

LEEFSTIJLINTERVENTIES IN DE EERSTELIJS FYSIOTHERAPIE

INZICHT IN HET PERSPECTIEF EN DE MENING VAN FYSIOTHERAPEUTEN OVER LEEFSTIJLINTERVENTIES IN DE EERSTELIJN.

KWALITATIEF ONDERZOEK



Naam auteur: Kyra Ronner
Studentnummer: 399208
Opleiding: Fysiotherapie
Opdrachtgever: Praktijk Fysiotherapie Pellinkhof
Docentbegeleider: Berber Roorda
Plaats van uitgave: Groningen
Datum van uitgave: 08-06-2023

HANZEHOGESCHOOL GRONINGEN | OPLEIDING FYSIOTHERAPIE



**Hanzehogeschool
Groningen**
University of Applied Sciences

Academie voor Gezondheidsstudies

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie “Leefstijlinterventies in de eerstelijns fysiotherapie: een kwalitatief onderzoek”, geschreven voor de opleiding fysiotherapie te Groningen, door Kyra Ronner. Deze scriptie is tot stand gekomen tussen februari 2023 en juni 2023.

In opdracht van praktijk fysiotherapie Pellinkhof (PFP) Groningen is dit onderzoek uitgevoerd, de praktijk waar ik tevens mijn afstudeerstage heb gelopen als afsluiting van de studie. De opdrachtgever van de scriptie is de eigenaar van PFP, Pim Pellinkhof. Toen ik in februari aan mijn stage begon heeft Pim het onderwerp leefstijl geopperd als onderwerp voor mijn scriptie. Dit onderwerp sprak mij aan omdat dit een up-coming onderwerp in de samenleving is. Met veel plezier heb ik de afgelopen 5 maanden aan dit onderzoek gewerkt.

Tijdens de laatste fase van mijn studie ben ik zowel op theoretisch als praktisch gebied gegroeid. Daarvoor speciale dank aan: Pim, Vladimir, Jaqueline en Mart voor de stagebegeleiding. Caren en Pim in het bijzonder bedankt voor het begeleiden van mijn scriptieproces in de praktijk. Ook zou ik graag mijn docentbegeleider Berber Roorda bedanken voor alle tips en tricks met betrekking tot het uitvoeren van een onderzoek en het opstellen van een scriptie. Daarnaast wil ik alle deelnemers van mijn onderzoek bedanken, zonder jullie input was deze scriptie niet tot stand gekomen.

Ik hoop dat u wat heeft aan de informatie in deze scriptie, om zo samen de kwaliteit van het vak fysiotherapie te verbeteren.

Kyra Ronner

Groningen, juni 2023

Samenvatting

Inleiding: Gezondheid wordt beïnvloed door leefstijl. Modellen zoals het BRAVOM- model, geven inzicht in leefstijlfactoren, welke een positieve of negatieve invloed op gezondheid kunnen hebben. Leefstijlinterventies zijn ontwikkeld om positieve veranderingen in deze leefstijlfactoren teweeg te brengen. Binnen leefstijlinterventies hebben zorgverleners verschillende rollen en verantwoordelijkheden. De NHG-zorgmodule omschrijft de rollen van zorgverleners bij leefstijlinterventies, waarbij het KNGF-beroepsprofiel specifiek in gaat op de rol van fysiotherapeuten, die vooral in spelen op de beweegfactor in leefstijlinterventies. De omschrijving van het NHG en KNGF laten veel aan eigen interpretatie over, wat kan zorgen voor onduidelijkheid in de praktijk. Daarom is het van belang onderzoek te doen naar de mening van fysiotherapeuten over hun rol binnen leefstijlinterventies. In dit onderzoek wordt de hoofdvraag: “Hoe denken eerstelijns fysiotherapeuten over hun rol binnen leefstijlinterventies?” beantwoord. Met als doel om andere therapeuten en het KNGF te informeren en inspireren over leefstijlinterventies in de fysiotherapie.

Methode: De onderzoeksmethode die wordt gebruikt is kwalitatief onderzoek. De gegevensverzameling vond plaats door middel van 8 semigestructureerde diepte-interviews, afgenomen bij algemeen fysiotherapeuten. Voorafgaand aan de interviews is een interviewgide opgesteld met topics en bijbehorende vragen. De interviews zijn direct na afname woordelijk getranscribeerd en geanalyseerd door middel van atlas.TI in 3 codeer stappen; open coderen, axiaal coderen, selectief coderen.

Resultaten: De resultaten van het onderzoek zijn gebaseerd op de analyse van de interviews en worden ondersteund door tekstfragmenten uit de transcripten. Hieruit zijn 5 thema's ontstaan; Definitie leefstijl(interventies), invulling van leefstijlinterventies, visie op leefstijlinterventies, toekomst van leefstijlinterventies, KNGF-beroepsprofiel. Deze thema's zijn in alle interviews aan bod gekomen, en komen overeen met de vooraf opgestelde topics in de interview guide. De resultaten laten zien dat therapeuten het van belang vinden om leefstijlinterventies toe te passen in de fysiotherapie. Dit wordt momenteel veel gedaan middels bewegen, informeren en adviseren over de verschillende leefstijlfactoren. Echter blijkt er behoefte aan vragenlijsten en handvaten om beter aan te kunnen sluiten op de leefstijl van de patiënt.

Conclusie: Uit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat de rol van fysiotherapeuten cruciaal maar vooral signalerend is binnen leefstijlinterventies. Echter zijn fysiotherapeuten geen alleskunnende en zit er ook aan de rol van fysiotherapeuten een grens, die goed bewaakt moet worden. Daarbij dient een patiënt doorgestuurd te worden naar een specialist als de zorgvraag buiten het wetenschappelijke kennisgebied van de therapeut ligt.

Abstract

Introduction: Health is influenced by lifestyle. Models such as the BRAVOM- model provide insights into lifestyle factors that can have a positive or negative impact on health. Lifestyle interventions have been developed in order to bring positive changes in these lifestyle factors. Within lifestyle interventions, healthcare providers have different roles and responsibilities. The NHG (Dutch College of General Practitioners) care module describes the roles of healthcare providers in lifestyle interventions, while the KNGF (Royal Dutch Society for Physical Therapy) professional profile specifically addresses the role of physiotherapists, who primarily focus on the exercise component in lifestyle interventions.

The descriptions provided by the NHG and KNGF leave much room for individual interpretation, which can lead to confusion in practice. Therefore, it is important to conduct research on the opinions of physiotherapists regarding their role in lifestyle interventions. This research aims to answer the main question: "How do primary care physiotherapists perceive their role in lifestyle interventions?" with the goal of informing and inspiring other therapists and the KNGF about lifestyle interventions in physiotherapy.

Method: The research method employed is qualitative research. Data collection was conducted through 8 semi-structured in-depth interviews with general physiotherapists. Prior to the interviews, an interview guide was developed with topics and corresponding questions. The interviews were verbatim transcribed immediately after completion and analyzed using atlas.ti through three coding steps: open coding, axial coding, and selective coding.

Results: The results of the research are based on the analysis of the interviews and are supported by text excerpts from the transcripts. Five themes emerged from the analysis: Definition of lifestyle(interventions), implementation of lifestyle interventions, perspectives on lifestyle interventions, future of lifestyle interventions and the KNGF professional profile. These themes were addressed in all interviews and corresponded to the predefined topics in the interview guide. The results show that therapists consider it important to apply lifestyle interventions in physiotherapy. Currently, this is primarily done through exercise, providing information, and advising on various lifestyle factors. However, there is a need for questionnaires and tools to better align with the patient's lifestyle.

