit aan op de richtlijn, kort rustmoment van 1-2 dagen en dan gaan bewegen. Als fysiotherapie alleen maar adviseren en dat doet de presentatie. Als je de cd-rom meegeeft kun je hem evidence-based gebruiken want voorlichten is een onderdeel van evidence based handelen.
- 10) De presentatie komt overeen met de richtlijn. Alleen het tillen en bukken en de reflexproblematiek zijn geen oorzaken blijkt uit de praktijk. De belasting en belastbaarheid van de discus telt heel erg mee bij rugklachten. De cd-rom is toepasbaar tijdens evidence based handelen, alleen door de uitgebreidheid is hij moeilijk toepasbaar. Vooral in combinatie met een folder is hij perfect evident te gebruiken.
- 11) Ik ben niet bekend met de richtlijn. Hij is wel toe te passen tijdens evidence based handelen, maar evidence based handelen is moeilijk bij de fysiotherapie. Het is altijd de ene therapie tegen de andere.
- 12) Sluit voor een gedeelte aan en voor een gedeelte niet. Hij sluit niet aan bij bijvoorbeeld evaluatiemomenten, hoe objectiver je dingen en hoe breng je klachten in kader en stappen die genomen worden. Daarnaast worden er geen vragenlijsten gebruikt. De adviezen sluiten wel aan en dat is het belangrijkste. Het is belangrijk dat je een onderbouwing hebt, omdat de mensen steeds kritischer zijn en zelf gaan zoeken.

Verstreckte informatie:

- 1) Ik zou maar sommige onderdelen van de presentatie gebruiken. Dia 5 een tussenwervelschijf onder druk vervormd en wordt afgebeeld met een grotere nucleus. Dit is heel amateuristisch en het omgekeerde van wat je wilt zeggen. Dia 6, daarbij is de bedoeling onduidelijk, het is geen extensiebeweging t.o.v. die andere. Ze willen het verplaatsen van de nucleus laten zien bij flexie en extensie, maar doen dit onduidelijk. Ze laten geen flexie en extensie zien, slechte keuze. Dia 7 ook een ongelukkige keus. De buikspier is nog goed, maar de rugspier zit op de rug en verder is er niks duidelijk. De enorme druk in flexie is niet meer waar, daar is onderzoek naar gedaan.

2) De psychosociale aspecten, daar moet je de patiënten niet direct mee confronteren. Ik merk daar al gauw weerstand bij.

De informatie die gegeven wordt zou ik ook kiezen bij dit onderwerp. Informeren dat er geen schade is aan de rug zelf en dat hij er zelf wat aan kan doen. Daarnaast ook dat hij zelf in beweging moet blijven en oefeningen moet doen om zijn rug sterker te maken.

De tekst geeft voldoende uitleg. Het is allemaal de informatie die je naar voren moet laten komen, misschien op sommige punten wat beknopter. De hoeveelheid is goed.

Wel informeren dat er omgevingsfactoren een rol spelen, maar niet te specifiek op stress en angst ingaan. Het is belangrijk dat de patiënt beseft wat er aan de hand is.

De achtergrond informatie houden, hoe ziet de rug er uit, anatomie en misschien nog iets meer over functionele aspecten van de rug.

3) De praktijk dingen zijn vooral belangrijk, de rest kan wel wat minder. Met name die psychosomatische en psychosociale factoren zijn lastig voor de patiënt. Te veel moeilijke termen, je moet het simpel houden.

De praktische training is denk ik het belangrijkste, zodat de patiënt weet ik heb die klachten en zo ga ik er mee om.

Dit is de informatie die ik ook zou geven bij dit onderwerp. Deze informatie bied ik de hele dag aan bij mijn patiënten. Een patiënt moet vooral doen wat hij denkt dat hij kan doen, blijven bewegen is belangrijk.

De tekst geeft voldoende uitleg. Soms een beetje veel informatie. Met name de uitleg over specifieke lage rugklachten, dat zijn veel termen die zij niet kennen. Ik zou die uitleg wat minder doen. Je kan de symptomen wel aangeven, zodat de patiënt de klachten herkent, maar informatie over hoe vaak het voor komt. Ik weet niet of de patiënt daar wat aan heeft. Het is belangrijk dat de patiënt weet wat hij nou wel en niet moet doen.

De afbeelding met extensie erin en die plaatjes van Nachmanson, die zijn volledig achterhaald. Ik zou een afbeelding pakken met een flexie beweging, dat komt het meeste voor. Het verhaal over arbeidsgerelateerde, psychosociale en individuele factoren dat is veel te veel informatie voor de patiënt. Een dia met de oorzaken is meer als genoeg. In de tekst staat; "In de acute fase begin na twee dagen met verantwoord bewegen". Wat is verantwoord bewegen?

4) Als ik een patiënt ben verwacht ik iets te horen over wat heb ik, hoe lang gaat het duren en wat kan ik doen. Bij een groepspresentatie mag je wel wat dieper op de stof ingaan. Ik zou deze informatie ook aan mijn patiënten geven.

Ik zou een patiënt duidelijk maken wat hij kan verwachten en het doel wat hij zich stelt achterhalen.

De tekst geeft voldoende uitleg. Er word veel informatie gegeven.

Belasting en belastbaarheid mag beknopter, de rest is denk ik goed.

Het gaat om aspecifieke lage rugklachten en er staan heel veel fotootjes tussen van discus problemen, niet echt aspecifiek. Bij het zien van dia vier met die discus, dat heeft een bepaald illness belief. Hoe komt nou die uitstraling in je been.

5) De patiënt wil graag horen wat hij moet doen. Bijvoorbeeld 1, 2, 3, 4 dia's over belasting belastbaarheid achter elkaar. Heeft de patiënt daar behoefte aan? Dat geldt voor meerdere dia's. Wil de patiënt zoveel horen? Ik zou het korter houden, de patiënt wil zo snel mogelijk van de pijn af en naar de oefeningen toe. Het is goed om duidelijk te maken dat de eerste zes weken alleen al de acute fase is, ze zijn vaak ongeduldig.

