

Artikel Praktijkgericht Onderzoek



OWE Praktijkgericht Onderzoek 2015 – 2016

Onderzoekers: **Rochelle Blommert - 497576**

Lisa Dorregeest - 507516

Rowan Haans - 493686

Opdrachtgever: **Martine Orelia en Camilo Liem, Formupgrade te Arnhem**

Docentbegeleider: **Judith Hegeman**

Datum: **07-01-2016**

Fysiotherapeutische overdracht naar de trainer bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten

R.M. Blommert , 497576^a

L.R. Dorregeest, 507516^a

R.H.F. Haans, 493686^a

Docentbegeleider: Judith Hegeman^a

Opdrachtgevers: Martine Orelia^b, Camilo Liem^b

^a Fysiotherapie, Instituut Paramedische Studies, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen

^b Instituut onderzoek: Multidisciplinaire praktijk, Formupgrade, te Arnhem

Kernwoorden: ervaringen, fysiotherapeutische overdracht, aspecifieke lage rugklachten, fysiotherapeuten, trainers, aanbevelingen

SAMENVATTING

Aanleiding en doelstelling: Vanuit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat er verschillende knelpunten kunnen zijn bij een overdracht tussen verschillende zorgverleners. Onbekend is of deze knelpunten van toepassing zijn bij een fysiotherapeutische overdracht naar een trainer binnen een multidisciplinaire eerstelijnspraktijk. In dit kwalitatieve onderzoek is onderzoek gedaan naar de ervaringen van fysiotherapeuten en trainers bij de fysiotherapeutische overdracht bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten. Uit deze inventarisatie werden aanbevelingen gegeven passend bij deze overdracht.

Design: Kwalitatief beschrijvend onderzoek met semigestructureerde individuele interviews.

Setting: Multidisciplinaire eerstelijnspraktijk.

Methode: De deelnemers zijn geworven binnen de multidisciplinaire praktijk Formupgrade te Arnhem en zijn geïnccludeerd op de inclusiecriteria. De geselecteerde deelnemersgroep werd met een informatiebrief geïnformeerd over het onderzoek, vervolgens zijn zij gevraagd een informed consent te tekenen en zijn de individuele interviews afgenomen. De interviews zijn uitgevoerd op basis van de vooraf opgestelde thema's in de interviewgide: kennis, communicatie, registratie en organisatie. De interviews zijn altijd door twee onderzoekers in de alledaagse werkomgeving van de deelnemers

afgenomen. De verzamelde data zijn getranscribeerd in Microsoft Word en gecodeerd, gecategoriseerd en gethematiseerd in Atlas.ti.

Resultaten: De individuele interviews hebben plaatsgevonden met zeven trainers en vier fysiotherapeuten. Vijf belangrijke thema's kwamen naar voren die volgens de deelnemers een rol spelen binnen de overdracht, namelijk: 1. kennis over aspecifieke lage rugklachten, 2. behandeling van patiënten met aspecifieke lage rugklachten, 3. communicatie tussen de fysiotherapeut en trainer, 4. registratie van de patiëntgegevens, 5. organisatie van de eerstelijnspraktijk. Uit dit onderzoek blijkt dat er bijscholing gewenst is over aspecifieke lage rugklachten voor de fysiotherapeuten en de trainers. Daarnaast dat er meer en duidelijker gecommuniceerd moet worden over de patiënt. Bovendien moet er duidelijker en meer patiëntinformatie doorgegeven worden. Ten slotte wordt aangeraden dat er duidelijke afspraken komen welke informatie wel of niet doorgegeven mag worden.

Conclusie: De fysiotherapeutische overdracht wordt verschillend ervaren door de deelnemers. Naar aanleiding van dit onderzoek is aanbevolen dat er op het gebied van kennis over aspecifieke lage rugklachten bijscholing gewenst is. Daarnaast is de wens dat er op een eenduidige manier behandeld, geregistreerd en geadviseerd moet worden. Ook is er aanbevolen dat er vaker en op een structurele manier gecommuniceerd moet worden. Tevens is er voorgesteld dat er meer interdisciplinaire afspraken moeten komen zodat de interne communicatie verbeterd. Nader onderzoek over het effect en de toepasbaarheid van deze aanbevelingen is gewenst. Verder zou het interessant zijn om te onderzoeken of deze ervaringen en aanbevelingen ook in andere praktijken en/of met andere ziektebeelden naar voren komen. Dit zou kunnen leiden tot verbeteringen in de fysiotherapeutische overdracht binnen multidisciplinaire praktijken.

