

SYSTEMATISCHE REVIEW OVER DE PERCEPTIES VAN PATIËNTEN EN FYSIOTHERAPEUTEN OVER PATIËNTENPARTICIPATIE

LITERATUURSTUDIE

Student: Julia Bergsma & Herma Kregel
Studentnummer: 368785 & 367055
Scriptiebegeleider/ supervisor: Rosa Domburg
Datum/Date : 08-06-2021

HANZEHOGESCHOOL GRONINGEN |



**Hanzehogeschool
Groningen**
University of Applied Sciences
Academie voor Gezondheidsstudies

Voorwoord

De scriptie die u aan het lezen bent heet “Wat zijn de percepties van patiënten en fysiotherapeuten over patiëntenparticipatie?” en is geschreven door Julia Bergsma en Herma Kregel. De scriptie is geschreven voor onze afstudeeropdracht van de opleiding fysiotherapie aan de Hanzehogeschool in Groningen. De opdracht is in 20 weken uitgevoerd en gecombineerd met de afstudeerstage. Het schrijven van de afstudeeropdracht is samen uitgevoerd via Teams, omdat fysiek afspreken niet mogelijk was vanwege het Corona virus. De afstudeeropdracht is uitgevoerd in opdracht van Sandra Jorna- Lakke, hogeschool docent van de Hanzehogeschool.

Tijdens de eerste weken is er intensief contact geweest met onze opdrachtgever Sandra Jorna- Lakke en Caroline Tan, lid van het SDM- netwerk. Tijdens deze gesprekken zijn de verschillende ideeën over het vormgeven van het onderzoek besproken. Er is samen nagedacht over de onderzoeksvraag en de zoektermen die gebruikt konden worden.

Graag willen wij Sandra Jorna- Lakke bedanken met de hulp bij het opstarten van het onderzoek. Daarnaast willen wij Rosa Domburg bedanken voor de goede begeleiding en hulp tijdens het onderzoek en het schrijven van de scriptie. Ook de werknemers van het kwalitatief onderzoeksbureau willen wij bedanken voor de goede adviezen.

8 juni 2021, Groningen

Julia Bergsma & Herma Kregel

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	4
Summary	5
Inleiding.....	6
Methode	7
Onderzoeksopzet	7
<i>Databanken en zoekstrategie</i>	7
<i>Selectieprocedure</i>	8
<i>Data- extractie</i>	9
Resultaten	10
<i>Selectieprocedure</i>	10
<i>Karakteristieken geïnccludeerde studies</i>	10
<i>Karakteristieken onderzoekspopulatie</i>	10
<i>Uitwerking Cochrane checklist</i>	13
<i>Percepties van patiënten op patiëntenparticipatie</i>	15
<i>Percepties van fysiotherapeuten op patiëntenparticipatie</i>	16
<i>Belangrijke competenties van de fysiotherapeut (vanuit de patiënt)</i>	18
Discussie.....	21
<i>Vergelijking met andere studies</i>	22
<i>Sterke punten van het onderzoek</i>	22
<i>Zwakke punten van het onderzoek</i>	23
<i>Aanbeveling voor verder onderzoek</i>	23
<i>Aanbeveling voor de praktijk</i>	23
Conclusie.....	24
Literatuurlijst	25
Bijlagen.....	27
<i>Bijlage 1</i>	27
<i>Bijlage 2</i>	29

Samenvatting

Inleiding: Shared Decision Making (SDM) is het proces waarin samen met de patiënt een weloverwogen besluit wordt gemaakt. Beslissingen worden gedeeld, in tegenstelling tot klinici die beslissingen nemen namens patiënten. SDM wordt steeds belangrijker in het zorgbeleid. Hiermee is er sprake van een grotere betrokkenheid van de patiënt bij de therapie en zorgt het ervoor dat patiënten meer therapietrouw zijn. Patiëntenparticipatie is nodig om SDM toe te kunnen passen in de praktijk, dit gaat namelijk over de betrokkenheid van de patiënt bij het besluitvormingsproces over gezondheidskwesties. In het onderzoek van Schoeb, et al. is er gekeken naar de percepties van patiënten en fysiotherapeuten op patiëntenparticipatie.⁶ Uit het onderzoek blijkt dat patiënten en fysiotherapeuten deelname aan besluitvorming als waardevol beschouwen, maar ook uitdagend. Daarnaast blijkt dat er een gebrek is aan vaardigheden van fysiotherapeuten en de juiste houding om macht en verantwoordelijkheid van beide kanten te delen. Om de huidige stand van zaken in kaart te brengen zal er opnieuw gekeken worden naar cruciale onderwerpen waaronder de percepties van patiënten en/of fysiotherapeuten op patiëntenparticipatie en wat patiënten belangrijke competenties vinden die een fysiotherapeut moet bezitten.

Method: In PubMed, Pedro, CINAHL en Sportdiscus werd gezocht naar kwalitatieve studies van februari 2020 tot en met maart 2020. Vervolgens werd er gefilterd met 'result by year', omdat er artikelen vanaf 2010 in het onderzoek geïnccludeerd moesten worden. De studies werden gescreend op de volgende criteria: volwassenen (18 jaar en ouder), kwalitatieve onderzoeken inclusief citaten uit interviews, percepties van patiënten en/of fysiotherapeuten over patiëntenparticipatie en/of percepties van patiënten over belangrijke competenties van de fysiotherapeut.

Resultaten: in deze literatuurstudie zijn acht studies geïnccludeerd. De thema's die naar voren kwamen uit de interviews vanuit de patiënt zijn: recht om te beslissen, empowerment, afhankelijk van kennis, voorkeur voor een actieve rol en hulpmiddel voor patiëntenparticipatie. Voor de fysiotherapeut zijn de thema's empowerment, het stellen van gezamenlijke doelen, barrières en bevorderende factoren. De thema's die belangrijk zijn voor de competenties die een fysiotherapeut moet bezitten: uniek individu, begrip, verstrekken van informatie, steun, respect en technische expertise.

Conclusie: Patiënten willen graag deelnemen aan het klinisch besluitvormingsproces. De mate waarin patiënten willen deelnemen varieert. Patiënten vinden het belangrijk dat de fysiotherapeut hen ziet als uniek individu, begrip, respect en steun toont. Ook moet de fysiotherapeut informatie kunnen verstrekken en technische expertise hebben. Fysiotherapeuten willen graag een balans vinden in de machtsverhouding, maar zien moeilijkheden en uitdagingen. Er is meer onderzoek nodig op welke manier deze moeilijkheden en uitdagingen verholpen kunnen worden. Ook zal er verder onderzoek gedaan moeten worden naar de percepties van patiënten en fysiotherapeuten in Nederland omdat daar nog weinig over bekend is.

Summary

Introduction: Shared Decision Making (SDM) is the process of making an informed decision together with the patient. Decisions are shared, unlike clinicians who make decisions on behalf of patients. SDM is becoming increasingly important in health care policy. This increases patient involvement in the therapy and ensures that patients are more adherent. Patient participation is necessary in order to apply SDM in practice, as this is about the involvement of the patient in the decision-making process on health issues. The study by Schoeb, et al. looked at the perceptions of patients and physiotherapists on patient participation.⁶ The study shows that patients and physiotherapists consider participation in decision-making to be valuable, but also challenging. In addition, it appears that there is a lack of physiotherapists' skills and the right attitude to share power and responsibility on both sides. In order to chart the current state of the art, crucial topics will be re-examined, including the perceptions of patients and/or physiotherapists on patient participation and what patients consider important competences that a physiotherapist should possess.

Method: PubMed, Pedro, CINAHL and Sportdiscus were used to look for qualitative studies from February 2020 to March 2020. Subsequently, a filter was used with 'result by year', because articles had to be included in the study from 2010 onwards. The studies were screened for the following criteria: adults (18 years and older), qualitative studies including quotes from interviews, perceptions of patients and/or physiotherapists about patient participation and/or perceptions of patients about important competences of the physical therapist.