Sommige informatie is goed en de informatie die hier instaat is ook wel de informatie die ik aan mijn patiënten geef. Ik vind het belangrijk dat een patiënt het verwachtingspatroon duidelijk heeft en wat hij heeft.

De tekst geeft voldoende uitleg. Veel informatie die gegeven wordt.

Belasting en belastbaarheid mag beknopter. Het gaat om aspecifieke lage rugklachten en er staan heel veel fotootjes tussen van discus problemen, niet echt aspecifiek. Het is erg beknopt om een rug op te delen in een discus en spieren. Niet te specifiek maken.

Dit is je basis wat je aan de patiënt meegeeft.

6) Een verkorte versie maken voor de mensen die in behandeling zijn. Daarin kort en duidelijk aangeven het werkt zo en zo en die poespas er omheen weglaten.

De risicofactoren mogen wat duidelijker uitgezet worden. De tekst is begrijpbaar met toelichting, anders zou hij het gewenste er niet uit halen.

“Als er hindernissen in het dagelijks leven zijn, probeer deze te benoemen en hiervoor oplossingen te vinden”, echt concreet is dit niet. Probeer het concreter, tastbaarder te maken met bijvoorbeeld een voorbeeld.

Belangrijkste dat je de verwachtingen van te voren uitspreekt.

Voor mij zou het praktischer zijn om bepaalde dingen er uit te lichten. Een aantal dia's met het belangrijkste, zo werkt het, zo is de belasting groot, dit mag ik wel en dit niet, de factoren en bewegen is de oplossing.

Praktische oefeningen om pijn te verlichten staan er niet in en extensie oefeningen ook niet. Ze laten alleen een extensie plaatje zien, terwijl flexie vaak het probleem is.

Dit is wel de informatie die ik ook aan mijn patiënten zou aanbieden. Belangrijkste info, wat hij zelf kan doen. Dat hij weet wat er aan de hand is, waar hij op moet letten en wat hij kan doen. De tekst geeft voldoende uitleg. De hoeveelheid informatie is goed.

Ik zou deze informatie zo houden en het specifieke bespreken in de behandelkamer. De richtlijn aanhouden.

7) Bij die diagrammen moet wat uitleg bij. Cognitief, somatisatie enzovoorts dat begrijpt de patiënt niet direct. Er wordt niet echt duidelijk ingegaan op bewegen, wat is goed bewegen is en wat niet.

Dit is de informatie die ik ook gekozen zou hebben bij dit onderwerp en deze informatie zou ik ook aan mijn patiënten geven.

Het belangrijkste zijn de ADL activiteiten, hoe zit je goed en hoe niet. Daar heb je dagelijks mee te maken.

De hoeveelheid informatie is goed en geeft voldoende uitleg. Het actief bewegen mag uitgebreider, de rest is goed in evenwicht, plaatjes, tekst en uitleg.

De opzet en het idee is goed.

8) Afbeelding vijf over de discus belasting, ik weet niet of mensen zich dat zo goed kunnen voorstellen. De risicofactoren weet ik niet of die duidelijk zijn, als je de patiënt daar de eerste keer mee confronteert is dat misschien onduidelijk.

Belangrijkste is actief blijven en actief bewegen. Dat het een goed aardige aandoening is en er geen schade is.

Als je zegt zo beweeg je goed en zo fout, dan geef je mensen een verkeerd beeld, stukje illness belief.

De gele vlaggen, een relatie daartoe en meer uitleg daarover. Risicofactoren uitgebreider. Tips individueler.

Het maken van een snelle en onverwachtse beweging staat bij de oorzaken, dat is geen oorzaak. Alsof ze nu heel langzaam en gecontroleerd moeten bewegen.

9) De taal moet meer naar de patiënten worden geschreven. Sommige termen zijn geen Nederlands, zoals op sheet 18 en bij de individuele factoren. Als het niet duidelijk is moet je veel uitleggen. Op sheet 11 'de verkeerde bewegingen' zou ik omschrijven als; waardoor komt het, dus over belastingbelastbaarheid. De oorzaak is dat de belastbaarheid niet goed is, je kan niet genoeg opbrengen t.o.v. datgene wat gevraagd wordt van jezelf. 'Als de rugpijn terug komt gaat het vanzelf wel weer over net als de vorige keer', nou dan heb je het niet goed aangepakt, de belastbaarheid is niet op orde gebleven. De informatie over het probleem op zich zou ik ook zo doen. Ik zou absoluut informeren over wat ze kunnen en welke pijnbeleving toegestaan is. Als je minder informatie doet mis je essentiële dingen.

10) De blokdiagrammen zijn niet duidelijk door de onduidelijke kringen. Of je laag opleidingsniveau moet vermelden vraag ik me ook af. Woorden als chroniciteit en vibraties

snapt niet iedereen. en Wat is een ‘verkeerde beweging’? Daar zou ik eerder een overbelaste beweging van maken. De uitleg is duidelijk als het woordgebruik gesnapt wordt.

‘Rugklachten komen door bukken en tillen’, daar zou ik ook voorzichtig mee zijn.

Verder is de informatie die gegeven wordt erg royaal, maar de keuze is goed. Ik zou dezelfde informatie ook aanbieden bij mijn patiënten. Een patiënt moet absoluut geïnformeerd worden over de mogelijke oorzaken, instructies, preventief oefenen en bewegen als huiswerk. De informatie moet gecomprimeerd worden maar het idee en de inhoud zijn goed. De patiënten worden qua informatie soms te veel over één kam geschoren.

11) De informatie is niet altijd begrijpbaar voor de patiënt, bij de risicofactoren staan een aantal woorden die uitgelegd moeten worden. Bij verschillende plaatjes is uitleg nodig. Ik geef dezelfde informatie in dezelfde volgorde. Ik vind belastingbelastbaarheid, actief bewegen en preventie het belangrijkste. De informatie had wat korter gemogen. ‘Het gaat vanzelf weg’, stoort mij een beetje. Bij voorkomen hebben ze wel de risicofactoren, maar het is misschien beter om daar de belastingbelastbaarheid te noemen om zo de klachten te voorkomen. Bewegen of bedrust zijn nu 4 dia’s, die zou ik korter maken met op 1 dia de voor en nadelen en tips. Dia 23 is overbodig, dat zeg je al bij de 3 dia’s daarvoor. En dia 36 weet ik niet of dat klopt.