Conclusion: The research concludes that the role of physiotherapists is crucial, in lifestyle interventions, but primarily focused on signaling. However, physiotherapists are not all-knowing and there are limits to their role, which need to be carefully observed. In addition, patients should be referred to specialists if their care needs extend beyond the therapist's scientific knowledge area.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	1
SAMENVATTING	2
ABSTRACT.....	3
INLEIDING.....	5
METHODE.....	7
ONDERZOEKSPROCEDURE	7
<i>Onderzoeksmethode</i>	7
<i>Gegevensverzameling</i>	7
<i>Gegevens analyse</i>	8
POSITIONERING EN INTRODUCTIE VAN DE ONDERZOEKER	9
ONDERZOEKSPOPULATIE	9
ETHISCHE ASPECTEN EN WET OP PRIVACY	9
RESULTATEN.....	10
ONDERZOEKSPOPULATIE	10
THEMA'S	10
<i>Definitie leefstijl(interventies)</i>	11
<i>Invulling van leefstijlinterventies</i>	12
<i>Visie op leefstijlinterventies</i>	14
<i>Toekomst van leefstijlinterventies</i>	16
<i>KNGF-beroepsprofiel</i>	17
DISCUSSIE	18
BESCHOUWING RESULTATEN	18
BESCHOUWING METHODE	19
CONCLUSIE	20
ANTWOORD OP DE ONDERZOEKSVRAAG:	20
ADVIEZEN VOOR DE TOEKOMST:	20
<i>Algemene adviezen:</i>	20
<i>Adviezen voor therapeuten:</i>	20
<i>Adviezen voor de opleiding:</i>	21
<i>Adviezen voor het KNGF:</i>	21
BIBLIOGRAFIE	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
BIJLAGE 1: INTERVIEW GUIDE	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
BIJLAGE 2: INFORMATIEBRIEF EN INFORMED-CONSENT.....	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
BIJLAGE 3: WMO- STROOMDIAGRAM MEDISCH-ETHISCHE TOETSING.	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
BIJLAGE 4: CODEBOEK	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
BIJLAGE 5: COREQ- CHECKLIST	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.

Inleiding

Ongezond gedrag is verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast (RIVM, 2023). Iedereen kan ziek worden en dat hebben we deels in eigen hand. Dat deel waar we invloed op hebben is veel groter dan men denkt. Dit geldt voor veel van de welvaartsziekten. Het gedrag dat invloed heeft op de gezondheid wordt levensstijl of leefstijl genoemd (Chivo verantwoord vitaal, 2019).

Miljoenen mensen hebben een ongezonde leefstijl. Mede daardoor krijgen veel mensen te maken met problemen zoals stofwisselingsziekten, gewricht- en skeletaandoeningen, vasculaire problemen en nog vele andere aandoeningen, of zelfs de dood. (Farhud, 2015). Volgens Farhud zouden we de relatie tussen leefstijl en ziekte dan ook als sterk moeten beschouwen.

Onze gezondheid wordt dus beïnvloed door onze leefstijl. “Op het gebied van leefstijl zijn er zowel gunstige als ongunstige ontwikkelingen. Minder mensen roken en meer mensen bewegen, maar meer mensen zijn te zwaar” (RIVM, sd).

Leefstijl wordt op meerdere manieren gedefinieerd. Zo omschrijft de online encyclopedie het als “een manier van leven” (Nederlandse encyclopedie, sd). Het RIVM beschrijft leefstijl als, gedrag waarvoor een relatie met goede gezondheid of met gezondheidsproblemen is vastgesteld (RIVM, 2023).

Naast deze definities wordt leefstijl vaak beschreven aan de hand van modellen. Deze modellen laten verschillende factoren zien; zogenaamde leefstijlfactoren die samen leefstijl vormen. Een van deze modellen is het ‘BRAVO(M)’ model, hierin worden 5 verschillende thema’s aan bod gebracht; Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning. Dit model wordt op meerdere manieren gebruikt in de praktijk. Zo omschrijft Kenniscentrum Sport & Bewegen hoe dit model met de 5 pijlers kan bijdragen aan de vitaliteit van medewerkers in bedrijven. (Kenniscentrum Sport & Bewegen, sd). Het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie) omschrijft dit model ook in het beroepsprofiel van de fysiotherapeut (KNGF, 2021). Echter heeft het KNGF een extra pijler aan dit model toegevoegd, namelijk de M, welke middelengebruik vertegenwoordigt.

Leefstijlinterventies kunnen op de verschillende modellen en hun pijlers inhaken. Leefstijlinterventies worden namelijk omschreven als interventies die ingrijpen op de leefstijl van mensen (Barte, 2011). Leefstijlinterventies zijn dus breed, hierdoor ontstaat er onduidelijkheid; wie biedt welke leefstijlinterventie aan en wat is de rol van de fysiotherapeut hierin?

De NHG (Nederlandse huisartsen gemeenschap) -zorgmodule is geschreven om te ondersteunen in leefstijladvisering aan volwassenen. Hierin worden de rollen van de verschillende zorgverleners omschreven. De huisarts en de praktijkondersteuner zijn signalerend en zullen inventariseren en informeren om op deze manier de rollen van paramedici te verdelen. De diëtiste is deskundig op het gebied van voeding en daarmee verantwoordelijk voor de leefstijlfactor voeding. De fysiotherapeut krijgt de taak om patiënten naar een actieve leefstijl te begeleiden en dit te behouden, en de fysiotherapeut mag adviseren te stoppen met roken. De oefentherapeut stimuleert en ontwikkelt beweeggedrag en geeft houdings- en beweging advies. Een psycholoog kan ondersteuning bieden aan de patiënt voor het aanpakken van de leefstijlinterventie (Nederlands huisartsen genootschap, 2015). Samenvattend zou dit betekenen dat een fysiotherapeut alleen in beeld komt bij de leefstijlfactoren bewegen en roken en dat de andere leefstijlfactoren in het vakgebied van andere zorgverleners vallen.

Om de grenzen van verschillende beroepen te bewaken zijn er beroepsprofielen ontworpen door beroepsverenigingen.

Het KNGF-beroepsprofiel haakt ook in op de rol van de fysiotherapeut binnen leefstijlinterventies. Het omschrijft dat de fysiotherapeut expert is op het gebied van bewegen, een van de BRAVOM factoren, en daarom in ieder geval in beeld komt als er zich problemen op bewegingsgebied voordoen. Daarnaast formuleert het KNGF de rol van de fysiotherapeut als volgt:

De fysiotherapeut integreert het belang van een gezonde leefstijl in het fysiotherapeutisch handelen, bijvoorbeeld via coaching bij gezond beweeggedrag en educatie gericht op de andere leefstijlfactoren. De fysiotherapeut bezit daarnaast beperkte kennis van aanpalende leefstijlfactoren die van invloed kunnen zijn op het bewegend functioneren en op activiteiten en participatie in het dagelijks leven van de patiënt. De fysiotherapeut is kritisch en reflectief op zijn/haar eigen gedrag, handelen en vakbekwaamheden. Door kennis van de aanpalende leefstijlfactoren weet hij/zij wanneer specifieke deskundigheid op een van deze gebieden gewenst is en doorverwijzing of samenwerking noodzakelijk (KNGF, 2021).

Dit is een beeld wat in de theorie duidelijk lijkt, echter is de vraag of dit in de praktijk ook zo werkt. De verschillende omschrijvingen van de rollen uit de NHG en het KNGF laten veel aan eigen interpretatie van de zorgverleners over. Deze eigen interpretatie kan voor onduidelijkheid en onderlinge verschillen zorgen.