Results: eight studies were included in the literature review. The themes that emerged from the interviews from the patient are: right to decide, empowerment, depending on knowledge, preference for an active role, instrument for patient participation. From the perspective of the physiotherapist, the themes are empowerment, setting common goals, barriers and promoting factors. The themes that are important for the competences that a physical therapist must possess: unique individual, understanding, provision of information, support, respect and technical expertise.

Conclusion: Patients are eager to participate in the clinical decision-making process. The extent to which patients want to participate varies. Patients find it important that the physical therapist sees them as a unique individual, shows understanding, respect and support. The physical therapist must also be able to provide information and have technical expertise. Physical therapists want to find a balance in the balance of power, but see difficulties and challenges. More research is needed on how to overcome these difficulties and challenges. Further research will also have to be carried out into the perceptions of patients and physiotherapists in the Netherlands because a little is known about this.

Inleiding

Shared Decision Making (SDM) is het proces waarin samen met de patiënt een weloverwogen besluit wordt gemaakt. Beslissingen worden gedeeld, in tegenstelling tot klinici die beslissingen nemen voor patiënten.¹ SDM wordt steeds belangrijker in het zorgbeleid. Hiermee is er sprake van een grotere betrokkenheid van de patiënt bij de therapie en zorgt het ervoor dat patiënten meer therapietrouw zijn.² Tijdens de behandeling wordt er gebruik gemaakt van een benadering waarbij klinici en patiënten het beste beschikbare bewijs delen op het moment dat zij voor de taak staan om beslissingen te nemen, waar patiënten worden ondersteund om opties te overwegen en om geïnformeerde voorkeuren te bereiken. Om SDM te bereiken is er een goede klinische ontmoeting nodig, zodat informatie met de patiënten wordt gedeeld en patiënten worden ondersteund om hun voorkeuren en standpunten naar voren te laten komen.¹

In de fysiotherapie is het essentieel dat de patiënt en de fysiotherapeut gezamenlijk besluiten nemen.³ Om tot gezamenlijke besluitvorming te komen zijn er drie belangrijke stappen die doorlopen moeten worden. *Choice talk* verwijst naar de eerste stap, hierbij is het van belang dat de patiënt weet dat er meerdere opties zijn. *Option talk* verwijst naar het verstrekken van informatie over de opties die er zijn. *Decision talk* gaat over de afweging van voor- en nadelen en een uiteindelijke beslissing voor de beste optie.¹ Om te kijken in hoeverre SDM wordt toegepast in de praktijk kan er gebruik worden gemaakt van een observatielijst, de OPTION 5- item vragenlijst. Deze geeft vijf stappen van gezamenlijke besluitvorming weer.⁴

In het beroepsprofiel fysiotherapie wordt beschreven welke rol en positie de fysiotherapeut heeft in de gezondheidszorg. Het beroepsprofiel heeft het begrip, gezondheid, gedefinieerd als ‘health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical and emotional challenges’.³ Hierin staat zelfmanagement en eigen regie centraal. Het behoort tot de doelstellingen van de fysiotherapeut de patiënt met een ziekte of aandoening te begeleiden en te ondersteunen bij het voeren van deze op participatie gerichte regie.³

Om SDM in de praktijk toe te kunnen passen is de betrokkenheid van de patiënt bij het besluitvormingsproces over gezondheidskwesties van belang. Dit wordt ook wel patiëntenparticipatie genoemd.⁵ In 2012 is er door Schoeb, et al. een narratieve synthese gedaan over de percepties van patiënten en fysiotherapeuten op patiëntenparticipatie.⁶ Uit het onderzoek blijkt dat patiënten en fysiotherapeuten deelname aan besluitvorming als waardevol beschouwen, maar ook uitdagend. Daarnaast blijkt dat er een gebrek is aan vaardigheden van fysiotherapeuten en de juiste houding om macht en verantwoordelijkheid van beide kanten te delen.⁶ Sinds 2011 zijn er nieuwe kwalitatieve onderzoeken gepubliceerd over de percepties van patiënten en fysiotherapeuten over patiëntenparticipatie. Om de huidige stand van zaken in kaart te brengen zal er opnieuw worden gekeken naar cruciale onderwerpen waaronder de percepties van patiënten en/of fysiotherapeuten. Dit leidt ons tot de volgende onderzoeksvraag: wat zijn de percepties van patiënten en fysiotherapeuten over patiëntenparticipatie? Er zal breed antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag. Daarom zal er ook worden gekeken naar de competenties die patiënten belangrijk vinden in een fysiotherapeut.

Methode

Onderzoeksopzet

De opzet van het onderzoek was een literatuurstudie in de vorm van een systematische review. In de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeken. Er werd gekozen voor kwalitatieve onderzoeken, omdat in de onderzoeksvraag gevraagd werd naar de percepties van patiënten en fysiotherapeuten.

Databanken en zoekstrategie

Deze systematische review is gebaseerd op literatuur in de databanken PubMed, CINAHL en Sportdiscus. Er werd in PubMed gezocht naar literatuur, omdat het biomedische literatuur bevat inclusief links van artikelen naar de free-full tekst via andere bronnen. CINAHL is gekozen, omdat het toegang geeft tot free-full tekst artikelen op onderwerpen uit de paramedische zorg. Ten slotte is Sportdiscus gekozen, omdat het een internationale databank is op het gebied van gezondheid, sport en sportgeneeskunde. Er is ook gezocht in Pedro, maar er zijn geen artikelen geïnccludeerd uit deze databank. Pedro bevat namelijk RCT's, systematische reviews en klinische praktijkrichtlijnen binnen de fysiotherapie. Voor deze systematische review werden alleen kwalitatieve onderzoeken gebruikt.

In de databanken is systematisch en door twee onderzoekers onafhankelijk gezocht naar artikelen met betrekking tot de percepties van patiënten en fysiotherapeuten over patiëntenparticipatie. De zoekactie heeft plaatsgevonden van 15 februari tot 24 maart 2021. Voor de zoekactie is gebruik gemaakt van Mesh termen en vrije zoektermen. Hierbij is gebruik gemaakt van twee hoofdthema's: "Physiotherapy en Patient Participation". In PubMed werd er gezocht aan de hand van MeSH termen Patient Participation, Outpatients en Physical Therapists. Vrije zoektermen zijn gebruikt, zodat recente artikelen waar nog geen MeSH termen aan gekoppeld zijn, niet gemist werden. Alle zoektermen staan weergegeven in tabel 1. Om de zoektermen met elkaar te koppelen zijn de booleaanse operatoren 'AND' en 'OR' gebruikt. De synoniemen zijn gekoppeld met 'OR' en de verschillende onderdelen zijn met elkaar verboden door 'AND'. Achter de vrije zoektermen is er gebruik gemaakt van 'TIAB'. Op deze manier komen de vrije zoektermen in de titel of in de samenvatting naar voren en maakt de zoekstring nog specifiek. De zoekstring is weergegeven in tabel 2.

Tabel 1: zoekstrengen per databank

Databank	Zoekstring
PubMed	(“Patient Participation”[Mesh] OR “patient participation”[TIAB] OR “Outpatients”[Mesh]) AND (“physiotherapy”[TIAB] OR “Physical Therapists”[Mesh] OR “physical therapist”[TIAB])
Sportdiscus	(“Shared decision making” OR “participation” AND “physiotherapy”)
Cinahl	(“patient participation” AND “physiotherapy” AND “physiotherapists”)

Selectieprocedure

Na het vormen van de zoekstreng is er gebruik gemaakt van ‘result by year’, omdat er artikelen vanaf 2010 in het onderzoek geïnccludeerd moesten worden. De reden hiervoor is dat onderzoeker Veronika Schoeb in 2012 haar onderzoek op de percepties van patiënten en fysiotherapeuten op patiënten participatie heeft gepubliceerd. In haar onderzoek werden artikelen tot en met 2009 geïnccludeerd. Om uiteindelijk artikelen te includeren is er onafhankelijk gekeken naar de titel en abstract van de artikelen. De artikelen die zijn meegenomen na het bekijken van de titel en abstract zijn vervolgens onafhankelijk ‘full text’ gelezen. Vervolgens is er door de onderzoekers gediscussieerd over welke artikelen voldeden aan de inclusiecriteria en daarmee de onderzoeksvraag konden beantwoorden. De artikelen die geen antwoord gaven op de onderzoeksvraag zijn niet verder meegenomen in het onderzoek. De selectiecriteria zijn terug te vinden in tabel 2.