12) De tekst is niet altijd begrijpbaar voor de patiënt, bijvoorbeeld subacute aspecifieke lage rugklachten en somatisatie is niet duidelijk. Er moet aandacht geschonken worden aan de begrippen. Behalve de moeilijk woorden is de uitleg wel begrijpbaar. De tekst moet standvastiger zijn er mag geen twijfel worden gelaten zoals op dia 38, want patiënten zijn kritisch. Ik zou dezelfde informatie gebruiken, maar over sommige dingen heb ik een andere mening. Op dia 8 staan bepaalde bewegingen en te lang zitten, maar dat is individueel afhankelijk, dat kunnen alle bewegingen zijn. Ik zou ook niet met cijfers werken, zoals 50% herstelt na 1 week, als het bij jou dan niet zo is dan kun je een conflictsituatie krijgen. Ik zou per patiënt bekijken hoeveel informatie die nodig heeft, een allochtoon weinig informatie en een hoog opgeleide veel informatie. Belastingbelastbaarheid, houding en risicofactoren zijn heel belangrijk en ik zou zeker iemand adviseren om actief te zijn en praktisch te trainen. Uitleg geven is heel belangrijk en hoort bij iedere presentatie. Van mij mag belastingbelastbaarheid beknopter en heel eenvoudig gehouden worden. Praktisch trainen mag uitgebreider qua informatie en beknopter qua dia’s.

Opmerkingen

Toevoegingen:

1) Extensie van MC Kenzie en houdings- en bewegingsadviezen uitbreiden, omdat de patiënt niet zoveel basiskennis heeft. De beenheftechniek bij het praktisch trainen toevoegen. Ik laat ze flexie en extensie zien en de daarbijbehorende nucleusbeweging, van kleine vervorming naar grote vervorming, goed en fout bukken etc.

2) Ik ben zelf geneigd om geen volledige zinnen, maar kernbegrippen te noemen. Ik zou na zo'n presentaties groepjes maken en al gaan oefenen. Hoe zit je goed, welke houding provoceert de klachten en welke houding reduceert de klachten.

Ik mis over de spieren het stabiliserend systeem, er wordt geen aandacht besteed aan de spieren die op segmentaal niveau voor stabiliteit zorgen. Je kunt heel goed met behulp van praktijkvoorbeelden dit presenteren, til eens en til eens als je weet welke spieren je moet aanspannen. Stabiliserende oefeningen erbij zetten.

Staan, daar zou ik wat meer aandacht besteden aan het bekkenkantelen om een overmatige holle rug te voorkomen. Buikspieren en bilspieren trainen.

Bij groepstraining zou ik uitbreiden met oefeningen om bepaalde spieren te leren gebruiken.

3) Ik zou een afbeelding pakken met een flexie beweging, dat komt het meeste voor.

Je zou wat basale oefeningen kunnen doen, mobiliteit, bekkenkantelen, knieën naar de borst trekken om de mensen in beweging houden, dat zeker.

4) Ik zou als ik een presentatie hield het in tweeën knippen. Bij een groepstherapie meer interactie aangaan. Alleen kernbegrippen aangeven.

Beschrijven hoe die uitstralende pijn in je been komt. Wat heb je en wat doe je, laten zien wat je doet en uitleggen wat hij heeft, daar zou ik een filmpje van er tussen maken. Beeldend maken.

5) Alleen kernbegrippen aangeven. Bij de goed-fout afbeeldingen de patiënten er zelf over na te laten denken. De rug is belangrijk het is de overgang van je bovenste naar je onderste extremiteiten, alles ligt daar.

Zoals dit wordt gepresenteerd wordt zie ik het niet.

6) Een verkorte versie maken voor de mensen die in behandeling zijn. Kort en duidelijk aangeven het werkt zo en zo en die poespas er omheen weglaten. Eventueel filmpje toevoegen. Voor een groepsbehandeling eventueel nog uitbreiden. In een korte tijd de hoofdpunten aangeven. Hij is niet praktisch toepasbaar qua tijd.

Praktische oefeningen om pijn te verlichten staan er niet in en extensie oefeningen ook niet.

Flexie plaatje toevoegen, komt het meeste voor. Beeldmateriaal toevoegen en simpel houden. Mensen in de praktijk gaan hem pas gebruiken al hij kort, simpel, duidelijk en binnen tien minuutjes gebruikt kan worden.

7) Er wordt niet echt duidelijk ingegaan op bewegen, wat is goed bewegen en wat niet.

De patiënt niet overladen. Visuëler maken en korte tekstjes.

9) Ik zou nog items erbij zetten over trainen, niet met apparatuur, maar in de vrije ruimte met gewichtjes en haltertjes. Bij belastbaarheidstraining voorbeelden neerzetten, zodat ze thuis verder kunnen gaan en een apart blokje maken met informatie over krachttrainingen. Ook zou ik websites erop zetten. Ik zou de belastingbelastbaarheid toespitsen op de dagelijkse praktijk, meer voorbeelden van overbelasting en onderbelasting. Ik zou ze ook meer leren over de toegestane pijn.

10) Meer oefeningen erbij zetten en meer instructies over hoe je moet bewegen. Meer lopen en bewegen op geleiden van de pijn en daarna een aantal dagen proberen er over heen te gaan. Bij de praktische tips zou ik duidelijk instrueren. Een folder bij de presentatie zou heel goed zijn.

11) Ik zou meer preventie erin zetten en de beenheftechniek toevoegen bij het tillen.

12) Bij dia 13 zou ik iets zeggen over pijngedrag, het ei van loeser. De meeste begrijpen niet dat pijn onschadelijk is. Die boodschap moet meer naar voren komen. Bij het praktisch trainen zou ik filmpjes zetten van de oefeningen en/of een verwijzing naar een bepaalde pagina waar ze de oefenstof kunnen vinden.