INLEIDING

In Nederland zijn aspecifieke lage rugklachten een veel voorkomende aandoening. Aspecifieke lage rugklachten omvat rugpijn waarvoor geen aanwijsbare specifieke oorzaak te vinden is (1). Maar liefst 50-90% van de volwassenen heeft in zijn leven een periode met aspecifieke lage rugklachten. Dit komt neer op ongeveer 20% van de bevolking op jaarbasis (1). In 2011 was de incidentie van mensen met aspecifieke lage rugklachten 293.000 (2). De prevalentie op 1 januari 2011 van mensen met aspecifieke lage rugklachten was 213.000 (2). Ook binnen de fysiotherapie is het een diagnose die veel voorkomt, ongeveer 15% van de patiënten kwam bij de fysiotherapeut in de periode van 2008 tot en met 2010 in verband met aspecifieke lage rugklachten (2). Door de invoering van de directe toegankelijkheid voor de fysiotherapie ligt dit percentage op dit moment waarschijnlijk nog hoger (2).

Hoewel in veel gevallen de aspecifieke lage rugklachten vanzelf over gaan, kunnen de klachten recidiveren of kunnen er restklachten, zoals pijn, blijven bestaan waardoor de patiënt tijdens het werk of in zijn actieve leefstijl beperkt kan worden (1). Het recidiveren van de klachten kan veroorzaakt worden door een verandering in de belasting, bewegingsactiviteiten of werkdruk (1). Deze oorzaken hangen samen met belemmerende factoren zoals zware fysieke taakeisen op het werk, hoge mate van beperkingen in activiteiten en psychosociale stress die aanwezig kunnen zijn (3). De psychosociale belemmerende factoren geven bijvoorbeeld een verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische klachten (4). Om chronische klachten en recidieven te voorkomen is het van belang dat de fysiotherapeut aandacht besteedt aan bovengenoemde factoren voordat een patiënt doorverwezen wordt of de behandeling wordt afgesloten.

Wanneer het einde van het fysiotherapeutische behandeltraject van een patiënt met aspecifieke lage rugklachten nadert kan er gekeken worden of een voortzetting van de behandeling bij de trainer wenselijk is. Echter kunnen zich bij deze fysiotherapeutische overdracht naar de trainer een aantal knelpunten voordoen. Vanuit de literatuur zijn een aantal van deze mogelijke knelpunten bekend. Denk hierbij aan het ontbreken van concrete afspraken, te weinig overleg en samenwerking, onvoldoende duidelijkheid over wie welk deel van de klacht behandelt en geen eenduidigheid over adviezen (5). Dit hangt ook samen met het verschil in kennisniveau dat aanwezig kan zijn tussen verschillende zorgverleners (6). Daarnaast is er ook vaak onvoldoende informatieoverdracht tussen zorgverleners (5). Dit zijn allemaal knelpunten die zich vaak voordoen binnen een multidisciplinaire praktijk (5).

Voor zover bekend is er niet eerder onderzoek gedaan of deze knelpunten bij een fysiotherapeutische overdracht naar een trainer binnen een multidisciplinaire eerstelijns praktijk aan de orde zijn. De vraagstelling die hieruit voortvloeit luidt als volgt: Hoe ervaren fysiotherapeuten en trainers

de huidige fysiotherapeutische overdracht naar de trainer bij patiënten met specifieke lage rugklachten binnen een multidisciplinaire eerstelijnspraktijk?

Het doel van dit onderzoek is om aanbevelingen te geven passend bij de interdisciplinaire overdracht tussen fysiotherapeut en trainer. Hiervoor wordt er een inventarisatie gemaakt van de ervaringen van de fysiotherapeuten en de trainers over de huidige fysiotherapeutische overdracht naar de trainer bij patiënten met specifieke lage rugklachten in een multidisciplinaire eerstelijnspraktijk.