Tabel 2: selectiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Volwassenen (18 jaar en ouder)	Onderzoeken gepubliceerd voor 2010
Kwalitatieve onderzoeken inclusief citaten uit interviews	Systematische reviews en meta-analyses
Percepties van patiënten en/ of fysiotherapeuten over patiëntenparticipatie en/ of percepties van patiënten over belangrijke competenties van de fysiotherapeut	

Methodologische kwaliteit

De methodologische kwaliteit van de studies is beoordeeld aan de hand van de checklist voor kwalitatief onderzoek van Cochrane Netherlands. Voorafgaand aan het kiezen van de Cochrane checklist, heeft er een vergelijking van verschillende meetinstrumenten voor het beoordelen van de methodologische kwaliteit plaatsgevonden. Voor het maken van een keuze zijn een aantal artikelen onafhankelijk beoordeeld door beide onderzoekers met zowel

de COREQ-checklist als de Cochrane checklist. Na het invullen van beide checklists vond er eerst een individuele vergelijking plaats tussen beide meetinstrumenten. Vervolgens is er door de onderzoekers een gezamenlijk besluit genomen om te kiezen voor de Cochrane checklist.⁷ De Cochrane checklist is te vinden in bijlage 1. Om te beginnen is deze checklist compact en omvat deze essentiële vragen om te kunnen beoordelen of een studie wel of niet werd meegenomen in de systematische review. Ook kon er aan de Cochrane checklist een efficiënte puntentelling worden toegevoegd. Waarbij cijfers van 0, 1 of 2 werden toegekend per item. Waarbij 0 punten werden toegekend als een item niet in de kwalitatieve studie was opgenomen. 1 punt werd toegekend als het item in mindere mate naar voren kwam en twee punten werden toegekend als het item in de kwalitatieve studie overeenkwam met de voorwaarde van de checklist. De Cochrane checklist bestaat uit acht items waarbij in totaal maximaal 16 punten te behalen valt. Bij een kwalitatief onderzoek wordt er veel waarde gehecht aan het gebruik van ‘purposive sampling’ bij het samenstellen van de onderzoekspopulatie. Dit houdt in dat de onderzoekspopulatie gericht is op het selecteren van zoveel mogelijk variatie.⁷ Daarnaast is het belangrijk dat het coderen onafhankelijk van elkaar wordt gedaan. Is de ‘purposive sampling’ en/of het onafhankelijk coderen niet aanwezig dan worden er 0 punten toegekend bij de items analyse en/of de onderzoekspopulatie uit de Cochrane checklist. Het onderzoek wordt dan beschouwd als een onderzoek van mindere kwaliteit.

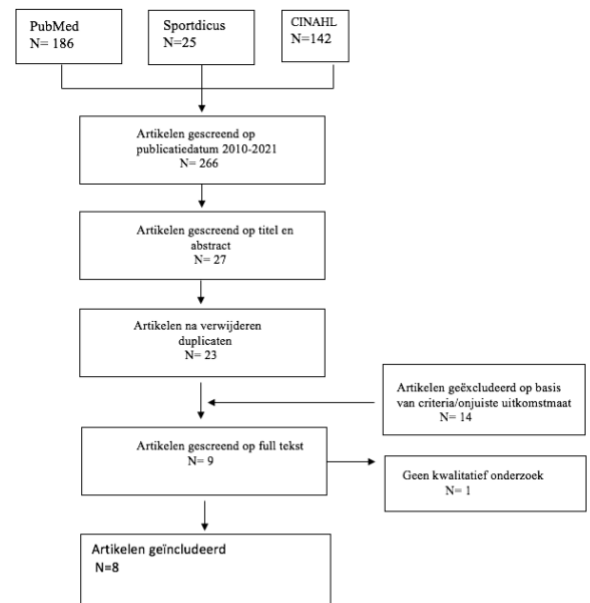
Data- extractie

Uit de artikelen die zijn geïncludeerd zijn de benodigde data geëxtraheerd. Dit zijn de algemene informatie, demografische informatie, meetinstrumenten en resultaten. De algemene informatie bestaat uit het onderzoeksdesign, de auteurs en het publicatiejaar. De demografische gegevens bevat de gegevens van de participanten en/of fysiotherapeuten zoals leeftijd, geslacht, mate van ervaring en de percepties.

Resultaten

Selectieprocedure

De totaalomvang van de zoekactie leverde 353 artikelen op. Van de 353 artikelen kwamen 186 uit Pubmed, 25 uit Sportdiscus en 142 uit CINAHL. Na het screenen op publicatiedatum van 2010 tot 2021 bleven er 266 artikelen over. Na het screenen van de titel en abstract bleven er 27 artikelen over. Vervolgens zijn de duplicaten verwijderd (N=4) en bleven er 23 artikelen over. De overgebleven artikelen zijn volledig doorgenomen en is er geëxcludeerd op basis van de selectiecriteria (N=15). De geëxcludeerde studies vielen af door geen kwalitatief onderzoek (N=1) en onjuiste uitkomstmaat (N=13). Tijdens de selectieprocedure hebben de onderzoekers onafhankelijk de artikelen geïncludeerd. Bij een vergelijken van de geïncludeerde studies zijn de verschillen bekeken en is er gediscussieerd over het wel of niet meenemen van het desbetreffende artikel. Uiteindelijk zijn er 8 artikelen geïncludeerd in deze systematische review. De flowchart van de selectieprocedure is te vinden in figuur 1.



Figuur 1: Flowchart selectieprocedure

Karakteristieken geïncludeerde studies

De score van de studies gescoord aan de hand van de Cochrane checklist varieert van 12 punten tot en met 16 punten. Er kan geconcludeerd worden dat de kwaliteit van de studies hoog is. Alle onderzoeken die zijn geïncludeerd zijn allemaal kwalitatieve onderzoeken. Vier onderzoeken geven antwoord op de percepties van patiënten over patiëntenparticipatie.^{8,10,14,15} Drie onderzoeken geven antwoord op de percepties van fysiotherapeuten over patiëntenparticipatie.^{9,11,13} Vier onderzoeken geven antwoord op de percepties van patiënten over belangrijk competenties van de fysiotherapeut.^{8,12,14,15} Twee onderzoeken hebben gebruik gemaakt van diepte- interviews^{8,10}, één onderzoek van focusgroep interviews en individuele interviews⁹, twee onderzoeken van alleen focusgroep interviews^{11,12} en drie onderzoeken van semigestructureerde interviews.^{13,14,15} De karakteristieken van de geïncludeerde studies zijn terug te vinden in tabel 4 en 5.

Karakteristieken onderzoekspopulatie

Het aantal participanten van de geïncludeerde studies varieerde van 9 participanten tot en met 57 participanten. Het totaal aantal participanten in de 8 geïncludeerde studies is 180. Hiervan waren er 143 patiënt en 37 fysiotherapeut. In één onderzoek werd het geslacht van de participanten niet benoemd.¹³ In totaal namen er 84 mannen en 87 vrouwen deel aan de onderzoeken. In één onderzoek werd de leeftijd van de participanten niet benoemd.¹¹ De leeftijden varieerden van 18 tot en met 80 jaar. De patiënten hadden verschillende klachten, aandoeningen of ziektes. Onder

andere chronische musculoskeletale aandoeningen aan de rug, nek of schouder, hadden een operatie ondergaan of hadden oefentraining in het behandelplan. De fysiotherapeuten werkten in de acute ziekenhuisopname bijvoorbeeld met CVA- patiënten of werkten in een gezondheidscentra.