Praktisch gedeelte

Praktisch trainen:

- 1) Het praktisch trainen is niet voldoende, ze laten onder andere geen beenheftechniek zien bij tillen. Op een goede stoel kun je toch nog in een verkeerde houding zitten, dat laten ze niet zien. Met alleen tips gaan de bewegingen niet goed, dat moet je praktisch oefenen. Er wordt totaal niet over extensie gesproken, terwijl het heel simpel is om iets van extensie toe te voegen. MC Kenzie werkt als preventie en ter voorkoming. De patiënt moet blijven bewegen.
- 2) Ik denk dat je aan de adviezen kort aandacht moet besteden. De adviezen mogen misschien korter, maar ze zijn wel belangrijk. Meer inpassen in het dagelijks leven. Ik denk dat je actief moet gaan oefenen om de bewegingen goed uit te kunnen voeren.

3) Wat je zelf kan doen en adviezen, daar heeft de patiënt wat aan. Dat vind ik op zich wel goed. Tips en adviezen zijn duidelijk.

Ik zou wat meer aandacht besteden aan goed zitten enzovoorts, want daar gaat het om de houdings- en bewegingsadviezen. Uitleggen wat een goede houding is en het regelmatig veranderen van houding.

4) De tips en adviezen die gegeven worden zijn voldoende.

5) De tips en adviezen die gegeven worden zijn voldoende. De patiënt zal de bewegingen niet goed uitvoeren aan de hand van deze informatie. Bekkenkantelen, een hele simpele beweging, daarbij is het al moeilijk om het gevoel te krijgen. En als ik het voor doe en ze moeten het dan na doen krijg ik al een hele andere beweging. De proprioceptie in de onderrug is al verstoord.

6) Praktische oefeningen om pijn te verlichten staan er niet in en extensie oefeningen ook niet. Het is vaak goed om een goed voorbeeld te geven i.p.v. een slecht voorbeeld. Ik zie goed-fout plaatjes en mensen kijken ook naar het foute. Ik zou positieve bekrachtiging doen. Ik denk dat er meer nodig is om de goede bewegingen aan te leren.

7) De til technieken, goed zitten, goed staan enz. vind ik wel duidelijk beschreven. Bewegen mag uitgebreider, het juist bewegen. En minder statisch bewegen. Niet alle patiënten hebben het juiste houdings- en bewegingsgevoel om de bewegingen juist uit te voeren.

8) Het aanleren van nieuwe bewegingen is moeilijker en mensen passen het vaak niet toe, bv. tillen door een bouwvakker.

Als je zegt zo beweeg je goed en zo fout, dan geef je mensen een verkeerd beeld, stukje illness beliefs. Ik zou die informatie niet geven.

Mij stoort het stukje heel zwart wit goed en slecht bewegen/houding.

9) Het is het standaard verhaal voor dit soort problemen. De patiënt moet je instrueren en er blijven in eerste instantie. Zelfverantwoordelijkheid is belangrijk voor het niet terug krijgen van de klachten, dat mag duidelijker naar voren komen.

10) Duidelijker instrueren en meer bij elkaar zetten op de dia's.

11) Wat ze laten zien dat klopt wel allemaal. 'Alleen dat gaat wel weer over', dat zou ik niet zo noemen. De patiënt moet altijd begeleid worden bij de klachten, alleen informatie voldoet niet.

12) De praktische tips zijn soms niet voldoende. Bijvoorbeeld leer om te gaan met stress dia 25, dat kunnen patiënten niet zelf. Het is moeilijk om iets algemeen te doen omdat er veel diversiteit is aan patiënten. Bij de praktische tips is sturing nodig, die leer je niet van een plaatje.

Actieve oefentherapie:

1) Actieve oefentherapie is een meerwaarde als je ook de extensie doet. Houdingsoefeningen, buikspieroefeningen en stabiliseren is perfect bij actieve oefentherapie.

Mobiliseren is een voorwaarde voor je houding waar je je spieren weer voor nodig hebt. Het is nooit één onderdeel. Je moet eerst voorwaarde scheppen, het is variërend per patiënt wat belangrijk is tijdens de behandeling.

2) Ik zou het niet in de presentatie toevoegen, maar op de cd-rom. Een apart hoofdstuk van maken. Een opbouw in moeilijkheidsgraad is wel belangrijk. Bekkenkantelen, stabiliserend systeem, transversus aanspannen en cocontractie van de multifidi, daarna een disbalans teweeg brengen.

Een combinatie van therapieën, patiënt specifiek. Bij herstel belemmerende factoren begin je met mobiliseren, dan activeren, stabiliseren en daarna spierverssterken.

3) Je zou wat basale oefeningen kunnen doen, mobiliteit, bekkenkantelen, knieën naar de borst trekken om de mensen in beweging te houden, dat zeker. Als je het hebt over spierverssterking, daar heb ik mijn eigen ideeën over. Ik zou de oefeningen simpel houden. Stabiliteitstraining zodat je de goede spieren kan aanspannen, lokale stabilizers, dat wel. Iedereen standaard buik en rugspier oefeningen te geven daar ben ik tegen.

Combinatie van verschillende therapieën. Dat hangt van de klachten af, bij dispositie eerst mobiliseren en bij stabiliteitsklachten stabiliseren.

4) Ik zou actief trainen erbij betrekken, om te stabiliseren. Combinatie van therapieën.

5) Ja actief trainen van het stabiliserend systeem, belangrijker dan houding eigenlijk. Geen opbouw in moeilijkheidsgraad. Een combinatie van therapieën.

6) Actieve oefentherapie, ja, maar ieder mens is anders daar moet je op letten. Cord stability of zo iets is bewezen dat het werkt, misschien dat. En een opbouw in moeilijkheidsgraad, natuurlijk. Een combinatie van alle therapieën erin verwerken en de fysiotherapeut een keuze laten maken.

7) Een goed idee om actieve oefeningen toe te voegen. Ik denk niet dat de mensen zitten te wachten op een opbouw in moeilijkheidsgraad. Als je kijkt naar therapietrouw, heeft het geen zin een opbouw te maken, ze nemen makkelijke basis oefeningen eerder aan dan moeilijke oefeningen. Combinatie van therapieën, in deze fase vooral mobiliseren en spierverssterken, maar ze zijn allemaal belangrijk.