Bovenstaande maakt het interessant om onderzoek te doen naar de opvattingen van fysiotherapeuten over hun rol binnen leefstijlinterventies, naast de door de overheid geïnitieerde GLI's, waarvoor leefstijlcoaches met verschillende basisopleidingen tot kunnen worden opgeleid. Behalve de literatuur over de rolverdeling binnen de leefstijlinterventies is er geen kwalitatief onderzoek gedaan naar de mening van de fysiotherapeuten in de praktijk over de rolverdeling en de plichten van de therapeuten. Het is belangrijk dat hierover gepubliceerd wordt om andere collega fysiotherapeuten te kunnen informeren en inspireren over de invulling van hun rol binnen leefstijlinterventies om zo van elkaar te kunnen leren. Daarnaast zouden instanties als het KNGF de mening van de therapeuten, over het door het KNGF geschetste beeld, kunnen meenemen in de nieuwe versie van het beroepsprofiel om zo samen het beroepsprofiel te kunnen optimaliseren. De hoofdvraag luidt dan ook; "Hoe denken eerstelijns fysiotherapeuten over hun rol binnen leefstijlinterventies?"

Naast deze hoofdvraag zal het onderzoek ingaan op meerdere deelvragen om een compleet beeld te schetsen en de mening van de therapeuten te onderbouwen; Hoe zien fysiotherapeuten zichzelf in de rol van leefstijlinterventies? Op welke verschillende factoren van leefstijl haken huidige fysiotherapeuten in en op welke manier doen zij dit? En komt dit overeen met hoe het KNGF de rol van de fysiotherapeut omschrijft of hebben fysiotherapeuten hier andere ideeën over?

Methode

Onderzoeksprocedure

Om een duidelijk beeld te krijgen van de mening van de therapeuten is het onderzoek uitgevoerd in de volgende stappen. Eerst is er een literatuuronderzoek uitgevoerd wat voor een theoretische basis heeft gezorgd. Op basis hiervan is de probleemstelling en vraagstelling geformuleerd. De onderzoeksvraag gaat in op de gedachten en meningen van de onderzoekspopulatie, dit leidt ertoe dat een kwalitatief onderzoek noodzakelijk is. Om een zo duidelijk mogelijk beeld te creëren zijn er semigestructureerde diepte- interviews afgenomen bij 8 therapeuten, waarbij het principe van saturatie is nagestreefd, welke vervolgens zijn getranscribeerd en achtereenvolgens geanalyseerd. Hier uit zijn conclusies over de meningen van de therapeuten getrokken.

Onderzoeksmethode

In dit onderzoek wordt er gekeken naar de mening en gedachten van fysiotherapeuten en omdat daar geen waarde aan te hangen is, is een kwalitatief onderzoek meer geschikt dan een kwantitatief onderzoek (Merkus, Verschil tussen kwalitatief & kwantitatief onderzoek, 2021).

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek in de vorm van field research door middel van diepte-interviews, omdat er te weinig literatuur en casestudies te vinden zijn om kwalitatief deskresearch uit te voeren. De diepte-interviews zullen diepgang aan het onderzoek geven en dit zal ervoor zorgen dat de mening van de therapeuten goed weergegeven kan worden (Merkus, Een introductie tot kwalitatief onderzoek, 2021).

Om de mening van de fysiotherapeuten goed in beeld te brengen wordt er fenomenologisch onderzoek uitgevoerd waarin het fenomeen leefstijlinterventies in de eerstelijns fysiotherapie onder de loep wordt genomen. Het opstellen van een grounded theory of actieonderzoek zijn niet haalbaar wegens de beschikbare tijd (Merkus, Een introductie tot kwalitatief onderzoek, 2021).

Gegevensverzameling

Er is gekozen voor semigestructureerde diepte-interviews. Het feit dat de interviews semigestructureerd zijn geeft de vrijheid om door te vragen en tot de kern van het antwoord te komen. Echter geeft dit wel een vermindering in betrouwbaarheid, omdat een volgende onderzoeker andere vragen zou kunnen toevoegen of weghalen, afhankelijk van hoe het interview loopt (Merkus, Semigestructureerd of half-gestructureerd interview, 2021).

Om de interviews goed te laten verlopen en de juiste gegevens te verkrijgen is er van tevoren een interviewgide opgesteld met daarin; topics gebaseerd op de deelvragen en daarbij behorende voorbeeldvragen die de leidraad voor het interview zijn (bijlage 1).

Na het afnemen van de interviews zijn deze direct getranscribeerd en geanalyseerd. Door dit direct te doen ontstaat de mogelijkheid om kritisch te reflecteren op de gestelde vragen waardoor er voor het volgende interview tijd is om te kijken of er vragen aangepast of toegevoegd moeten worden aan de interviewgide. Van alle interviews zijn audio-opnamen gemaakt om op het moment van interviewen goed te kunnen luisteren en later alles te kunnen transcriberen. De interviews hebben plaatsgevonden op een door de participant gekozen locatie om een veilige omgeving te creëren, uitzonderingen hierop zijn in overleg met de participant gemaakt.

De interviews zijn afgenomen tussen 16-03-2023 en 25-04-2023. Om ervoor te zorgen dat de concentratie van de participanten en onderzoeker goed bleef gedurende het hele interview en om eventuele fouten of gemiste informatie te voorkomen is ervoor gekozen om de interviews ongeveer 30 minuten te laten duren. In de praktijk kwam dit neer op interviews tussen de 27 en 54 minuten.

Het aantal participanten was niet voorafgaand aan het onderzoek vastgesteld, dit om het principe van saturatie na te streven. Dat houdt in dat er na een bepaald aantal interviews geen nieuwe data meer gevonden wordt (Scribbr, sd), dat zorgt ervoor dat het onderzoek meer valide is. In dit onderzoek kwam dat neer op 8 therapeuten.

Gegevens analyse

Na het afnemen van de interviews zijn de opnamen woordelijk getranscribeerd, wat inhoudt dat alles wat gezegd wordt in de interviews wordt uitgetypt maar stopwoordjes, of aarzelingen worden achterwege gelaten. Hier is voor gekozen omdat hiermee een overzichtelijk maar compleet beeld wordt gecreëerd. In tegenstelling tot letterlijk transcriberen waarbij meer op details gefocust wordt of samenvattend transcriberen waarin meer naar het grotere geheel wordt gekeken waardoor het onderzoek minder objectief is (Smits, 2021).

Vervolgens zijn de transcripten geanalyseerd door middel van Atlas.TI waarbij gecodeerd is in 3 stappen. Achtereenvolgens is er open gecodeerd, waarbij er labels zijn gegeven aan bruikbare tekstfragmenten. Daarna zijn de open codes samengevoegd tot axiale codes die grotere stukken data bevatten en de data meer groeperen. Vervolgens is er selectief gecodeerd waarbij thema's zijn aangewezen aan de verschillende axiale codes en bijbehorende tekstfragmenten.

Bij het coderen zijn de volgende thema's ontstaan; definitie leefstijl(interventies), invulling van leefstijlinterventies, visie op leefstijlinterventies, toekomst van leefstijlinterventies en KNGF-beroepsprofiel, welke verder worden toegelicht in de resultaten. Het codeboek is bijgevoegd in bijlage 4.

Tekstfragmenten uit de transcripten zijn gebruikt om de meningen van de therapeuten te ondersteunen. De persoonlijke gegevens van de participanten zijn in deze tekstfragmenten en in de transcripten weggelaten en vervangen door participant nummers om op deze manier de privacy van de participanten te waarborgen.