Tabel 3: karakteristieken geïncludeerde studies

Studie en soort	Perspectief	Aantal participanten	M/V	Leeftijd	Methode
Bastemeijer et al. 2021⁸ Kwalitatief	Patiënt	N =17	8/9	33-79 jaar Gem. 57	Diepte- interview
Sjöberg, Forsner. 2020⁹ Kwalitatief	Fysiotherapeut	N=7 individueel interview N=7 Focusgroep interview N=3	Individueel interview 6/1 Focusgroep interview 2/1	Individueel interview 27-53 jaar Gem. 35 Focusgroep interview 27-32 jaar Gem. 29,6	Focusgroep interviews en individuele interviews
Stevens et al. 2016¹⁰ Kwalitatief	Patiënt	N=23	8/15	22-80 jaar Gem. 58,6 SD: 15,8	Diepte- interviews
Morera- balaguer et al. 2018¹¹ Kwalitatief	Fysiotherapeut	N=21	5/16	Onbekend	Focusgroep interviews
Del Bāno- Aledo et al. 2014¹² Kwalitaitef	Patiënt	N=57	33/24	18 jaar en ouder	Focusgroep interviews
Lloyd et al. 2014¹³ Kwalitatief	Fysiotherapeut	N=9	Onbekend	20-50 jaar	Semigestructureerde interviews
Bernhardsson et al. 2017¹⁴ Kwalitatief	Patiënt	N=20	10/10	23-77 jaar Gem. 48	Semigestructureerde interviews
Palenius, Nyman. 2017¹⁵ Kwalitatief	Patient	N=26	14/12	43-63 jaar Gem. 53	Semigestructureerde interviews

Uitwerking Cochrane checklist

De eerste 7 geïnccludeerde studies hebben een maximale score van 16 punten behaald en het laatste artikel heeft een totaalscore van 12 punten toegekend gekregen. Bij de laatste studie is er geen gebruik gemaakt van ‘purposive sampling’ en is het coderen van de resultaten niet onafhankelijk van elkaar gedaan. De volledig uitgewerkte tabel is te vinden in de bijlage 2.

Tabel 4: uitwerking Cochrane checklist

Artikel	Punten
Bastemeijer et al. 2021⁸	16
Sjöberg, Forsner 2020⁹	16
Stevens et al. 2016¹⁰	16
Morero-Balaguer et al. 2018¹¹	16
Del Bāno-Aledo et al. 2014¹²	16
Lloyd et al. 2014¹³	16
Bernhardsson et al 2017¹⁴	16
Palenius, Nyman 2017¹⁵	12

Tabel 5: thema's onderzoeksresultaten

	Bastemeijer et al. 2021 ⁸	Sjöberg, Forsner. 2020 ⁹	Stevens et al. 2016 ¹⁰	Morera-balaguer et al. 2018 ¹¹	Del Bāno-Aledo et al. 2014 ¹²	Lloyd et al. 2014 ¹³	Bernhardsson et al. 2017 ¹⁴	Palenius, Nyman. 2017 ¹⁵
<u>Percepties van patiënten op pp</u>	x		x				x	x
Recht om te beslissen	x							x
Empowerment	x							x
Afhankelijk van kennis	x							
Voorkeur voor een actieve rol in het besluitvormingsproces							x	x
Hulpmiddel voor patiënten-participatie			x					
<u>Percepties van fysiotherapeuten op patiëntenparticipatie</u>		x		x		x		
Empowerment						x		
Het stellen van gezamenlijke doelen						x		
Person-centered care – een benadering voor patiëntenparticipatie		x						
Barrières				x				
Bevorderende factoren				x				
<u>Belangrijke competenties van de fysiotherapeut, volgens de patiënt</u>	x				x		x	x
Uniek individu	x				x		x	x
Begrip	x						x	x
Respect	x				x			x
Steun	x				x			x
Verstrekken van informatie	x				x		x	x
Technische expertise	x				x		x	x

Percepties van patiënten op patiëntenparticipatie

Vier onderzoeken gaan over de percepties van patiënten over patiënten participatie.^{8,10,14,15} Van deze vier onderzoeken, gaat één onderzoek over een instrument die het proces van het stellen van doelen ondersteunt en hoe patiënten het gebruik van dit instrument ervaren.¹⁰

Uit drie onderzoeken blijkt dat patiënten de voorkeur geven om deel te nemen in het klinische besluitvormingsproces. Hoewel de mate waarin patiënten willen deelnemen varieert.^{8,14,15} De mate waarin patiënten willen deelnemen varieert, omdat patiënten verschillende percepties hebben ten aanzien van de hoeveelheid inspraak die zij zouden willen hebben. Deze keuze kan nauw samenhangen met het vertrouwen die patiënten hebben in de fysiotherapeut en zijn technische expertise, het recht om te beslissen, empowerment en de afhankelijkheid van kennis. Bovenstaande punten worden hieronder verder toegelicht.

Recht om te beslissen^{8,15}

Patiënten vinden het belangrijk dat hun stem gehoord wordt.¹⁵ Dit hangt samen met de wens dat hun inbreng in de behandeling gerespecteerd wordt. Onafhankelijkheid is hierin een essentiële kwestie. Patiënten willen het recht hebben om te beslissen, zij willen goed geïnformeerd worden door de professional om zelf een beslissing te kunnen nemen of om te kunnen begrijpen waarom een bepaalde beslissing van de fysiotherapeut de juiste is.⁸

Empowerment^{8,14}

Een merendeel van de patiënten uit de studie van Bastemeijer, et al. geeft aan empowerment door de fysiotherapeut te waarderen.⁸ Empowerment gaat over het ontwikkelen en inzetten van eigen kracht en over eigen regie voeren. Zorgverleners richten zich bij empowerment op het versterken van de eigen regie van de patiënt.¹⁶ Het stelt hen in staat controle te houden over hun eigen situatie en hen te ondersteunen of op te leiden in het omgaan met het probleem. Empowerment betreft ook de professionals die patiënten helpen bij zelfmanagement en preventie. Patiënten hebben een voorkeur voor het uitvoeren van oefeningen die zij zelfstandig kunnen doen. Op deze manier kunnen zij zelf invloed uitoefenen op de behandeling.^{8,14}

Afhankelijk van kennis^{8,14}

In twee studies wordt iets gezegd over de afhankelijkheid van kennis, maar wordt wel van verschillende kanten belicht.^{8,14} Uit de studie van Bastemeijer, et al. blijkt dat patiënten in bepaalde situaties afhankelijk zijn van kennis en vaardigheden van de fysiotherapeut.⁸ Zij zouden graag een bepaalde invloed willen in de behandeling, maar verwachten dat de fysiotherapeut de leiding neemt in deze samenwerking vanwege zijn superieure kennis. Volgens patiënten moet de fysiotherapeut de regie hebben over de besluitvorming en is hij of zij verantwoordelijk voor de behandeling binnen zijn of haar discipline. Patiënten waarderen autonomie, maar wanneer onafhankelijke besluitvorming niet mogelijk is, waarderen zij ook bewustzijn van de fysiotherapeut. Controleverlies bij de fysiotherapeut door regelgeving van hun zorgverzekering leidt volgens patiënten tot generalisatie en geprotocolleerde behandeling. Wat ten koste gaat van

de kwaliteit van de individuele zorg.⁸ Echter blijkt uit de studie van Bernhardsson, et al. Dat in bepaalde situaties patiënten vertrouwen hebben in de vakbekwaamheid van de fysiotherapeut en daarbij vertrouwen op hun deskundige beslissingen.¹⁴