8) Goed om algemene oefeningen erbij te geven. Als het maar niet te specifiek wordt. Basis oefeningen als bekkenkantelen, stabiliseren en bijvoorbeeld een extensie oefening als die verlichtend is, dat zie ik wel als meerwaarde.

Combinatie van therapieën, een therapie alleen heeft geen effect en uiteindelijk gaat het altijd naar functioneel trainen. Patiënt afhankelijk.

9) Actieve oefentherapie is een meerwaarde, het is zelfs onmisbaar. Ik zou functioneel trainen met dumbbells en halters, eerst coördinatie en stabiliteit en dan krachttraining. Je moet ook genoeg mobiel en pijnvrij zijn om te trainen. Ik zou ook zeker een opbouw in moeilijkheidsgraad doen, dat is belangrijk, dit zou ik redeneren vanuit de belastbaarheid. Opbouwen van simpel naar gecompliceerd en de krachttraining bestaat uit coördinatie training, krachthoudingsvermogen en hypertrofie.

10) Actieve oefentherapie is absoluut een meerwaarde, waarbij een opbouw in moeilijkheidsgraad ook een rol speelt.

11) Actieve oefentherapie daar versta ik onder doelgericht stabiliseren door een spiermassa is absoluut een meerwaarde, een opbouw in moeilijkheidsgraad is afhankelijk van de patiënt.

12) Actieve oefentherapie is zeker weten, 100% een meerwaarde. Je hebt niks aan masseren ik ga het liefs direct trainen mits de patiënt voor is. Je moet patiënten blijven prikkelen, actief houden en geïnteresseerd houden. Verder hangt de oefentherapie en dus ook de opbouw in moeilijkheidsgraad af van de doelen.

Fases:

1) De opbouw in fases is wel nodig, omdat het verschil maakt. Het is vooral voor de fysiotherapeut belangrijk om te weten in welke fase de patiënt zit, het is niet belangrijk voor de patiënt.

2) Ik zou kort de factoren aanhalen waardoor chroniciteit ontstaat. Chronische rugklachten met specifieke oefentherapie daar zijn mensen niet bij gebaadt blijkt uit onderzoek.

3) Volgens de richtlijn zie je ze de eerste zes weken niet en stuur je ze met adviezen naar huis, daarna kun je er wel mee starten. De chronische fase denk ik dat niet meer bij jullie hoort.

4) Ik zou een opbouw in fases niet meenemen in jullie project.

5) Nee, ik zou geen opbouw in fases doen, dat interesseert die patiënt niet.

6) Ik denk dat de fysiotherapeut dat moet bepalen.

7) Te uitgebreidt, dan heb je drie presentaties. Mensen die hier niet mee geholpen zijn komen toch voor individuele therapie. Belangrijkste is om te adviseren blijf goed bewegen en onderhoudt dit zodat je niet in chroniciteit beland.

8) Binnenkort komt er een nieuwe richtlijn en die maakt geen verschil meer tussen acuut en subacuut. Als je chronisch erbij pakt zit je op een breder gedeelte, dat wordt te veel.

- 9) De opbouw in fases is nodig. Ik zou wel werken volgens een revalidatiemodel, het 6 fasen model dat gericht is op weefselherstel.
- 10) De opbouw in fases zou ik aanpassen aan de fase waarin de patiënt zich bevindt. Een splitsing van acuut en het vervolg daarvan, in het vervolg moeten de mensen zich anders gaan gedragen.
- 11) Een opdeling in fases is nodig, omdat je verschillende einddoelen hebt. Acuut is in beweging komen en van subacuut naar chronisch is het curatieve gedeelte, stabiliseren en het voorkomen van nieuwe klachten.
- 12) De chronische fase heeft een andere benadering dan acuut. Tussen acuut en subacuut is minder onderscheid, acuut is wel minder belastbaar.

Aanpassingen

Videomateriaal:

- 1) Videobeelden zullen een meerwaarde zijn. Betere en bewegende plaatjes zullen helderder werken.
- 2) Misschien een stukje video, als voorbeeld.
- 3) Wellicht beeldmateriaal.
- 4) Een bewegend beeld blijft eerder hangen dan een plaatje, een plaatje is niet herkenbaar daarvoor. Ik heb dat al eens op een sportschool gezien, van hoe moet je goed bukken enzovoorts, doordat het blijft lopen zie je het verschil van oh zo moet dat.
- 5) Ik heb dat ook wel eens gedaan en de reacties vanuit de mensen was heel erg positief van oh nu zien we hoe het gaat. Dat is ook leuker.
- 6) Eventueel een filmpje toevoegen. Je kunt heel mooi in 3D laten zien hoe werkt een discus wat gebeurt er in flexie en wat in extensie. Dat is pakkender. Als je een filmpje laat zien, dat onthouden mensen, dat leeft. Videomateriaal dat functioneert gewoon.
- 7) Videoafbeeldingen en afbeeldingen van echte mensen in verschillende houdingen is nog beter denk ik, dat komt beter over. Meer en duidelijker effect.
- 8) Misschien video erbij als jullie het in dvd doen. Absoluut een meerwaarde. Motorisch leren bestaat uit het kopiëren van bewegingen. Bij statische beelden krijg je niet die indruk van als met een video.
- 9) Videomateriaal is technisch heel goed voor de oefeningen. Het gaat om de manier van techniek. Je kan het zelf voordoen of goed laten zien hoe het moet.

- 10) Videobeelden zijn prikkelend voor een patiënt, dus een meerwaarde.
- 11) Videomateriaal is zeker een meerwaarde.
- 12) Videomateriaal is zeker weten een meerwaarde bij met name de oefentherapie. De oefeningen voordoen en plaatjes van goed en fout beelden het duidelijker uit en maken bepaalde aandachtspunten duidelijker.