Positionering en introductie van de onderzoeker

Het onderzoek is opgesteld op basis van diepte-interviews. De onderzoeker neemt zelf de interviews af, wat kan zorgen voor een bias, immers de onderzoeker kan dingen op een bepaalde manier verwoorden waardoor de resultaten minder objectief zullen zijn. Deze bias wordt in dit onderzoek voornamelijk veroorzaakt door het onderwerp over het KNGF-beroepsprofiel. Hier wordt in het interview naar verwezen, maar ook wordt er in het onderzoek ingegaan op de eigen visie van de participant. Om ervoor te zorgen dat de participant zo weinig mogelijk wordt beïnvloed door het KNGF zijn er 2 maatregelen genomen;

- Om de mening van de participant niet te veel te laten beïnvloeden door de informatie in het KNGF-beroepsprofiel is ervoor gekozen om de participant deze stukken pas te laten lezen zodra het interview hiernaar verwijst. Daardoor kan de participant op de daarvoor gestelde vragen nog geen invloed uit het KNGF-beroepsprofiel en nog geen invloed van de onderzoeker hebben.
- De participant leest zelf de stukken van het KNGF door, als de onderzoeker deze stukken voor zal lezen kan de participant door de intonatie van de onderzoeker beïnvloed worden.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie zijn eerstelijns fysiotherapeuten die op het moment van het interview minimaal 2 jaar werkzaam zijn in de eerstelijns. De onderzoekspopulatie is uitgezocht op basis van de vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria: (tabel 1)

Tabel 1: In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie

Inclusie	Exclusie
Fysiotherapeuten die vooral een volwassen populatie patiënten zien (Tussen de 18 en 65 jaar)	Fysiotherapeuten die de opleiding tot leefstijlcoach hebben gedaan
Eerstelijns fysiotherapeuten	Fysiotherapeuten met minder dan 2 jaar werkervaring
Fysiotherapeuten met minimaal 2 jaar werkervaring in de eerstelijns	Fysiotherapeuten die voornamelijk oudere patiënten (65+) of kinderen (18-) zien
Fysiotherapeuten die het informed consent hebben ingevuld	Fysiotherapeuten die geen Nederlands spreken
	Fysiotherapeuten in de directe kennissenkring van de onderzoeker

De werving van deelnemers heeft plaats gevonden door middel van connecties van de onderzoeker op facebook, LinkedIn en connecties in de praktijk. Echter zitten de participanten niet in de directe kennissen- en familiekring van de onderzoeker om een bias te voorkomen. De deelnemers zijn allemaal via de mail of telefonisch benaderd, afhankelijk van de bekende gegevens van de therapeut. Alle participanten hebben een toelichtingsformulier met bijgaand informed-consent gekregen en ingevuld (bijlage 2).

Ethische aspecten en wet op privacy

Om aan alle wetgeving te voldoen is voorafgaand aan het onderzoek, het protocol medisch ethische toetsing doorlopen. Hiervoor is allereerst het “stroomdiagram- WMO toetsing” doorlopen (bijlage 3). Waaruit geconcludeerd kon worden dat toetsing volgens WMO niet nodig is. Vervolgens is het schema “zorgvuldigheidsmaatregelen onderzoek” ingevuld om eventuele hiaten in het onderzoek te dekken.

Resultaten

Onderzoekspopulatie

Er zijn 8 participanten geïnterviewd, de algemene gegevens van de participanten zijn uitgewerkt in tabel 2. De genoemde cursussen in tabel 2 zijn niet compleet, alleen de voor dit onderzoek relevante cursussen zijn vermeld, of grotere opleidingen/masters.

Tabel 2: Overzicht participant gegevens

Participant nr.: (geslacht)	Leeftijd:	Afgestudeerd:	Werkervaring:	Cursussen/opleidingen	Werklocatie:
1 (V)	41	2003 Hogeschool Leiden	Eerste lijn (20 jaar)	Bekken fysiotherapie master	Vollenhove
2 (V)	25	2021 Hanzehogeschool Groningen	Eerste lijn (2 jaar)	Osteoporose vallen en breken cursus Revalidatie bij Langdurige covid 19 klachten cursus Chronisch netwerk	Haren
3 (M)	41	2009 Hanzehogeschool Groningen	Eerste lijn (10 jaar) Sportclub (3 jaar) Eigen eerste lijn praktijk (2 maand)	Physis cursus Mulligan cursus	Heerenveen
4 (M)	53	1995 Hogeschool Leiden	Leger (3 jaar) Eerste lijn (25 jaar)	Manuele therapie master Spotfysiotherapie cursus Immunologie cursussen Slaap- /ontspannings- /ademhalings- cursussen	Emmeloord
5 (M)	34	2016 Hanzehogeschool Groningen	Eerste lijn (6 jaar)	Psychosomatiek master	Groningen
6 (M)	52	2006 Thim van der Laan	Eerste lijn (17 jaar)	Diabetes cursussen Artrose cursussen COPD-cursussen Chronisch netwerk	Alkmaar
7 (V)	45	1999 Hogeschool van Amsterdam	Eerste lijn (24 jaar)	Manuele therapie master Parkinson cursussen	Alkmaar
8 (V)	25	2020 Hanzehogeschool Groningen	Eerste lijn (3 jaar)	Handtherapeut opleiding	Urk

Thema's

Tijdens de data-analyse van de diepte-interviews zijn er 91 open codes toegekend aan de bruikbare tekstfragmenten. Dit is samengevoegd tot 21 axiale codes welke in vijf thema's verdeeld zijn. De thema's zijn: Definitie leefstijl(interventies), invulling van leefstijlinterventies, visie op leefstijlinterventies, toekomst van leefstijlinterventies en KNGF-beroepsprofiel. Al deze thema's zijn in alle interviews aan bod gekomen, en komen overeen met de vooraf opgestelde topics in de interview guide.

Definitie leefstijl(interventies)

Als eerste is er bij de participanten gevraagd naar het begrip leefstijl; waar doet dit hen aan denken en wat omvat dit. Hier kwamen wisselende antwoorden op en verschillende componenten zijn benoemd. De participanten omschreven daarnaast ook verschillende veelomvattende definities van leefstijl;

- “Ik vind leefstijl een heel breed onderwerp, ik denk dat dat kan met betrekking tot voeding, bewegingshoeveelheid, slapen, maar ik denk dat we ook het breder mogen trekken met bijvoorbeeld hoe veel je werkt en hoe veel tijd je voor jezelf hebt. Hoe veel stress je ervaart en hoe je daar mee omgaat, ik denk dat dat ook wel een belangrijk punt is van leefstijl.”
- “Ik denk met name aan gezondheid, het gezonde leven, niet alleen voeding maar ook bewegen, het mentale deel vind ik daar ook heel erg belangrijk in, daarnaast goed zorgen voor je lichaam, stukje voeding, niet roken niet te veel drinken. Als dat allemaal mooi samenwerkt denk ik dat je wel een hele mooie, gezonde, actieve leefstijl hebt.”
- “Eigenlijk alles wat met voor jezelf zorgen te maken heeft, ik denk dat dat een mooi brede zin is met betrekking tot leefstijl.”