Voorkeur voor een actieve rol^{14,15}

Patiënten willen graag participeren tijdens het hele proces.¹⁵ Alhoewel de mate waarin zij willen deelnemen varieert, zoals eerdergenoemd. Uit de studie van Bernhardsson, et al. blijkt dat patiënten die niet veel waarde hechten aan het beïnvloeden van een keuze voor een behandeling, nog steeds wel graag willen participeren in het besluitvormingsproces.¹⁴ Een merendeel van de patiënten uit deze studie geeft aan een voorkeur te hebben voor een actieve rol, waarbij het nemen van beslissingen over de behandeling samen met de fysiotherapeut gebeurt. Dit betekent dat beslissingen niet genomen mogen worden zonder de mening van patiënten en het bespreken van mogelijke opties. Dit wordt gedeelde besluitvorming genoemd. Patiënten zijn ook bereid om verantwoordelijkheid te nemen en een actieve rol in de behandeling zelf aan te nemen. Echter zijn sommige patiënten tevreden met de vraag naar hun mening en voorkeuren, maar laten het beslissen over de behandeling over aan de fysiotherapeut. Patiënten die minder waarde hechten aan het beïnvloeden van de behandelkeuze, lieten hun keuze baseren op vertrouwen in de fysiotherapeut en zijn of haar vakbekwaamheid.¹⁴

*Hulpmiddel voor patiëntenparticipatie*¹⁰

Het Patient Specific Complaints instrument (PSC) is een instrument die het proces van het stellen van doelen ondersteunt. Dit zorgt voor een grotere patiëntenparticipatie bij het stellen van doelen. Patiënten vonden de PSC nuttig om het bewustzijn en de motivatie te vergroten doordat er duidelijke doelen werden opgesteld. Ook konden de patiënten de fysiotherapeuten informeren over een passende behandeling voor hun persoonlijke behoeften. Sommige patiënten zagen het nut niet in en zagen geen verband met hun behandeling. Patiënten met een positievere houding ten opzichte van de vragenlijst, met een actieve rol en gezondheidsgeletterdheid waardeerden de PSC en voelden zich geholpen. Patiënten die de kenmerken niet hadden, begrepen het proces of het doel van de PSC niet en lieten de fysiotherapeut de leiding nemen.¹⁰

Percepties van fysiotherapeuten op patiëntenparticipatie

*Empowerment*¹³

De fysiotherapeuten namen waar dat het stellen van doelen voorheen werd gebaseerd op ervaringen, zwart- wit denken, waarden van structuur en technische scholing. Dit is veranderd naar een grotere focus op de empowerment van de patiënt en het waarden van communicatieve vaardigheden. Fysiotherapeuten beschreven dat ze het belangrijk vinden om de empowerment van de patiënt te optimaliseren, maar tegelijkertijd vonden de fysiotherapeuten het een uitdaging om een machtsevenwicht te vinden binnen de therapeutische relatie.¹³

Het stellen van gezamenlijke doelen¹³

Fysiotherapeuten zijn zich voortdurend bewust van de drijfveren die het stellen van doelen beïnvloeden. Drijfveren waren de behoeften van patiënten en families, de eigen ervaring en het vermogen van de fysiotherapeuten om samen te werken. Het stellen van gezamenlijke doelen werd gezien als inspannend, complex en ongelooflijk moeilijk. Het stellen van patiëntgerichte doelen vindt plaats wanneer de eigen doelen van de patiënt voorrang krijgen, en door de therapeut gerichte doelen wanneer, omgekeerd, de doelen van de therapeut prioriteit krijgen. De balans die wordt gezocht, waarbij de fysiotherapeut en de patiënt samenwerken om gezamenlijke doelen te stellen, kan als ‘echte samenwerking’ worden beschouwd. In deze situatie kan de mate van betrokkenheid van de patiënt op verschillende plaatsen dalen. Fysiotherapeuten gaven aan dat sommige patiënten de voorkeur geven aan meer therapeutische begeleiding en anderen de voorkeur geven aan zelf het voortouw nemen bij het stellen van doelen.¹³

Barrières¹¹

Fysiotherapeuten beschrijven verschillende aspecten die een behandelrelatie met de patiënt moeilijker kunnen maken. Fysiotherapeuten die een slechte fysieke of emotionele status hebben, willen minder praten of niet aangesproken worden door patiënten. Dit maakt het contact met de patiënt minder makkelijk. Ook geven fysiotherapeuten aan dat zij interpersoonlijke vaardigheden zoals luisteren, het respecteren van de patiënt en het uitvoeren van geïndividualiseerde belangrijke zaken, maar dat zij de professionaliteit van wat de juiste manier is om een patiënt te behandelen missen. Daarnaast is er een gebrek aan training in communicatieve vaardigheden, bijvoorbeeld bij het voeren van een slecht nieuws gesprek en assertiviteit vinden in het stellen van grenzen. Fysiotherapeuten beschrijven patiëntkenmerken zoals een afhankelijke persoonlijkheid en lage perceptie van zelfeffectiviteit als een belemmering. Deze patiënten hebben meer professionele en persoonlijke zorg nodig. Ook ongepast gedrag van patiënten en/of familieleden is iets waar fysiotherapeuten zich zorgen over maken. Vooroordelen tegen de fysiotherapeut belemmeren de ontwikkeling van vertrouwen. Net als onjuiste verwachtingen met betrekking tot behandeling en/of progressie kan ertoe leiden dat patiënten denken dat de behandeling niet effectief is geweest.

Bevorderende factoren¹¹

Het vermogen om informatie en advies te geven vergroot het vertrouwen in de fysiotherapeut en geeft het gevoel aan de patiënt dat de fysiotherapeut betrokken is bij het herstel van de patiënt. Fysiotherapeuten waarderen patiënten met gepaste verwachtingen wat betreft een behandeling of progressie. Er moeten haalbare doelstellingen worden geformuleerd zodat er minder frustratie is als verwachtingen niet worden gehaald. Ook een individuele behandeling in een gesloten kamer en continuïteit van de behandeling leidt tot een grotere vertrouwensrelatie.¹¹

Person- centered care een manier voor het bereiken van patiëntenparticipatie⁹

Person- centered care (PCC) is een manier om patiëntenparticipatie te bereiken. Dit betekent dat de patiënt een grotere invloed heeft op mogelijke afwegingen en beslissingen. Het is fysiotherapeuten opgevallen dat patiënten in het algemeen meer invloed hebben bij PCC. Patiënten hebben een verhoogd en versterkt recht om de behandeling te bepalen of stop te zetten. Fysiotherapeuten gaven aan dat het gevoelens van frustratie bij hun oproept als patiënten een

behandeling zouden kiezen die niet gebaseerd was op wetenschappelijk bewijs of niet effectief genoeg bleek volgens de fysiotherapeut. Echter vinden de fysiotherapeuten in vergelijking met andere beroepsbeoefenaars dat zij een goed vermogen hebben om de patiënt vanuit een holistisch perspectief te bekijken. Dit betekent dat het gezondheidsprobleem minder centraal staat en de persoon in zijn geheel wordt bekeken en sociale- en psychologische factoren worden meegenomen, omdat deze nauw met elkaar samenhangen. Het is nodig om de patiënt als individu te zien zodat de zorg individueel is aan te passen op de patiënt. Fysiotherapeuten hebben een gelegenheid nodig om na te denken over rolveranderingen en veranderde machtsverhoudingen als het gaat om PCC, omdat de fysiotherapeuten bang zijn dat hun expertise als professional in het gedrang zou komen. Er zou een botsing kunnen ontstaan bij wat fysiotherapeuten denken wat het beste is voor de patiënt en een verhoogde patiëntenparticipatie volgens de PCC en dus een minder grote rol voor de fysiotherapeut.⁹

Belangrijke competenties van de fysiotherapeut (vanuit de patiënt)