Ons idee:

- 1) Ik vraag me af of dat werkt, ik kopieer de plaatjes ook niet die ik gebruik om dingen visueel te maken. Onder begeleiding van een fysiotherapeut zie ik het nog wel gebeuren, maar wat de patiënt er zelf mee doet betwijfel ik.
- 2) Dat is de manier waarop ik ook verder was aan het denken, stukje in de praktijk en dan mee naar huis geven. Dan kun je de patiënt verwijzen naar bepaalde hoofdstukken.
- 3) Ja, eerst bespreken dan thuis nakijken en daarna terugkoppelen en voor laten doen hoe de beweging uitgevoerd moet worden, checken.
- 4) Het is een goed idee, maar je loopt het gevaar dat de patiënt gaat experimenteren. De ene kijkt mooi het eerste stukje, de ander heeft de hele dvd al gezien. Je moet dan heel goed gaan nadenken over de informatie die je geeft, omdat iedere patiënt verschillend is.
(basisoefeningen?)
- 5) Misschien wel een goed idee, want volgens het protocol mag je iemand de eerste zes weken niet zien, om dan te zeggen hier is de informatie nog een keer, kijk er thuis ook nog eens na. Dan moet hij wel kort zijn.
- 6) Ik denk dat het prettig werkt als je naar bepaalde oefeningen kunt verwijzen, dan hoeft je het niet meer uit te schrijven. Die fase oefenmateriaal of voorbeelden en een menustructuur creëren en verder de richtlijn aanhouden dat zou ik doen.
- 7) Beter toepasbaar en je kunt een grotere groep bereiken. Goede opzet. Jullie idee dat zijn goeie aanpassingen.
- 8) Ik vind het een heel goed idee. De behandeling is altijd een stapsgewijze behandeling en dat willen jullie ook, eerst meegeven, laten doen en dan navragen. Ze kunnen de oefeningen terugkijken ook als ze een recidief hebben kunnen ze erop terugvallen.
- 9) Daar ga ik helemaal in mee, het splitsen in verschillende delen lijkt mij heel waardevol dan kun je switchen naar wat zinvol is voor je patiënt. Ik wil het graag uitgewerkt terug zien.
- 10) Ik vind het op zich een goed idee. Ik gebruik zelf ook veel presentaties, maar of ik hem zo zal gebruiken als jullie schetsen weet ik niet. Ik zal hem dan wel gebruiken als extra informatie, dus als een soort van folder.

Keuzemenu:

- 1) Ik weet niet of dat een meerwaarde is, de patiënt moet toch alles zien. Het voordeel van een keuzemenu is dat er een onderdeelje uit gepakt kan worden, het nadeel is dat je dan de samenhang mist. Bij jonge patiënten die ermee overweg kunnen is het misschien wel een meerwaarde.
- 2) Maakt het nog professioneler en interessanter. Het is makkelijk om patiënt een bepaald stukje te laten zien. Praktischer. Informatie bekijk je minder vaak als oefeningen dus een onderverdeling is handig.
- 3) Lijkt me een goed plan, je kunt dan meer op het niveau van de patiënt inspelen.
- 5) De patiënt leest wat hij zelf wil zien, dat moet je voorkomen en hij mist vaak belangrijke informatie.
- 6) Ja, een keuzemenu is een meerwaarde.
- 7) Een keuzemenu is heel goed, het heeft geen zin om de cd-rom helemaal af te kijken bij iedere patiënt. Goede opzet.
- 8) Goed idee, dan kan je meteen een keuze maken.
- 9) Een keuzemenu zou handig zijn, dan kun je de presentatie stukje voor stukje doornemen.
- 10) Een keuzemenu zal heel prettig zijn, want sommige dingen zijn op bepaalde momenten overbodig, heel fijn dus.
- 11) Een keuzemenu is altijd beter.
- 12) Een keuzemenu is goed dat zou ik zeker doen.

Gebruik

Manier van toepassen:

- 1) Ik weet niet wanneer ik hem in zou zetten, ik gebruik die tijd liever om actief te oefenen. Ik hou meer van persoonlijke interactie. Je zou de cd-rom wel de hele behandeling kunnen gebruiken, vanaf het begin. Het informatieve gedeelte komt meteen aan bod en het oefengedeelte met extensie ook. Als ik het er inhoudelijk mee eens zou zijn, zou ik hem wel meegeven, dan kun je hem thuis nog een terug kijken.
- 2) Tijdens een behandeling zou ik geen presentatie geven, wel zou ik plaatjes laten zien. Dat je oefeningen die je in de praktijk in de groep hebt geoefend thuis kunt nakijken. Als je oefeningen meegeeft worden de oefeningen of totaal verkeerd uitgevoerd, of ze hebben een hele andere oefening van gemaakt of ze hebben hem gewoon achterwegen gelaten.

Ik zou hem pas in de subacute fase toepassen. Ik zou die presentatie voor de fysiotherapeut maken die hij dan in de praktijk kan laten zien, die cd meegeven voor thuis en eventueel een folder erbij. Of een presentatie geven of tijdens de behandeling fragmenten laten zien of zorgen dat ik de sheets los heb, want alleen meegeven dan weet je niet wat er mee gebeurt. De combinatie zelf laten zien en meegeven. Zoals hij nu is zou ik hem aan een groepje geven, als inleiding op een programma. Je zou hem ook individueel kunnen toepassen.

Als je een cd-rom meegeeft zonder informatie, dan verdwijnt hij in de kast nadat hij een keer bekeken is.

De presentatie als link op de website en erna verwijzen. Ik zou hem toepassen als gebleken is dat hands-on niet zinvol is. Het is bij iedere patiënt anders.

3) Je kunt de cd-rom ook meegeven, maar je moet het altijd duidelijk uitleggen. Individueel informeren. De cd-rom meegeven zonder informatie, is een slechte zaak, dan weet de patiënt echt niet waar het over gaat. Ik zou er voor zorgen dat je altijd kunt checken dat de informatie is blijven hangen. Ik zou hem zo snel mogelijk toepassen.

4) Bijvoorbeeld twee tot drie keer, een half uur presenteren, dan trainen en dan bv. een week later weer een half uur. Als ik hem mee zou geven dan in de combinatie. De voorkeur is een groepspresentatie. Dvd zonder informatie geen goed idee. Wij zouden hem toepassen als we besluiten om een groep te starten. Individueel moeilijk bruikbaar.