Samenvattend zijn de volgende componenten van leefstijl benoemd in de interviews: (benoemd in ... interviews)

Tabel 3: Leefstijlcomponenten volgens participanten

Eten (8)	Roken (3)	Slaap (4)
Stress (6)	Bewegen (8)	Ademhaling (2)
Ontspanning (1)	(Alcohol) Drinken (3)	Immuunsysteem (2)
Sociale interactie (1)	Werk/vrije tijd balans (2)	Belasting belastbaarheid (2)
Mentale gezondheid (1)		

Over leefstijlinterventies zijn de meeste participanten het eens: dit houdt in dat je inspeelt op de genoemde leefstijlfactoren en hier gezondere keuzes in probeert te maken, om op deze manier gedragsverandering te stimuleren en te coachen op verschillende vlakken. Zo blijkt uit de quotes;

- “Het coachen van de mensen, mensen laten inzien dat bewegen goed is, dat men bewuster met voeding bezig kan zijn, leefstijl in de zin van gedragsverandering, heel algemeen. Als men rookt dat het verstandig is om daar anders mee om te gaan.”
- “Het is denk ik ook het koppelen, je neemt iets waar, is dat adequaat of inadequaar in de leefstijl. En daarin gekoppeld, waarom doet iemand dat, wat voor gedrag hangt eraan vast en kan je dat dan koppelen.”

Naast bovengenoemde definities en leefstijlcomponenten benoemen de participanten dat er modellen en cursussen zijn om leefstijlinterventies te ondersteunen.

Invulling van leefstijlinterventies

Om fysiotherapeuten te kunnen inspireren en informeren is er een inventarisatie gemaakt van de invulling die de participanten geven aan leefstijlinterventies in de huidige behandelingen. Een overeenkomst die hierin naar voren is gekomen is het adviseren en activeren tot bewegen, zo is dit in 7 interviews ter sprake gekomen als een belangrijk onderdeel van de invulling van leefstijlinterventies in de huidige behandelingen. Daarnaast wordt het activeren tot bewegen gezien als preventief behandelen;

- “Ik doe daarin veel met oefentherapie om iemand sterker te maken en conditie op te bouwen en te zorgen voor zelfredzaamheid zodat mensen het thuis zelf ook kunnen doen.”
- “Bij mijn cliënten stuur ik daar ook op aan, je hoeft niet altijd sporten te doen. Mensen worden daar al moe van als zij het woordje sporten horen. Maar wel als zij horen, een uurtje wandelen. Ohja maar dat kan ik wel.”
- “Algehele fitheid, zorgen dat mensen goed getraind zijn (over de vlakken waar de participant op inspringt in de behandelingen). We reageren nu als mensen klachten hebben, maar het zal er meer naar toe gaan dat er ook preventie gaat komen. Dat je aan het begin van het traject gaat voorkomen dat mensen klachten krijgen. Dat wordt steeds belangrijker.”

Behalve het bevorderen van lichamelijke activiteit, wordt ook aandacht besteed aan het in kaart brengen van de leefstijl van de patiënt, zodat passende interventies kunnen worden aangeboden, dit wordt op verschillende manieren gedaan;

- “Eerst vragen hoe mensen dingen zelf zien, dan ook uitvragen hoe mensen zelf hun dagen indelen, hoe mensen dingen ervaren en wat de invloed kan zijn op het herstel. Ik vergelijk het vaak met 1 potje met energie, als dat potje energie naar andere vlakken als stressreactie of een ongezonde leefstijl gaat, dan heeft het lijf geen energie over om te werken aan het herstel van de blessures. Zo werkt dat ook met slaapproblemen, je hebt slaap nodig om te herstellen. Tuurlijk bespreek ik ook hoe mensen daar zelf mee om kunnen gaan, ik besteed er altijd een gedeelte van de behandeling aan.”
- “In de anamnese vraag ik altijd hoe een dag er uit ziet, dan vertellen mensen wat zij overdag doen, vaak vraag ik ook slaap uit, of mensen goed slapen. Dat neem ik mee in een oefenprogramma, als ik weet iemand slaapt heel slecht, dan ga ik geen intensief oefenprogramma opstarten omdat diegene dan niet zo belastbaar is.”

Buiten deze 2 mogelijkheden om leefstijl uit te vragen in de anamnese, zijn er ook therapeuten die aangeven de patiënt een dagboekje bij te laten houden om zo inzicht te krijgen in het dagelijks leven van de patiënt en om inzicht te creëren voor de patiënt.

Een interventie die momenteel door veel van de participanten wordt uitgevoerd is het informeren en adviseren van de patiënt, om zo te zorgen dat de patiënt inzicht krijgt en de noodzaak van het veranderen inziet. De vlakken waarop de participanten informeren en adviseren verschilt;

- “Dan informeer ik iemand over de invloed van alcohol op herstel en de invloed op het traject wat wij gaan draaien, maar ik vind dat wij vooral mensen moeten informeren en er zelf een keuze in moeten laten maken. Als ik ga zeggen je moet stoppen met zo veel alcohol drinken want dat is niet goed. Dat is heel leuk en aardig maar dat gaat hem niet worden. Dus mensen eerlijke goede informatie geven, ook als het moeilijke informatie is.”

- “Als mensen klachten hebben bijvoorbeeld rugklachten dan geef je ook al aan, dat ze op hun voeding moeten letten op het moment dat ze wel overgewicht hebben.”

Naast informeren, adviseren en bewegen haken therapeuten ook in op het onderdeel stress, ontspanning en slaap, echter zijn er minder therapeuten die dit benoemen als we het hebben over de huidige invulling van de behandelingen. Namelijk 4 van de 8 therapeuten;

- “Ik denk dat heel veel fysiotherapeuten niet eens weten dat ze ontspanningsoefeningen toe zouden kunnen passen omdat ze het niet hebben geleerd of de oudere generatie. Want nu heb ik het wel geleerd op de opleiding en op een stage heb ik het best veel gedaan. Dus gewoon doen, het toepassen en af en toe wat ontspanningsoefeningen doen als jij dat belangrijk vindt bij diegene.”
- “Als jij je alleen maar inspant, bij fysiotherapie gaat het vaak over het inspannen, sterker worden, conditie opbouwen en spiergroepen trainen. Maar als jij je rust daarna niet vindt kan je ook niet herstellen. Dus daarom heb ik nu 2x een ontspanningscursus van 3 sessies gegeven, dan doen wij Jacobsens spierrelaxaties, ademhalingsoefeningen en een bodyscan. Mensen moeten dat dan zelf betalen, dat zijn 3 avonden waar zij dan een uur lang kunnen ontspannen. Dat is belangrijk.”

Samenvattend geven therapeuten nu invulling aan leefstijlinterventies binnen huidige eerstelijns behandelingen door het in kaart brengen van leefstijlcomponenten van de patiënt. Therapeuten zijn ervan overtuigd dat dit de eerste stap is die van belang is om op de juiste componenten interventies toe te passen, in de vorm van informeren, adviseren, bewegen en ontspanningstherapie.

Visie op leefstijlinterventies

Bij dit thema is uitgevraagd hoe fysiotherapeuten denken over het toepassen van leefstijlinterventies in de eerstelijns fysiotherapie. Waar alle therapeuten het over eens waren is dat het toegepast zou moeten worden in de eerstelijns. Wel waren de therapeuten van mening dat dit afgestemd moet worden op de patiënt die je tegenover je hebt;

- “Ik ben echt wel voorstander van wat meer leefstijlveranderingen, patiënten die komen toch ook nog wel vaak naar de praktijk met de vraag; los jij het maar voor mij op. En dan komen ze over 2/3 maanden, misschien wel een jaar weer met hetzelfde probleem. En wij kunnen het dan wel weer oplossen, maar ik denk dat we dan moeten kijken naar een lange termijn oplossing en de leefstijl gaat veranderen en iemand gaat coachen naar een vitaal leven waardoor ze uiteindelijk niet meer terugkomen. Of later komen, dan kunnen ze het eerste stukje makkelijker zelf oppakken.”
- “Als je weet dat iemand een naar mijn mening gezonde leefstijl heeft dan hoeft je daar niet zo veel mee te doen vind ik.”