Uniek individu^{8,12,14,15}

Patiënten vinden het krijgen van persoonlijke erkenning van de fysiotherapeut belangrijk.⁸ Daarnaast hebben zij de wens om gezien te worden als een uniek individu.^{8,15} Dit houdt in dat patiënten niet onder een homogene massa willen vallen in bijvoorbeeld de categorie schouder patiënten.¹⁵ Het gezondheidsprobleem van de patiënt moet niet gegeneraliseerd en gebagatelliseerd worden.⁸ Patiënten vinden het belangrijk dat in de behandeling rekening wordt gehouden met geïndividualiseerde oefeningen.^{12,14} Dit betekent dat de oefeningen specifiek gericht zijn op het individu. Dit komt overeen met de behoefte van de patiënt dat de fysiotherapeut de behandeling en zorg aanpast aan de behoeften en omstandigheden van de patiënt.⁸

Begrip^{8,14,15}

In de relatie tussen fysiotherapeut en patiënt is het belangrijk dat de fysiotherapeut diep begrip kan tonen voor de persoonlijke omgeving en de keuzes die de patiënt in zijn of haar leven maakt.⁸ Patiënten verwachten dat een fysiotherapeut in staat moet zijn om te luisteren naar de patiënt. Een patiënt moet zijn problemen kunnen toelichten en gedachtes kunnen delen over mogelijke oorzaken van het probleem.¹⁴ Daarnaast is het van belang dat patiënten zich serieus genomen voelen.^{8,14} Patiënten waarderen een bezorgde professional die ook bereid is om zich in te kunnen leven in een persoon en zijn of haar unieke geschiedenis.⁸ In alle menselijke samenwerkingen is het eerste contact belangrijk. Hierbij wordt initieel begrip als waardevol gezien. Initieel begrip omvat meer dan het expliciete schouder probleem alleen. Patiënten verwachten begrip voor de totale situatie.¹⁵ Problemen zoals stoornissen en functionele beperkingen zouden gezien moeten worden als verschijnselen waarbij de patiënt als geheel betrokken is. Door het gezondheidsprobleem op deze manier te bekijken ontstaat er een holistische visie op gezondheid. Deze holistische visie zouden fysiotherapeuten moeten toepassen in hun behandeling.⁸

Respect^{8,12,15}

Patiënten benadrukken de wens om gerespecteerd te worden. Zij verwachten respect en waardigheid ten aanzien van alles.¹⁵ Dit hangt nauw samen met vriendelijke en respectvolle communicatie, een belangrijke waarde die is genoemd in de focusgroep uit de studie van Del Baño- Aledo, et al. Dit zorgt voor een positieve perceptie ten aanzien van de kwaliteit van zorg.¹² Daarnaast moet de fysiotherapeut grenzen van de patiënt respecteren voor wat betreft zijn of haar persoonlijke pijngrens en intimiteit. Alle geïnterviewde vrouwen uit de studie van Bastemeijer, et al. verwezen naar het besef van ongerijmdheid tussen patiënt en zorgverlener voor wat betreft aanraken, uitkleden en persoonlijke ruimte.⁸

Steun^{8,12,15}

Patiënten vinden het belangrijk om emotioneel gesteund te worden door de fysiotherapeut. De langdurige beperkingen van patiënten leidt tot onzekerheid en bepaalde behoeften op emotioneel gebied tijdens de behandelperiode. Het merendeel van de patiënten uit de studie van Del Baño- Aledo, et al. geven aan dat de ondersteunende zorg belangrijk was, zodat de patiënten leren omgaan met de beperkingen die zij ervaren en om hun zelfvertrouwen op te bouwen.¹² Deze ondersteunende zorg werd ervaren tijdens gesprekken met de fysiotherapeut en het luisteren naar de zorgen van patiënten. Daarnaast is het belangrijk dat de fysiotherapeut de patiënt kan motiveren in een lastige situatie. Zowel in de oefentherapie als bij het hebben van de kracht om door te gaan.¹⁵ Tijdens de behandeling zou de fysiotherapeut een positieve instelling moeten hebben.⁸

Verstrekken van informatie^{8,12,14,15}

Patiënten vinden het erg belangrijk om een duidelijke uitleg te krijgen over het gezondheidsprobleem.^{8,12,14} Voor een grondige analyse, informatie en uitleg over het gezondheidsprobleem is een doel- en procesgeoriënteerde fysiotherapeut nodig.⁸ Vooral aan het begin van de behandeling vinden patiënten het belangrijk om informatie te krijgen over het probleem, de prognose en de behandeling. Kennis hielp de patiënten om te begrijpen wat er gebeurde en om hun gedachten te ordenen. Bovendien heeft de bereidheid van fysiotherapeuten om patiënten regelmatig te informeren en voor te lichten over hun gezondheidsstatus een positieve invloed op de perceptie van de patiënten over de kwaliteit van de dienstverlening. Wanneer patiënten geen duidelijke informatie krijgen, heeft dit een negatieve invloed op de perceptie van de patiënt op de kwaliteit van de behandeling.¹² Daarnaast vinden zij het ook belangrijk om uitleg te krijgen over hoe het probleem op te lossen is. Een merendeel van de patiënten uit de studie van Palenius, et al. geeft aan dat zij de kwaliteit van de dienstverlening beoordelen op basis van de houding en het gedrag van fysiotherapeuten bij het verstrekken van informatie en educatie.¹⁴ Het verstrekken van informatie aan de patiënt is essentieel, maar de professional moet de informatiediepte afstemmen op de behoefte van de patiënt.^{8,15}

Technische expertise^{8,12,14,15}

Patiënten vinden het belangrijk dat de fysiotherapeut een behandeling toepast, gebaseerd op wetenschappelijk bewijs.^{14,15} Ook waarderen patiënten het als een fysiotherapeut goede communicatievaardigheden heeft, competent en ervaren is. Patiënten verwachten dat de fysiotherapeut veel kennis heeft over zijn vakgebied.^{8,12,14,15}

Discussie

Deze systematische review geeft antwoord op de onderzoeksvraag: “wat zijn de percepties van patiënten en fysiotherapeuten over patiëntenparticipatie binnen de fysiotherapie?” Om Shared Decision Making te bereiken is het van belang dat patiënten participeren in de besluitvorming. Daarom is het belangrijk om te weten wat de percepties van patiënten en fysiotherapeuten zijn over dit onderwerp. Daarnaast is er voor het laatst in 2012 een narratieve-synthese geschreven over de percepties van patiënten en fysiotherapeuten over patiëntenparticipatie. Het is daarom van belang om de huidige stand van zaken opnieuw in kaart te brengen ten aanzien van patiëntenparticipatie. Om de percepties in kaart te brengen zijn de thema's van de verschillende studies bekeken. Van deze thema's zijn overkoepelende thema's gemaakt om een goed overzicht te krijgen. Er zijn een paar opvallende bevindingen gekomen uit de resultaten. Het blijkt dat patiënten willen deelnemen aan het klinisch besluitvormingsproces, maar dat de mate waarin patiënten willen deelnemen varieert. Patiënten willen graag goed geïnformeerd worden zodat ze zelf een beslissing kunnen nemen of om te begrijpen waarom een keuze die de fysiotherapeut maakt voor een behandeling de juiste is. Daarnaast is het van belang dat de inbreng van de patiënten gerespecteerd wordt en dat ze empowerment door de fysiotherapeut waarderen. Het is tegenstrijdig dat patiënten die niet veel waarde hechten aan het beïnvloeden van een keuze voor een behandeling wel graag willen participeren in de gedeelde besluitvorming, omdat er geen beslissing mag worden genomen zonder hun mening. Dit zou geïnterpreteerd kunnen worden dat het karakter van patiënten bepalend kan zijn voor de mate van participatie. Patiënten met een extravert karakter zullen misschien eerder zelf een keuze voor de behandeling willen maken en patiënten met een introvert karakter zullen de beslissing bij de fysiotherapeut laten.