5) Maak er een theoretische en praktische les van, meteen praktisch toepassen, dat vinden we zelf ook allemaal leuker. Meerdere lessen geven niet alles in een les. Interactief maken. Informatiefolder meegeven en dit een volgende behandeling bespreken. Combinatie van meegeven en zelf laten zien. De voorkeur is een groepspresentatie, individueel is veel te lang. Dvd zonder informatie is geen goed idee. Misschien is het wel interessant als ik een tv heb om daar wat beelden te laten gaan.

Wij zijn ook heel erg individueel bezig, misschien is het wel interessant om het te gebruiken voorafgaande aan het trainingsproject. Toepassen als we een groep gaan starten.

6) Het is lastig om in de praktijk die presentatie helemaal door te lopen.

Oefeningen nummeren en de nummers meegeven en als link op de website zetten, ik denk dat dat heel prettig werkt.

Deze zou ik zelf laten zien. Ik houd van informeren in groepsverband, maar individueel zal makkelijker gaan. Een dvd zonder informatie meegeven functioneert niet, ze zien wat ze willen zien.

Toepassen op het moment dat toelichting gewenst is, in het begin, in het midden en waarschijnlijk ook op het einde.

7) Informeren d.m.v. folder, dvd of internet en terugkoppelen of alles duidelijk was.

Zelf laten zien en meegeven naar huis. Individueel informeren. Een dvd zonder informatie is niet afdoende.

Ik zou hem meteen meegeven, dan kan hij zelf actief aan de slag en in de loop bepaalde dingen nagaan en herhalen.

8) Ik zou het liever in een één op één gesprek doen, dan kun je meteen checken of het begrepen is. Als de tijd er voor is gezamenlijk doornemen. Meegeven is praktischer, want je hebt maar een half uur. Individueel informeren geschiedt de voorkeur en algemene informatie in groepsverband.

Dvd zonder informatie, daar verdwalen ze in.

Ik zou hem na het onderzoek toepassen, als gebleken is dat het om specifieke lage rugklachten gaat en de oefeningen gaande weg in de behandeling.

9) Ik zou de cd-rom meegeven en hem dan stukje voor stukje laten bekijken, zo hou je ze een beetje bij de les, dan is best goed. Ik zou niet samen naar de presentatie kijken, mensen verwachten dat wij iets doen, dus dat werkt niet. Als je hem mee wilt geven dan komt ook het kostenaspect erbij kijken. Ik zou altijd individueel informeren. Een dvd zonder informatie is te vrijblijvend, daar doen mensen niks mee.

10) De cd-rom meegeven wordt toch een kostenaspect uiteindelijk, denk ik. Bij sommige patiënten moet je dingen samen visueel bekijken en bij andere is dat niet nodig, maar je geeft bij iedereen tekst en uitleg, ook als je de cd-rom meegeeft. Ik zou de cd-rom gebruiken als er onduidelijkheden zijn bij de patiënt. Je kunt in groepsverband informeren maar dat is niet zo makkelijk, omdat je dan te snel iedereen over een lijn scheert terwijl iedereen anders is.

11) Ik zou hem presenteren aan een groep als groepstraining. Individueel is het te uitgebreid, alleen als aanvulling op een training kan het gebruikt worden, niet als onderdeel van je eigen behandeling. Meer als patiënteninformatie, stimulatie, zelftraining en eigen verantwoordelijkheid. Ik zou de patiënt nooit iets meegeven wat je niet uitlegt, want dan gaat het altijd fout/verkeerd of begrijpen ze het niet goed. Als ik de cd-rom mee zou geven zou ik hem gedeeltelijk samen bekijken. Met keuzemenu is de cd-rom vanaf dag 1 te gebruiken.

12) Het komt niet sterk over als je als therapeut een cd-rom gebruikt, maar kan wel als back-up gebruikt worden tijdens de behandeling.

Ik zou de cd-rom niet toepassen tijdens de behandeling, maar meer als extra ondersteuning. Ik zou er niet samen met de patiënt naar kijken. Als de patiënt meer wilt weten kun je de cd-rom meegeven, dit zou ik pas doen als je de patiënt langer kent. Als je de patiënt nog niet goed kent zou ik hem samen bekijken. Ik informeer altijd individueel, omdat er te veel verschillen

zijn. De cd-rom kan gebruikt worden vanaf de eerste keer, want dan hebben ze de informatie nodig, na een aantal keer weten ze er al meer over.

Gebruikersvorm:

1) Een folder is uit de mode. Continu afspelen in de wachtkamer zou kunnen. Je kunt hem op de site zetten, maar dan is de vraag of je de juiste doelgroep bereikt. Ik vraag me af wat je ermee kunt in de praktijk.

Voor groepsvoorlichting is de presentatie goed, maar ik ben meer van een op een.

2) Cd-rom en folder. Presentatie of losse sheets.

3) Waarom niet iets aanbieden via internet en of cd-rom. Tegenwoordig heeft iedereen computers en tv, misschien dat dat meer aanspreekt dan een folder.

4) Folder of een blaadje meegeven.

5) Folder.

6) Website. Fijn zou zijn als ik wat op de site kon zetten, hier een dvd'tje heb voor een korte presentatie en een groepspresentatie met deze kan houden.

7) Dan zou een folder sneller bij de patiënt terecht komen als een dvd. Internet, folder, dvd en papier is allemaal wel goed, maar internet is praktisch handiger. Je kunt het aanpassen en iedereen kan er ten alle tijden op kijken. Een folder of dvd kan verdwalen en kosten geld.

Voor de presentatie zou ik het minst snel kiezen

8) Dvd, dan kun je ook zeggen van laat dat maar weg of zo.

9) Ik kan hem wel in de oefenzaal afspelen of op internet zetten, zodat ze hem kunnen downloaden.

Je moet een aantal mogelijkheden hebben, omdat niet iedereen een computer heeft. Als doorlopende presentatie in de wachtkamer vind ik het niks. Het gebruik hangt verder af van degene die voor me zit.