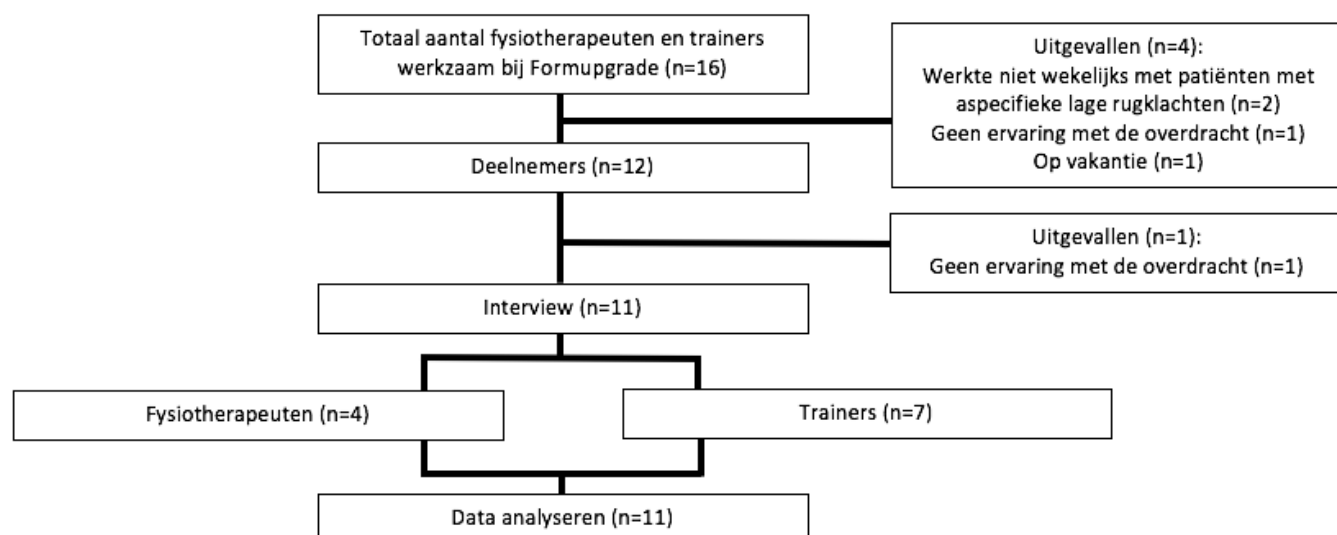
METHODE

Design

Dit onderzoek betrof een kwalitatief beschrijvend onderzoek waarin door middel van semigestructureerde individuele interviews data is verzameld (7-9).

Deelnemers

Deelnemers zijn geworven binnen de multidisciplinaire eerstelijnspraktijk Formupgrade te Arnhem. Inclusiecriteria waren beheersing van de Nederlandse taal, minimaal zes maanden werkzaam zijn bij Formupgrade en wekelijks werken met patiënten met specifieke lage rugklachten. Fysiotherapeuten moesten BIG geregistreerd zijn en de hbo-bachelor opleiding Fysiotherapie in Nederland hebben afgerond. Alle verschillende specialisaties waren toegestaan. Trainers moesten een hbo-opleiding Sport- en Bewegingseducatie of de AALO fitnessacademie in Nederland hebben afgerond. In totaal zijn elf deelnemers ($n=11$) geïncludeerd in het onderzoek, vier fysiotherapeuten ($n=4$) en zeven trainers ($n=7$). De flowchart van de deelnemers van dit onderzoek is schematisch weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: Flowchart van de deelnemers van dit onderzoek.

Procedure

De semigestructureerde individuele interviews zijn op basis van de interviewgide uitgevoerd (zie bijlage 1). In de interviewgide is gebruik gemaakt van verschillende manieren van doorvragen (10). De themavraag is telkens als eerste uitgevraagd, vervolgens werd hierop doorgevraagd. Tijdens de interviews is er ingegaan op de vooraf opgestelde thema's: communicatie, kennis, organisatie en registratie (5,6). De volgorde waarin de thema's aan bod kwamen in het interview stond vooraf niet vast, zodat op ieder gewenst moment de onderwerpen naar voren konden komen en om de interviews zo vrij mogelijk te laten verlopen.

De interviews zijn in de alledaagse werkomgeving van de deelnemers afgenomen (11), dit waren de twee locaties van Formupgrade in Arnhem. De interviews vonden plaats in een afgesloten ruimte. Iedere deelnemer is vooraf gevraagd de informatiebrief door te lezen die zij in hun postvak hadden gekregen. Daarnaast is hen gevraagd een informed consent in te vullen. Hierna is de deelnemer eenmalig maximaal één klokuur geïnterviewd.