Daarnaast is door alle therapeuten benadrukt dat de grenzen van het vakgebied bewaakt moeten worden en er op tijd doorverwezen moet worden als de zorgvraag buiten de grenzen van de therapeut ligt. Waar is de therapeut wel bekwaam in en waarin niet, en wat doe je als therapeut als je hierin niet bekwaam genoeg bent;

- “We willen ons profileren dat we goed zijn in het bewegingsapparaat, maar we zitten ook in het psychosociaal model, dus ook daarin kunnen we mensen, vanuit gespreksvorm, dat je mensen kan helpen. Dat zijn goede punten. We kunnen ze op weg helpen om te gaan trainen.”
- “Ik denk wel dat we soms wat trots zijn als fysiotherapeut dat we alles maar moeten kunnen. En soms is het ook gewoon goed om te zeggen, ik heb hier niet genoeg expertise voor, maar ik weet wel iemand waarmee je kan samenwerken om het goed op te lossen.”
- “Ik denk dat je nieuwsgierigheid groot moet zijn om je patiënt in het juiste spoor te krijgen, en dat is eigenlijk mijn taak als therapeut.”

Wat hierin is opgevallen is dat alle therapeuten op een eigen manier grenzen bepalen, vaak aan de hand van kennis die is opgedaan op de basisopleiding of cursussen. Hierdoor ontstaat er een onderling verschil, waarin sommige therapeuten wel adviezen geven op bepaalde vlakken van leefstijl en andere therapeuten niet.

Het onderlinge verschil wat ontstaat tussen therapeuten is gebaseerd op verschillende factoren die benoemd worden in de interviews, zo vertellen 3 participanten dat het hen opvalt dat manueel therapeuten minder bezig zijn met het stukje leefstijl.

- “Ze kijken veel meer op het structurele, het functioneren van het beweeg apparaat, maar niet per se naar wat iemand daarnaast nog doet.”

Ook vertellen de participanten dat zij een shift merken in de praktijk door de leeftijd van de therapeuten. Zij verwachten dat dit komt door de gegeven informatie op de opleiding die aan het veranderen is.

- “Ik denk vooral jonge collega’s zijn daar veel meer mee bezig dan de wat oudere collega’s. Dat valt wel op.”

Over de verstrekte informatie op de opleiding hebben de therapeuten het volgende te zeggen:

- “Bij ons was dat niet zo van toepassing in die zin, wel het bio-psychosociale model was toen een hot item, de disbalans met stressfactoren was toen heel actueel, maar ten aanzien van gezonde leefstijl, dat was toen helemaal niet aan de orde.”
- “Maar je leert wel wat belangrijk is in het dagelijks leven van een persoon. Dus slaap, eten, drinken, dat het allemaal invloed heeft op de belastbaarheid. Dat weet je door de opleiding. Maar hoe je precies daar mee om moet gaan leer je niet heel goed op de opleiding.”

De participanten zien hun rol als fysiotherapeut in leefstijlinterventies als een deel in een groter geheel, maar wel een cruciale rol:

- “Ik denk dat we een belangrijke, met betrekking tot bewegen een centrale rol kunnen hebben, omdat we opgeleid worden tot expert met betrekking tot gezond bewegen. Wanneer het complexer wordt denk ik dat we daarin nog best meer kunnen leren als we dat willen, maar ik vraag me af of we dat moeten willen als fysiotherapeut omdat we dan misschien te breed worden. Vooral het eerste opvangen van het probleem en het zoeken naar juiste kanalen is denk ik het belangrijkste, en daar zie ik mijzelf ook het meeste in werken.”

Zo omschrijven meerdere participanten dat zij zichzelf vooral belangrijk vinden in het signaleren van een leefstijlprobleem omdat fysiotherapeuten laagdrempelige zorg leveren en vaak het eerste contact van patiënten zijn. Daarnaast vinden de therapeuten het van belang dat de therapeut een weloverwogen keuze maakt om een patiënt zelf te behandelen of door te sturen naar een specialist of website om zo de beste zorg voor de patiënt te leveren. De participanten denken dat leefstijlinterventies door de jongere generatie therapeuten meer wordt toegepast. Dit komt volgens hen door de verstrekte informatie op de opleiding, waar echter nog wat aanpassingen in gedaan kunnen worden om toekomstige therapeuten beter op te leiden.

Toekomst van leefstijlinterventies

De zorg en de maatschappij zijn aan het veranderen, er wordt meer ingestoken op preventie, hoe zien fysiotherapeuten de toekomst van leefstijlinterventies in de fysiotherapie? Veel therapeuten hebben geen moeite met deze veranderingen en willen wel veranderen.

- “Ik denk wel dat de toekomst voor de fysiotherapie steeds meer het coachen gaat worden, dat we daarnaartoe moeten. Dat is de weg die fysiotherapie is, ik denk dat ons domein aan het verschuiven is. Mogelijk wordt het meer een coachende rol. Dat is wel iets waar ik geen moeite mee heb, want dat doen we al.”

Om deze verandering te bewerkstelligen denken de therapeuten dat er nog wel wat dingen missen, zo worden de volgende zaken benoemd die nodig zijn om te kunnen veranderen: (hoeveel therapeuten denken dit nodig te hebben om te veranderen)

Tabel 4: Benodigdheden van therapeuten om te veranderen

Zichtbaarheid in de praktijk/patiënten informeren (2)	Behandeltijd/ tijd om te veranderen in de maatschappij (5)	Multidisciplinaire samenwerking (1)
Vragenlijsten en handvaten (4)	Kennis en kunde in de praktijk (4)	Verwachtingen van de patiënt (3)
Verplichte cursus (2)	Gespreksvoering (1)	Behoeft (2)
Taalvaardigheid (1)	Oefening (2)	Geld (1)

Wat veel naar voren is gekomen is dat therapeuten sturing missen in de vorm van vragenlijsten of handvaten waardoor zij niet goed weten hoe zij leefstijlinterventies toe kunnen passen in de praktijk;

- “Een vragenlijst, hoe hoog iemand op de verschillende domeinen scoort. Als je dan beneden een bepaalde score scoort kan je gaan kijken, moeten we hier iets mee?”

Bovendien denken de therapeuten dat het vooral tijd nodig heeft. Zowel behandeltijd die nu tekortkomt, als tijd om het vak van de fysiotherapeut te laten veranderen. Jongere therapeuten integreren het meer in de behandelingen, over een paar jaar zal dit automatisch meer toegepast worden. Daarnaast moeten de verwachtingen van de patiënten worden aangepast, ook dit heeft tijd nodig;

- “Er zijn nog genoeg collega’s, misschien niet in de directe omgeving, maar collega’s in het spectrum in Nederland die inderdaad hun trucje uitvoeren en de patiënt weer wegsturen. En als dat helpt voor hen is dat helemaal prima, maar zo verandert het gedachtepatroon van een patiënt niet, die blijft terugkomen en die zegt op een verjaardag; kijk die doet dat trucje wel dus ga maar lekker daar heen. Dan blijft het inderdaad in die cirkel, dus ik vind dat je het echt wel breder moet trekken. Tuurlijk moet je bij jezelf starten, maar er zijn ook nog genoeg die dat helemaal niet doen, die dat inzicht niet hebben.”
- “De patiënt verwacht eigenlijk nog steeds het trucje wat een fysiotherapeut kan, dat hij het oplost, dat is de makkelijke manier en het snelst verholpen. Dus een patiënt moet je van gedachten laten veranderen om in te laten zien dat het op een andere manier die iets langer duurt wel effectiever is voor op lange termijn.”