10) Een folder in de praktijk leggen is heel makkelijk en ik zou een link zetten op internet waar een patiënt alles kan opzoeken. De tijd van de cd-tjes is alweer een beetje voorbij.

11) Ik zou de presentatie als groepspresentatie gebruiken en dan vooral als training in groepen, maar dat komt omdat ik bedrijfsfysiotherapeut ben.

12) Ik zou een folder gebruiken, want die kun je iedereen meegeven en een dvd, want dat is een makkelijke vorm voor iedereen.

Mogelijkheden:

- 1) In de praktijk is geen mogelijkheid om de cd-rom af te spelen in het bijzijn van de patiënt, wellicht in de toekomst.
- 2) Ja, we hebben computers in alle kamers.
- 3) Ja, er is mogelijkheid.
- 4) Ja, er is mogelijkheid.
- 5) Ja, er is mogelijkheid.
- 6) Ja, er is mogelijkheid.
- 7) Niet echt makkelijk, we hebben maar twee laptops. Er komen wel meer in de toekomst.
- 8) Ja, wij hebben ook laptops.
- 9) In heb geen mogelijkheden om aan groepen te presenteren, daar komen te weinig patiënten tegelijk voor. Ik heb wel een televisie in de oefenzaal, waar ik de presentatie kan afspelen.
- 10) In de praktijk zijn er genoeg mogelijkheden om de cd-rom af te spelen, in elke kamer hebben we een computer en we hebben een site.
- 11) Er is voldoende mogelijkheid om hem te gebruiken, in elke kamer als het nodig is.
- 12) Er zijn een aantal computers en tv's met dvd spelers, dus mogelijkheid genoeg.

Populatie:

- 1) De presentatie is niet geschikt voor kinderen en mensen die geen nederlands spreken. Leeftijd speelt verder geen rol.
- 2) Mensen die sociaal niet erg sterk staan en mensen met een laag opleidingsniveau. Sommige ouderen steken er juist heel veel van op. De gemiddelde Nederlander kan er wel mee overweg.
- 3) Ik denk dat hij wel voor iedereen geschikt is, als je hem maar basaal houdt en niet te veel termen.
- 4) Een groep Poolse landarbeiders begrijpt dit niet. Voor een groep is hij leuk.
- 5) Voor een groep is hij leuk.
- 6) Mensen die minder slim zijn, mensen die niet gewend zijn met een computer om te gaan.
- 7) Ouderen zitten hier denk ik niet op te wachten en jongeren die er niet voor open staan hebben er niets aan.
- 8) Voor iedereen die een pc kan bedienen. De jeugd zal er minder aandacht aan besteden. Op zich voor de algemene populatie.
- 9) De cd-rom is geschikt voor alles onder de 60 en voor mensen waarvan je verwacht dat ze het verstandelijk aan kunnen.

10) De cd-rom is geschikt voor een brede populatie maar mensen moeten hem wel snappen, zelfs voor kinderen is het leuk, zeker met bewegende beelden.

11) De vergrijzende populatie zal er iets meer moeite mee hebben denk ik, maar het is ook afhankelijk van opleiding en taalbarrière. Je moet ook een beetje met een computer of dvd-speler overweg kunnen. Over het algemeen zal dat geen probleem zijn.

12) Oudere personen zullen minder snel een dvd gebruiken, het gaat eigenlijk om de deskundigheid op technisch gebied.

Voorlichtingsmiddelen:

1) Ik gebruik mijn oude tekeningen samen met een model van een skelet.

2) Folders van de KNGF en ik heb informatie op de website.

3) Wervelkolom en het boekje van Nachmanson.

4) De wervelkolom, foldertjes en uitdraaien van het internet.

5) De wervelkolom.

6) Blaadje met oefeningen, wervelkolom, voorbeelden geven of mensen het zelf laten ervaren.

7) De wervelkolom en huiswerkoefeningen.

8) Het skelet.

9) Ik gebruik op het moment geen voorlichtingsmiddelen, dus het zou een aanvulling zijn.

10) Ik gebruik nu een wervelkolom of een plaat met tekst en uitleg en soms een boekje.

11) Ik gebruik een wervelkolom, informatiefolder en presentaties.

12) Ik gebruik verschillende sites voor de oefentherapie en een wervelkolom.

Interesse:

2) Nee, ik merk dat je dat half uur hard nodig hebt en om dan ook nog eens een dvd te gaan kijken. Ik zou er sheets uitpakken en afdrukken, maar niet de hele presentatie gebruiken.

3) Ja, ik zou deze cd-rom wel gebruiken. Ik zou een soortgelijk voorlichtingsmiddel gebruiken.

4) Bij een groep zou ik het wel aandurven met deze cd-rom. Een folder zou ik gebruiken.

5) Ik weet niet of ik hem zelf zou gebruiken, maar misschien is het voor ons zo helder, terwijl als de patiënt het ziet het nog duidelijker wordt. Bij een groep zou ik deze cd-rom wel gebruiken, maar wij hebben deze groepen niet. Een folder zou ik gebruiken.

6) Ik zou hem zo wel gebruiken, maar snel er door klikken. Ik denk dat ik hem zo niet gebruik. Wij geven wel veel presentaties.

7) Met wat aanpassingen wel. Een soortgelijk middel zou ik wel gebruiken.

8) Mijn voorkeur zou het niet zijn, omdat het te uitgebreid is. Als het stukje oefeningen erbij komt zou ik het wel een meerwaarde vinden, nu helaas niet.

9) Met de aanvullingen erbij is de cd-rom interessant. Deze zou ik ook gebruiken, maar niet altijd. Ik zou alle plaatjes sowieso groot uitprinten, die zijn interessant.

10) Ik heb interesse in een cd-rom en zeker als die aangepast wordt.

11) Ik kan hem goed gebruiken, maar heb zelf al veel presentaties.

12) Er staat niks op wat ik niet zo zou vertellen en alle plaatjes doe ik nu zelf voor. Ik zou hem nu niet gebruiken. Als het een aanvulling is op wat ik vertelt heb of als reminder zou ik hem wel gebruiken