Het interview is altijd door twee onderzoekers uitgevoerd. Eén onderzoeker nam het interview af, de andere onderzoeker zorgde ervoor dat het interview werd opgenomen met een dictafoon en stelde waar nodig aanvullende vragen. Tijdens de interviews is er ingegaan op de meest recente situatie van de overdracht om zo recall bias te minimaliseren (11).

Verwerking van gegevens

De verzamelde gegevens uit de interviews van dit onderzoek vallen onder minder gestructureerde data (8,12). Na het afnemen van de interviews zijn de data getranscribeerd in Microsoft Word. Vervolgens zijn de transcripten nagekeken door één van de andere onderzoekers. Alle persoonlijke gegevens uit de interviews zijn geanonimiseerd.

Hierna zijn de eerste twee interviews door alle onderzoekers gezamenlijk gecodeerd in Atlas.ti. Dit om consensus te bereiken over de manier van coderen, de benaming van de codes en wat wel of niet gecodeerd moest worden. Na het bereiken van de consensus zijn de overige negen interviews individueel gecodeerd. Het categoriseren en thematiseren wat hierop volgde is wederom gezamenlijk gedaan door alle onderzoekers (8,9). Waarna is bekeken of de gevonden thema's overeenstemden met de vooraf opgestelde thema's of dat er nieuwe thema's aan het licht kwamen. De analyse vond plaats volgens een framework analysis, waarbij de data zowel deductief als inductief zijn geanalyseerd (9).

RESULTATEN

Bij aanvang van het onderzoek was de intentie om twaalf deelnemers te interviewen. Voorafgaand aan een interview bleek dat één deelnemer niet aan de inclusiecriteria voldeed. Uiteindelijk zijn zeven trainers en vier fysiotherapeuten geïnterviewd. De deelnemersgroep bestond uit zeven mannen en vier vrouwen, de werkervaring varieerde tussen de 0.8 en 8 jaar binnen Formupgrade. De deelnemers werkten gemiddeld 26,7 uur per week. De werktijd varieerde van 5 uur tot 36 uur per week. In tabel 1 worden alle karakteristieken van de onderzoeksgroep weergegeven (13). Alle interviews zijn afgenomen in een rustige ruimte en duurden tussen de 21 en 45 minuten.

Karakteristieken onderzoeksgroep (n=11)			
	N (%)	Gemiddeld (SD)	Spreiding
Geslacht			
Man	7 (63,6%)		
Vrouw	4 (36,4%)		
Leeftijd in jaren		26,2 (±4.7)	20-35
Werkervaring in jaren		2,9 (±3.1)	0,8-10
Werkzaam bij Formupgrade in jaren		2,3 (±2.1)	0,8-8
Werkweek in uren		26,9 (±9.1)	5-36
Patiënten met aspecifieke lage rugklachten volgens de onderzoeksgroep in procenten		15 (±12.3)	5-50

Tabel 1: Karakteristieken van de onderzoeksgroep.

De fysiotherapeutische overdracht van de fysiotherapeut naar de trainer bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten wordt heel verschillend ervaren, variërend van 'goed' tot 'kan sterk verbeterd worden'. Vijf belangrijke thema's kwamen naar voren die een rol spelen binnen deze overdracht, namelijk: 1. kennis over aspecifieke lage rugklachten, 2. behandeling van patiënten met aspecifieke lage rugklachten, 3. communicatie tussen de fysiotherapeut en trainer, 4. registratie van de patiëntgegevens, 5. organisatie van de eerstelijnspraktijk. Een overzicht van de thema's en de bijbehorende categorieën is terug te vinden in bijlage 2. De uitgebreide aanbevelingen passend bij de overdracht zijn terug te vinden in bijlage 3.

Kennis over aspecifieke lage rugklachten

Er bestaat een onderling verschil in de kennis over aspecifieke lage rugklachten tussen de fysiotherapeuten en de trainers van Formupgrade. De deelnemers hebben op verschillende manieren hun kennis over aspecifieke lage rugklachten opgedaan. Onder andere via hun opleiding, via collega's op het werk of in hun stageperiode. Toch wordt er door zowel de fysiotherapeuten als de trainers aangegeven dat met name verdiepende achtergrondinformatie mist, zoals de gedachtegang achter een oefening.