Uit de huidige bevindingen blijkt dat er bij person-centered care benadering een grotere invloed is van patiënten op het maken van afwegingen en beslissingen. Een opvallende bevinding is dat fysiotherapeuten vinden dat patiënten hierbij te veel macht hebben, omdat er op deze manier behandelingen kunnen worden gekozen die niet wetenschappelijk zijn bewezen of effectief bleken. Daar staat wel tegenover dat fysiotherapeuten het wel belangrijk vinden om de empowerment van de patiënten te optimaliseren, maar dat zij het een uitdaging vinden om op deze manier machtsevenwicht te vinden. Fysiotherapeuten vinden het misschien wel moeilijk om hun macht uit handen te geven. Sinds de laatste tijd komt deze vorm van een behandelrelatie meer naar de voorgrond. Het zou kunnen zijn dat fysiotherapeuten beter geïnformeerd moeten worden om daadwerkelijk een stap in deze richting te zetten. Ook komt er uit de resultaten naar voren dat er aspecten zijn die behandelrelatie moeilijker maken, maar ook aspecten die de behandelrelatie vergemakkelijken.

Opvallend is dat uit de onderzoeken naar voren kwam dat patiënten het belangrijk vinden dat fysiotherapeuten verschillende competenties bezitten. Uit meerdere artikelen bleek dat er veel overlap was in de competenties die patiënten belangrijk vinden bij een fysiotherapeut. Dit zou kunnen betekenen dat wanneer fysiotherapeuten deze competenties niet bezitten dit de

behandelrelatie in de weg kan staan. Wanneer de competenties niet aanwezig zijn, kunnen patiënten zich minder op hun gemak voelen of kan er een afstand ontstaan waardoor er sprake kan zijn van een slechtere vertrouwensrelatie. Dit kan ertoe leiden dat patiënten minder snel psychosociale factoren delen met de fysiotherapeut. Het resultaat van de behandeling kan hierdoor niet het gewenste effect geven en er zou ook een mindere kwaliteit van zorg kunnen ontstaan.

Uit zowel het onderzoek van Schoeb, et al. en deze systematische review komt naar voren dat patiënten graag willen participeren tijdens de behandeling, maar verschillende percepties hebben over de mate van patiëntenparticipatie.⁶ In beide onderzoeken blijkt dat patiënten het waarderen dat fysiotherapeuten verschillende competenties bezitten. Daarnaast vinden fysiotherapeuten het bereiken van een behandelrelatie met de patiënt soms lastig omdat sommige kenmerken van de patiënt lastig zijn om mee om te gaan en het zoeken naar de juiste machtsverhouding moeilijk en uitdagend is.

Vergelijking met andere studies

In het onderzoek van Schoeb, et al. is er gekeken naar hoe patiënten en fysiotherapeuten patiëntenparticipatie ervaren tijdens behandelsessies.⁶ Er is antwoord gegeven op twee hoofdthema's, de percepties over wat patiëntenparticipatie betekent voor patiënten en fysiotherapeuten en de rol van patiënten tijdens behandelsessies. Patiënten gaven verschillende percepties over deelname vanuit het gezichtspunt van controle. Ze wilden samenwerken met hun therapeuten over beslissingen en behandelplannen. Patiënten willen als gelijkwaardig worden beschouwd en willen gevraagd worden naar hun mening, doelen en persoonlijke voorkeuren. Daarentegen waren er ook patiënten die de voorkeur gaven aan een passieve rol bij het stellen van doelen of bij beslissingen over de behandeling. Sommige patiënten klaagden dat ze onvoldoende informatie of onduidelijke uitleg kregen. Ook werd er niet om hun instemming gevraagd met betrekking tot behandelplannen.⁶

Uit het onderzoek van Schoeb, et al.⁶ en deze systematische review blijkt dat de resultaten op veel stukken overeenkomt. Opvallend is dat zowel uit deze systematische review als het onderzoek van Schoeb, et al.⁶ patiënten nog steeds verschillend denken over de hoeveelheid inspraak die ze zouden willen hebben in het besluitvormingsproces. Ook worden er in beide onderzoeken tegen dezelfde belemmeringen aangelopen die het moeilijk maken om tot patiëntenparticipatie te komen. Dit is zowel het stellen van doelen, informatie verstrekken en macht en verantwoordelijkheid delen.

Sterke punten van het onderzoek

Een sterk punt van deze literatuurstudie is dat de onderzoekers onafhankelijk van elkaar literatuur hebben gezocht. Ook is de methodologische kwaliteit onafhankelijk van elkaar beoordeeld. De onafhankelijk ingevulde Cochrane-checklist zijn individueel vergeleken en er is gediscussieerd

over verschillen in de beoordeling om tot een gezamenlijk besluit te komen welke studies geïnccludeerd zouden worden in het onderzoek.

Bij zeven van de geïnccludeerde studies is er gebruik gemaakt van ‘purposive sampling’. Bij kwalitatief onderzoek is het van belang dat ‘purposive sampling’ gebruikt wordt bij het samenstellen van de onderzoekspopulatie, dit betekent dat patiënten bewust worden geselecteerd op basis van bepaalde eigenschappen. Op deze manier ontstaat er zoveel mogelijk variatie in de onderzoekspopulatie.

Zwakke punten van het onderzoek

Er zijn verschillende kwalitatieve onderzoeken geïnccludeerd met verscheidene aandoeningen in het onderzoek. Ook zijn de studies in verschillende landen uitgevoerd. Hierdoor zijn niet alleen percepties vanuit Nederland, maar ook uit andere landen onderzocht. Er dient rekening gehouden te worden met verschillende opvattingen en perspectieven van patiënten en fysiotherapeuten. Ook hebben de studies met verschillende vragen geïnterviewd en gecodeerd. Daardoor hadden de studies verschillende thema's en waren de studies moeilijk met elkaar te vergelijken.

Er is in deze systematische review één onderzoek geïnccludeerd met een lagere methodologische kwaliteit dan de andere zeven studies. Vanwege het gebruik van ‘convenience sampling’, omdat de interviews en de analyse niet onafhankelijk van elkaar zijn gedaan.

Aanbeveling voor verder onderzoek

Het blijkt dat patiënten graag willen participeren in het klinische besluitvormingsproces. Ook willen fysiotherapeuten een verhoogde patiëntenparticipatie, maar zien moeilijkheden en uitdagingen. Er zal meer onderzoek nodig zijn op welke manier deze moeilijkheden en uitdagingen verholpen kunnen worden zodat er een betere balans ontstaat ten aanzien van patiëntenparticipatie in de behandelrelatie. Ook zal er verder onderzoek gedaan moeten worden naar de percepties van patiënten en fysiotherapeuten in Nederland omdat daar nog weinig over bekend is. Dit zal helpen om patiëntenparticipatie in Nederland beter in kaart te kunnen brengen en toe te kunnen passen in de praktijk.

Aanbeveling voor de praktijk

Om patiëntenparticipatie de komende jaren verder te implementeren in de praktijk is het nodig dat zowel patiënten als fysiotherapeuten meer geïnformeerd moeten worden over dit onderwerp. Dit kan worden gedaan door aan de fysiotherapeuten lezingen te geven op dit gebied. Ook zou de KNGF dit onderwerp kunnen oppakken zodat er meer bekendheid komt over dit onderwerp door cursussen aan te bieden op het gebied van communicatieve vaardigheden. Aan patiënten kunnen informatieve folders worden gegeven en eventueel andere informatieve manieren om patiëntenparticipatie meer bekendheid te geven. Ook is het van belang om het onderwerp

patiëntenparticipatie te implementeren bij de opleiding fysiotherapie. Zo komen aankomende fysiotherapeuten al eerder in aanraking met dit onderwerp.