Concluderend: in de toekomst zullen fysiotherapeuten steeds meer leefstijlinterventies toepassen volgens de participanten. Dit komt door de veranderingen in de maatschappij en de zorg. Echter is er volgens de therapeuten nog wel verandering nodig bij de patiënten en kennis van de therapeuten om met deze verandering mee te kunnen bewegen.

KNGF-beroepsprofiel

Het KNGF-beroepsprofiel omschrijft wat fysiotherapeuten zouden moeten doen aan leefstijlinterventies, wat echter in de interviews opviel was dat geen van de therapeuten op de hoogte was van de inhoud van dit beroepsprofiel. De mening over de beschrijving van het KNGF verschilt, sommige therapeuten vinden het een goed of duidelijk beeld (4 van de 8 therapeuten) de andere 4 therapeuten zijn minder te spreken over de omschrijving, vinden de omschrijving te vaag of kort door de bocht.

Vooraf over de beschreven BRAVOM factoren hebben de therapeuten een mening;

- “Achterhaald, als je het nu nog steeds hebt over roken, alcohol, drugs, dat soort dingen. Dan denk ik, we zijn wel iets verder dan dat. Het zitten is nu het nieuwe roken, iedereen weet dat dat slecht voor je is.”
- “Ik vind het heel knap dat ze het kunnen centreren tot 6 factoren. Ik vind ontspanning een interessante keuze, omdat dat echt heel breed is, wat zetten we onder ontspanning. Maar ik vind het wel redelijk dekkend, de factoren.”

Een van de therapeuten vindt het leefstijlroer (een ander leefstijlmodel) meer dekkend voor in de praktijk.

Veel therapeuten vertellen dat de KNGF-omschrijving redelijk overeenkomt met de behandelingen van de therapeuten. Echter geven een aantal therapeuten aan dit vaak onbewust te doen zonder het specifieke BRAVOM-model;

- “Ik denk dat we best veel onbewust meenemen, dus ik doe het wel in de praktijk, ik denk dat mijn collega’s dat ook wel doen in de praktijk.”
- “Ik denk het wel (over het toepassen van leefstijlinterventies volgens de KNGF in de eigen behandelingen), maar misschien niet, dat je een aantal aspecten ervan pakt.”

De therapeuten zijn het unaniem met het KNGF eens dat je leefstijlinterventies naar eigen inzicht moet invullen. En deze keuze baseren op je eigen kennis en de patiënt die je tegenover je hebt zitten.

Iets wat de therapeuten van belang vinden is voorzichtigheid in het geven van adviezen, wat het KNGF wat zwart-wit neerzet. Je moet als therapeut goed oppassen in welk vakgebied je je begeeft;

- “Het is een heel gevaarlijk terrein, ik kan jou adviseren om te stoppen met roken, maar wat is daar de oorzaak van dat iemand is gaan roken?”
- “Het ligt echt aan de persoon, hoe open hij ervoor staat. Je moet je realiseren als therapeut zijnde, waarvoor komt iemand bij je? Is het een algehele gezondheidsvraag of is het een knie klacht? Wie maakt mij als therapeut om jou te gaan beoordelen op hoe jij leeft? Dat vind ik een behoorlijke stap.”

Kortom, de therapeuten zijn het groot en deels eens met de omschrijving van het KNGF, dat therapeuten naar eigen inzicht invulling moeten geven aan leefstijlinterventies. Wel vinden ze dat deze grenzen vaag zijn en lastig te bewaken. Ook vinden de therapeuten dat het BRAVOM- model, omschreven door het KNGF, wat incompleet en kortzichtig, omdat de therapeuten van mening zijn dat leefstijl meer bevat dan deze 6 componenten.

Discussie

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de meningen en opvattingen van fysiotherapeuten over leefstijlinterventies in de eerstelijns. Dit omdat er momenteel weinig bekend is in de literatuur over de ervaring en mening van fysiotherapeuten over het toepassen van leefstijlinterventies. Er is wel informatie te vinden over wat therapeuten zouden moeten doen. De vraagstelling die hieruit voort is gekomen is: *“Hoe denken eerstelijns fysiotherapeuten over hun rol binnen leefstijlinterventies?”*

De 5 thema's die uit de data-analyse zijn gekomen, komen overeen met de vooraf opgestelde topics, wat te verklaren is door het feit dat in alle interviews expliciet hierop in is gegaan door de onderzoeker. Er zijn geen nieuwe thema's bij gekomen, wel is de topic “visie op leefstijlinterventies” breder geworden dan alleen antwoorden op de vooraf opgestelde voorbeeldvragen.

Beschouwing resultaten

De eerste opvallende bevinding in het onderzoek is dat alle participanten het lastig vinden om leefstijl en leefstijlinterventies duidelijk te definiëren, er komen veel verschillende factoren naar voren die de therapeuten onder leefstijl vinden vallen. Dit zou te verklaren zijn door het feit dat er verschillende modellen bestaan met allen hun eigen leefstijlfactoren. Zoals het leefstijlroer (Het leefstijlroer, 2023), het model van positieve gezondheid (Dr. Machteld Huber, 2021) of het BRAVOM-model beschreven door het KNGF (KNGF, 2021).

Bijkomend is het interessant dat niet alle therapeuten het BRAVOM-model, omschreven door het KNGF, dekkend vinden wat betreft leefstijlcomponenten. Zo geven therapeuten aan dat mentale gezondheid, belasting, belastbaarheid en het sociale aspect missen in het BRAVOM-model. Deze mening wordt gedeeld door de onderzoeker. Leefstijl is niet te beschrijven in deze 6 factoren, zeker gezien het feit dat fysiotherapeuten vandaag de dag worden opgeleid om bio-psychosociaal te werken.

Daarbij wordt er geopperd door participanten om het leefstijlroer te gebruiken in plaats van het BRAVOM-model, dit zou meer dekkend zijn voor de bio-psychosociale insteek van fysiotherapie en leefstijlinterventies. Het leefstijlroer is veelzijdiger en geeft een completer beeld, echter zijn hier ook verschillende versies van. De onderzoeker is van mening dat het leefstijlroer met de 6 domeinen; Voeding, beweging, ontspanning, verbinding, middelen en slaap het best passend zou zijn binnen de fysiotherapie (Vereniging arts en leefstijl, sd).

Toch geven de therapeuten aan dat het BRAVOM-model wel een goede start zou zijn om leefstijlinterventies meer te implementeren in de eerstelijns fysiotherapie aan de hand van dit model, om later te verbreden en verbeteren naar een meer compleet model (zoals bijvoorbeeld het leefstijlroer).

Verder wijzen de resultaten van dit onderzoek uit dat de therapeuten verwachten dat leefstijlinterventies een steeds grotere rol gaan spelen in de behandelingen, wegens de veranderingen in de maatschappij. Dit resultaat komt overeen met het verwachtingsbeeld van het CPB (Centraal Planbureau), wat aangeeft dat preventie een belangrijk dossier is in de toekomst (Besseling, 2013).

Om aan te kunnen passen aan deze veranderingen hebben therapeuten behoefte aan goede handvaten zoals vragenlijsten of modellen, vanuit het KNGF of de opleiding, om mee te kunnen

bewegen met de zorgvraag. Deze behoefte is te verklaren aan de hand van de literatuur, er zijn nog geen betrouwbare screening tools te vinden met betrekking tot leefstijl in de wetenschappelijke literatuur. Wel is er; 'het spinnenweb voor de positieve gezondheid' een tool waarmee verschillende leefstijlfactoren in kaart worden gebracht. Echter blijken de vragen in deze vragenlijst niet gevalideerd en niet gekoppeld te zijn aan beoordelingscriteria waardoor de toepasbaarheid om de dimensies objectief in kaart te brengen beperkt is (Manshanden, 2019).