“Ja zij hebben natuurlijk hun kennis maar ze hebben verder geen achtergrondkennis van wat betreft klachtenbeelden of dat soort dingen.”

“...ik weet de oefeningen maar echt de achtergrond, de theoretische achtergrond niet.”

Een reden die hiervoor benoemd wordt is dat de opleiding van de trainers wat betreft specifieke lage rugklachten gebrekkig is of van onvoldoende niveau.

“Ik vind het persoonlijk kwalijk dat mijn eigen opleiding, die ik heb gevolgd. Dus SBE, sport en bewegingseducatie, die informatie niet in hun curriculum verwerkt. Dat vind ik zonde.”

Een aanbeveling van de deelnemers was dat er bijscholing moet komen voor de fysiotherapeuten en de trainers. Op die manier zouden ideeën en kennis uitgewisseld kunnen worden tussen beide disciplines. Deze kennisverspreiding binnen de praktijk zorgt ervoor dat ieders kwaliteiten en specialisaties benut worden.

“Ik denk dat, als je inderdaad workshops, dat dat gewoon het niveau wat omhoog kan halen ook voor beiden, dus niet zozeer alleen voor de fysiotherapeuten of alleen voor de trainers maar voor beiden.”

Behandeling van patiënten met specifieke lage rugklachten

De onderzoeksgroep behandelt patiënten met specifieke lage rugklachten op veel verschillende manieren. De fysiotherapeuten richten zich meer op de specifieke klachten van de patiënt en proberen deze te verhelpen of te verminderen. Bijvoorbeeld door middel van oefentherapie, functioneel trainen en mobilisaties. De trainers richten zich tijdens de behandeling voornamelijk op het verbeteren of behouden van de kracht en conditie van de patiënt, door middel van core stability-, cardio- en krachttraining.

Naast het verschil in behandelen is er ook een verschil hoe de belastbaarheid van de patiënt wordt ingeschat. De patiënt wordt doorgaans ingedeeld in het kleurensysteem dat wordt gehanteerd binnen Formupgrade, dit gebeurt echter niet altijd. Sommige deelnemers kiezen ervoor om de belasting

vanaf laag op te bouwen tot de grens van wat een patiënt aankan. Andere deelnemers kiezen ervoor de patiënt te vragen wat ze wel of niet aankunnen qua oefeningen.

“...ik begin vaak als ik iemand voor het eerst zie, wat lager niveau. Nou gaat dat goed dan bouwen we het gewoon op, totdat ze het moment bereikt hebt dat je op de grens zit of net de onder natuurlijk en ja of het nou helemaal overeenkomt van wat fysio ervan vindt ja dat weet ik niet.”

Als aanbeveling kwam naar voren dat er meer uniformiteit moet komen in zowel het inschatten van de belastbaarheid als de behandeling en de oefeningen die daarbij gebruikt worden. Dit kan door een vast trainingsprogramma of een protocol met oefeningen en aandachtspunten op te stellen voor de behandeling van patiënten met specifieke lage rugklachten. Dit zou duidelijkheid creëren onder de deelnemers wat er van ze verwacht wordt en hoe ze dit moeten doen.

“Mooiste is natuurlijk wel dat je daar uniformiteit in krijgt, maar dat is net als met oefeningen, ik doe andere oefeningen waarschijnlijk als dat collega's doen.”

“...dat is wel fijn als er dan ook, dat er dan wel een soort protocol is dat ze al weten van daar moet ik opletten, dat zijn de richtlijnen, hoe kan ik nou het beste iemand met lage rugklachten trainen.”

Daarnaast wordt aanbevolen dat er meer functionele stabiliserende oefeningen gebruikt moeten worden, om zo meer de gehele keten te betrekken in de behandeling.

“Ja wat mij betreft ja kijk ik ben veel meer van het functionele oefeningen gewoon qua stabiliserende oefeningen ook... waarom zou je een horizontal row doen als je gewoon iemand mooi een barbell row kan laten doen. Kijk dat vind ik mooier want daar pak je veel meer stabilisatie momenten bij, pakt veel meer keten, anders is het allemaal zo geïsoleerd... Maar ja het mooiste zou zijn als iedereen op die manier zou werken.”