Conclusie

Patiënten willen graag deelnemen aan het klinisch besluitvormingsproces. De mate waarin patiënten willen deelnemen varieert. Het is belangrijk dat patiënten het recht hebben om te beslissen, maar de hoeveelheid inspraak in de behandeling die patiënten willen hebben, is afhankelijk van een aantal factoren. Als patiënten goed geïnformeerd zijn, willen ze zelf een keuze kunnen maken voor een behandeling of begrijpen waarom de keuze van de fysiotherapeut voor een behandeling de juiste is. Ook is empowerment vanuit de fysiotherapeut belangrijk om patiënten controle te geven over hun eigen probleem. Daarnaast zijn er patiënten die wel invloed willen hebben, maar vinden dat de fysiotherapeut de regie moet hebben in de behandeling vanwege hun expertise. Patiënten vinden het belangrijk dat de fysiotherapeut hen ziet als uniek individu, begrip, respect en steun toont. Ook moet de fysiotherapeut informatie kunnen verstrekken en een technische expertise hebben. Fysiotherapeuten willen graag een balans vinden in de machtsverhouding, maar zien moeilijkheden en uitdagingen.

Literatuurlijst

1. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Josep- Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. 2012 Oct;27(10): 1361- 1367. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.
2. Moore L, Kaplan S.
Framework and Resources for Shared Decision Making: Opportunities for Improved Physical Therapy Outcomes. 2018 dec;12: 1022- 1036. doi.org/10.1093/ptj/pzy095.
3. de Vries C, Hagenaars L, Kiers H, Schmitt M.
KNGF Beroepsprofiel Fysiotherapeut. 2014 jan: 7-9
4. Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam. Nederlandse vertaling OPTION 5-item vragenlijst [Internet]. Beschikbaar via:
http://www.glynelwyn.com/uploads/2/4/0/4/24040341/option_5_nl_vertaling.pdf
5. Longtin Y, Sax H, Leape L, Sheridan S, E, Donaldson L, Pittet D
Patient participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. 2010 Jan; 85(1): 53-62. doi: 10.4065/mcp.2009.0248.
6. Schoeb V, Bürge E.
Perceptions of Patients and Physiotherapists on Patient Participation: A Narrative Synthesis of Qualitative Studies. 2012 Jun;17(2):80-91. doi: 10.1002/pri.516.
7. Cochrane Netherlands. Kwalitatief onderzoek checklist. [Internet]. Beschikbaar via:
https://netherlands.cochrane.org/sites/netherlands.cochrane.org/files/public/uploads/4.8_kwalitatief_onderzoek_checklist.pdf
8. Bastemeijer C, Ewijk J, Hazelzet J, Voogt L.
Patient values in physiotherapy practice, a qualitative study. 2021 jan;26(1)e1877. doi: 10.1002/pri.1877.
9. Sjöberg V, Forsner M.
Shifting roles: physiotherapists' perception of person- centered care during a pre-implementation phase in the acute hospital setting- A phenomenographic study. 2020 aug 19;1-11. doi: 10.1080/09593985.2020.1809042.
10. Stevens A, Moser A, Köke A, van der Weijden T, Beurskens A.
The patient' s perspective of the feasibility of a patient- specific instrument in physiotherapy goal setting: a qualitative study. 2016 march 31;10:425-34. doi: /PPA.S97912.
11. Morera- Balaguer J, Botella- Rico J, Martínez- González M, Medina- Mirapeix F, Rodríguez- Nogueira Ó.
Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study. 2018 nov-dec;22(6):484-492. doi: 10.1016/j.bjpt.2018.04.003.

12. Del Baño- Aledo M, Medina- Mirapeix F, Escolar- Reina P. Montilla- Herrador J, Collins S.
Relevant patient perceptions and experiences for evaluating quality of interaction with physiotherapists during outpatient rehabilitation: a qualitative study. 2014 mar;100(1):73-9. doi: 10.1016/j.physio.2013.05.00.
13. Lloyd A, Roberts A, Freeman J.
' Finding a balance' in involving patient in goal setting early after stroke: a physiotherapy perspective. 2014 sep;19(3):147-57. doi: 10.1002/pri.1575.
14. Bernhardsson S, Larsson M, Johansson K, Öberg B.
"In the physio we trust": A qualitative study on patients' preferences for physiotherapy. 2017 jul;33(7):535-549. doi: 10.1080/09593985.2017.1328720.
15. Palenius K.G., Nyman, P.C.
Expectations and experiences of physiotherapeutic practice among patients with shoulder problems. 2017 jul.;20(1):58-64. doi: 10.1080/21679169.2017.1363283
16. Zorg voor beter. De bijdrage van empowerment in de zorgverlening. [internet].
Beschikbaar via:
<https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Zelfredzaamheid/Eigenkrachteengezamenlijk%20proces.TVZfeb10.pdf>

Bijlagen

Bijlage 1

Kwalitatief onderzoek checklist

Beoordelingscriteria voor een kwalitatief onderzoek

Naam beoordelaar: Datum:

Titel:

Auteurs:

Bron:

Korte beschrijving onderwerp:

Kenmerken onderzochte groep:

Manier van selectie deelnemers:

Waarnemingsmethode:

☐ observatie

☐ (diepte-)interview

☐ focusgroepinterview

☐ documentanalyse

☐ anders, namelijk

KWALITEIT

item	uitwerking	Ja / nee
Is er een goede vraagstelling?	Past de vraagstelling bij kwalitatief onderzoek? Is de vraagstelling relevant?	
Is de gebruikte waarnemingsmethode adequaat?	Persoonlijke ervaringen, percepties: interview Heersende opvattingen binnen een groep: focusgroep Gedrag van mensen: observatie	
Is desamenstelling van de onderzoekspopulatie adequaat?	Bij kwalitatief onderzoek hoort purposive sampling; convenience sampling en random sampling zijn niet optimaal, omdat ze niet gericht zijn op het selecteren van zo veel mogelijk variatie, maar soms is het verkrijgen van een goede onderzoekspopulatie dermate moeilijk dat men niet ontkomt aan deze methoden	

Is het materiaal adequaat verzameld?	Kwalitatief onderzoek vraagt: - topiclijst; dit hoeft niet bij elke vorm van kwalitatief onderzoek; een voorbeeld hiervan is participerende observatie - deskundige interviewer; - cyclische afwisseling van dataverzameling en analyse; - saturatie; - beschrijving van mogelijke selectiebias	
Is het onderzoek controleerbaar?	Audio-of video-opnames	
Is de analyse adequaat?	Cyclische afwisseling dataverzameling en analyse? Is de analyse gedaan door deskundige onderzoekers? Is het coderen gedaan door onderzoekers onafhankelijk van elkaar? Is voldoende gezocht naar contrasterende meningen? Is de analyse in voldoende diepte beschreven? Biedt de beschrijving voldoende inzicht in de stappen waarmee de onderzoeker vanuit de data tot codes, categorieën en thema's komt? Zijn de citaten adequaat?	
Is het uitgangspunt van de onderzoeker duidelijk?	Is het uitgangspunt duidelijk (vooral ook voor analyse belangrijk)?	
Passen de conclusies bij het kwalitatieve karakter van het onderzoek?	Is de conclusie kwalitatief geformuleerd?	

Bijlage 2

Tabel 6: uitwerking Cochrane checklist

Artikel	Cochrane checklist						Punten	Kwaliteit	Punten
	Vraagstelling	Waarnemingsmethode	Onderzoekspopulatie	Materiaal	Controleerbaar	Analyse	Uitgangspunt	Kwalitatieve conclusie	
Bastemeijer et al. 2021	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Sjöberg, Forsner 2020	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Stevens et al. 2016	2		2	2	2	2	2	2	16
Morero-Balaguer et al. 2018	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Del Bãno-Aledo et al. 2014	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Lloyd et al. 2014	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Bernhardsson et al 2017	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Palenius, Nyman 2017	2	2	0	2	2	0	2	2	12