Dit onderzoek wijst uit dat de rol van fysiotherapeuten gecompliceerder is dan omschreven in de literatuur van het KNGF en de NHG. In dit onderzoek is gekeken naar de praktijk en de meningen van de therapeuten. In tegenstelling tot de beschrijving van het KNGF en de NHG waarin alleen naar de theorie is gekeken. Dit is nieuwe informatie die nog niet in literatuur beschreven is, maar kan wel bijdragen aan de kwaliteit van de zorg.

Beschouwing methode

In dit kwalitatieve onderzoek is gekozen voor het afnemen van semigestructureerde diepte-interviews. Dit geeft de vrijheid om door te vragen en tot de kern van het antwoord te komen, wat erg passend bleek gedurende het onderzoek, gezien het feit de participanten verschillend naar onderwerpen keken en er hierdoor verschillende onderwerpen aan bod zijn gekomen. Echter geeft dit wel een vermindering in de betrouwbaarheid dan gestructureerde interviews. Daarentegen is deze vorm van onderzoek het meest passend om de meningen en gedachten van de participanten in kaart te brengen (Merkus, Semigestructureerd of half-gestructureerd interview, 2021).

In dit onderzoek is het principe van saturatie nagestreefd, wat leek te zijn bereikt na het afnemen van 7 interviews. Echter is er voor validiteit gekozen om nog een interview extra te doen. De data-analyse is uitgevoerd door 1 onderzoeker wat kan hebben gezorgd voor een minder betrouwbare interpretatie van de data.

Dit onderzoek is uitgevoerd met 8 deelnemers uit verschillende praktijken in Nederland. Hierdoor is de verwachting dat de mening van de therapeuten in dit onderzoek breder gedeeld wordt, omdat er therapeuten uit verschillende praktijken en met verschillende ervaring en kennis zijn bevroegd. Om het onderzoek echter nog breder te trekken had er gekeken kunnen worden naar de 12 provincies van het land, of de verschillende hogescholen waarop de basisopleiding gegeven wordt. Echter is dit vanwege de beschikbare tijd nu niet gedaan.

Er is voor dit onderzoek contact opgenomen met 11 mogelijke participanten, hiervan zijn er twee participanten uitgesloten wegens het niet invullen van het consensus formulier. Daarnaast is er nog één participant afgezegd door de onderzoeker wegens het vroegtijdig bereiken van het principe van saturatie.

Om de methode en kwaliteit van het onderzoek te evalueren is de COREQ-checklist ingevuld (bijlage 5). Deze checklist kan onderzoekers ondersteunen bij het in kaart brengen en rapporteren van belangrijke aspecten van het onderzoek, de methode, de bevindingen en de data-analyse (Allison Tong, 2007).

Conclusie

Antwoord op de onderzoeksvraag:

In dit onderzoek is gezocht naar het antwoord op de hoofdvraag: *“Hoe denken eerstelijns fysiotherapeuten over hun rol binnen leefstijlinterventies?”* om deze vraag te beantwoorden is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd waarbij eerstelijns fysiotherapeuten zijn geïnterviewd.

Uit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat de rol van fysiotherapeuten cruciaal maar vooral signalerend is binnen leefstijlinterventies, echter zijn fysiotherapeuten geen alleskunnens en zit er ook aan deze rol een grens die goed bewaakt moet worden.

Uit de resultaten is gebleken dat veel eerstelijns fysiotherapeuten al leefstijlinterventies toepassen in de huidige behandelingen, echter geven de therapeuten aan dit nog niet altijd bewust te doen. De therapeuten geven hier allen een eigen invulling aan. Veelal haken deze interventies momenteel in op het bewegen, het motiveren tot bewegen en het informeren en adviseren over andere leefstijlcomponenten, wat volgens de participanten ook de rol is als fysiotherapeut.

Elke therapeut maakt zijn eigen keuzes om de grenzen van de rol in leefstijlinterventies goed te bewaken, op basis van literaire kennis om zo de kwaliteit van leefstijlinterventies in de behandelingen hoog te houden. Het belangrijkste is dat de therapeut zich bewust is van de eigen grenzen en de juiste afweging maakt of een zorgvraag en bijpassende interventie binnen het vakgebied en de kennis van de therapeut ligt, of dat er doorverwezen moet worden naar een andere zorgverlener.

De omschrijving van het KNGF en de toepassing van leefstijlinterventies in de eerstelijns komen redelijk overeen. Ze worden echter minder bewust toegepast dan gewenst, dit komt mede door onwetendheid van de therapeuten over de inhoud van het beroepsprofiel. Daarnaast lijkt de KNGF-omschrijving met het BRAVOM-model kort door de bocht te zijn en passen fysiotherapeuten leefstijlinterventies breder toe dan door alleen in te haken op de 6 BRAVOM- factoren.

Adviezen voor de toekomst:

Algemene adviezen:

De resultaten benadrukken de noodzaak van consensus over specifieke componenten die worden opgenomen in de definitie van leefstijl en leefstijlinterventies, vooral als fysiotherapeuten hier in de toekomst meer op willen inspelen. Dit zorgt voor meer eenheid en duidelijkheid die er nu nog niet is.

Adviezen voor therapeuten:

Wat belangrijk is voor fysiotherapeuten in de eerste lijn is; blijf bij je expertise en je vakgebied. Maar kijk breder dan alleen de klacht waarmee een patiënt komt. Een patiënt bestaat uit meer dan alleen de klacht waarmee hij/zij komt, het is een breder geheel. Bewaak hierin je eigen grenzen. De deelnemende therapeuten vinden het belangrijk dat deze grenzen gesteld worden op basis van wetenschappelijke kennis die de therapeut heeft opgedaan. Hierdoor wordt de kwaliteit van de zorg hooggehouden en worden de grenzen van het vakgebied bewaakt. Wees daarnaast niet bang om door te verwijzen als jouw kennis ophoudt. Kijk naar het bredere plaatje en zet daarbij de patiënt en het herstel van de patiënt op 1.

Adviezen voor de opleiding:

Voor de opleiding is het van belang om de informatie die in de toekomst wordt verstrekt aan te passen, aan de veranderingen in de maatschappij en de veranderingen in de zorgvraag van patiënten. Op dit moment blijft de kennis op andere gebieden dan bewegen achter, zoals kennis over voeding, roken, slaap en alcohol. Het lijkt een mooi principe om fysiotherapeuten afgebakend op te leiden, maar er wordt tegenwoordig meer verwacht door de patiënt en zorgverzekeraar. Daarnaast vinden therapeuten dat de opleiding tekort is geschoten in het informeren over het bestaan van het KNGF-beroepsprofiel. Veel therapeuten kennen dit beroepsprofiel niet en passen de behandelingen hier dan ook nog niet op aan.

Adviezen voor het KNGF:

Voor het KNGF is het van belang dat er goed wordt gekeken naar het BRAVOM- model waar nu voor gekozen is in het beroepsprofiel. Meerdere therapeuten uit het onderzoek zijn het niet eens met dit model, het zou een incompleet beeld van leefstijl geven. Vooral dingen als stress en mentale gezondheid worden hierin gemist door de therapeuten. Daarnaast denken therapeuten dat er door het KNGF winst te behalen is in het uitvoeren van leefstijlinterventies, in de fysiotherapie, door het uitbrengen van meer handvaten en vragenlijsten die in de eerstelijns fysiotherapie toegepast kunnen worden. Om zo patiënten in kaart te brengen en om op de juiste vlakken in te haken, zoals door de verzekeraar steeds meer wordt benadrukt door preventie en patient centered care.