Communicatie tussen de fysiotherapeut en trainer

Binnen Formupgrade wordt er op verschillende manieren gecommuniceerd, zoals mondeling, via e-mail, Whatsapp, agenda, notulen van de vergaderingen, het organogram of via de patiënt. Echter een eenduidige manier van communiceren is er niet. Daarnaast gebeurt het dat de trainer tijdens de overdracht missende achtergrondinformatie moet opvragen bij de fysiotherapeut.

“...ik wil wel weten wat er al gedaan is en wat de afspraken zijn en waar ik specifiek op moet letten. Een patiënt weet vaak zelf wel wat er gedaan is, maar een ja een therapeut heeft toch een andere kijk. Dus daar wil ik graag ook wel even mijn info halen.”

Daarbij is er weinig tijd voor de communicatie tussen fysiotherapeut en trainer, beiden hebben een drukke agenda en het gebeurt dat de fysiotherapeut en trainer langs elkaar heen werken. Dit resulteert in weinig contact tussen beiden, weinig terugkoppeling naar de fysiotherapeut doordat dit vergeten wordt door tijdsdruk, of de overdracht komt niet over zoals bedoeld.

“Er is ook niet altijd tijd voor, of de therapeut is er op die dag niet aanwezig en dan moet ik dat onthouden...”

Bovendien gaven de deelnemers aan dat er weinig gecommuniceerd wordt tussen trainer en fysiotherapeut wanneer een patiënt wordt teruggestuurd naar de fysiotherapeut. Deze terugverwijzing gaat meestal via de patiënt, de patiënt neemt zelf contact op met de fysiotherapeut waardoor er geen informatie teruggekoppeld wordt door de trainer.

“Dan ik geef ik ook wel aan van ga dan even terug naar de fysio om zeker te zijn wat er dan speelt.”

Er wordt wel teruggekoppeld van trainer naar de fysiotherapeut wanneer de klachten na lange tijd niet verbeteren of juist verergeren bij de patiënt. Echter het terugkoppelen in het algemeen gebeurt volgens de deelnemers nog te weinig en een aanbeveling is dan ook dat het in de praktijk meer naar voren mag komen of dat het eventueel verplicht gesteld moet worden.

“...dus ik geef ze altijd wel de mogelijkheid om als ze vragen hebben of als ze iets willen weten over bepaalde oefeningen dat ze gewoon een afspraak in mijn agenda kunnen maken en dan kunnen we daar eens voor zitten. Maar goed dat gebeurt niet. Misschien is dat de vrijblijvendheid vanuit hun kant en dat wij ze daar te vrij in laten dat we ze gewoon moeten verplichten...”

Een andere aanbeveling is dat er meer gecommuniceerd wordt over informatie over de patiënt tijdens de fysiotherapeutische overdracht van de fysiotherapeut naar de trainer. Zodat de trainer onder andere de status van de patiënt weet, welke bijzonderheden er zijn en wat er getraind kan worden.

“Zoals ik al zei denk ik echt dat het ligt aan de communicatie. Wat daarin beter kan is gewoon wat vaker communiceren.”

Tenslotte is binnen dit thema aanbevolen om een structureel interdisciplinair overleg op te nemen in de agenda om de interne communicatie over patiënten in de overdracht te verbeteren.

“Ik denk vooral de interne communicatie, ze werken nu natuurlijk wel met die vergaderingen en notulen maar dat werkt ook niet altijd even goed.... De interne communicatie kan in ieder geval volgens mij beter.”

Registratie van de patiëntgegevens

Bij de fysiotherapeutische overdracht naar de trainer worden gegevens van de patiënt op twee manieren geregistreerd. Allereerst via de agenda van de trainers, hieraan kan een notitie met informatie worden toegevoegd. Daarnaast worden patiëntgegevens geregistreerd in een papieren mapje bij patiënten die begeleid sporten. Een gezamenlijk dossier voor zowel de fysiotherapeuten als de trainers is er niet.

De geregistreeerde informatie in de agenda verdwijnt bij het opnieuw inplannen van een patiënt of als de patiënt bij een andere trainer wordt ingepland. De notitie in deze agenda is vaak simpel en mist achtergrondinformatie over de patiënt. Een vaste richtlijn hoe de gegevens geregistreerd moeten worden en waar deze uit moeten bestaan is er niet. De informatie uit de agenda is voor de trainers dan ook vaak te weinig.

“...de eerste keer dat ze dan bij diegene komen dan staat er een notitie bij maar stel ze worden de volgende keer bij iemand anders ingepland dan staat er geen notitie meer bij dus dan weten ze niet wat er getraind moet worden.”

“...ja dat is verschillend, die informatie die ik dan krijg ... wat meer informatie, wat kan ik wel doen wat kan ik niet doen, en dat is voor mij wel, dat vind ik zelf wel fijn om te weten.”

De deelnemers gaven aan dat het papieren mapje van patiënten met begeleid sporten ideaal is om gelijk wat in te zetten en dat er voldoende informatie in staat. Echter bleek dat de trainer het mapje vaak niet bekijkt of dat de patiënt vergeet het mapje mee te nemen.

“...met dat begeleid sporten hebben we dat boekje wel die overdracht wel wordt ook vaak door de trainer niet ingekeken dus dan moet het wel van twee kanten komen.”

“We hebben ook mensen met begeleid sporten hebben een mapje daar zetten we ook wel gewoon heel specifieke dingen, maar dan moet de patiënt dat mapje meenemen en dat gebeurt dus ook nog wel is dat dat niet gebeurt dus dan ziet de klant, de patiënt ziet het dus niet of tenminste de trainer ziet dan niet wat, wat wij opgeschreven hebben.”

Over de inhoud van de gegevens die geregistreerd worden, gaven de deelnemers aan dat de informatie naar de trainers over het algemeen te kort is en dat het verschilt per fysiotherapeut wat er wordt doorgegeven.

“...voor personal trainer weet ik niet of dat het voldoende informatie is. Ik denk eigenlijk van niet want ik doe altijd heel kort even een stukje snel tussendoor. Ik denk eigenlijk dat het te weinig is informatie is voor ze.”

“...dat is verschillend, over het algemeen is het te kort. Voor mij in ieder geval.”

Als aanbeveling hebben de deelnemers dat de verslaglegging digitaal moet plaatsvinden, want papier kan kwijtraken. Dit zou volgens de deelnemers inzicht geven in de voortgang van de behandeling. Daarbij zou er via dit systeem terug gecommuniceerd kunnen worden naar de fysiotherapeuten.

“Ik denk dat het heel erg nuttig zou zijn als er als er iets op de harde schijf staat bij ons. Daar kan iedereen bij...”

“Ik denk dat het digitaal moet. Want dan kan iemand er gelijk wat inzetten en wij kunnen dat dan teruglezen dus dat er een één of ander systeem zou zijn waarbij zij na een training dingetjes op kunnen schrijven en dat wij dan inderdaad soort kunnen lezen van dat gaat goed of dat gaat niet goed. En dan gaat het niet goed dan kunnen wij ze ook gelijk eruit pikken en zeggen van we willen toch ff weer een op een met de fysiotherapeut kijken.”

“Papier sowieso niet, want dat kan zomaar kwijtraken.”

Idealiter zou er een digitaal registratiesysteem zijn op de harde schijf die vanaf iedere werkplek toegankelijk is voor zowel de fysiotherapeut als de trainer. Daarbij moet volgens de deelnemers de notitie, die de fysiotherapeuten in de agenda zetten, worden uitgebreid en moet er een eenduidige manier van noteren komen. Indien het papieren mapje behouden blijft moet de patiënt meer gewezen worden op het feit dat hij het mapje moet meenemen.

“...gewoon wat meer informatie wat wel en wat niet mag en waar je mee op moet passen of wat liever helemaal niet.”

“Nee, ik denk niet dat dat op dezelfde manier genoteerd word maar ik denk dat het goed is dat wel te doen en als er genoteerd gaat worden.”

Organisatie van de eerstelijnspraktijk

Binnen de overdracht liggen een aantal aspecten vast binnen organisatorische afspraken en hoe de organisatie is vormgegeven. Zo is er een wekelijkse vergadering met de bedrijfsleider en teamleiders. Daarnaast is het de bedoeling dat er een jaarlijkse vergadering is waarbij alle werknemers aanwezig zijn, dit lukt echter niet altijd.

“Nee, eens in het jaar geloof ik dat is het streven maar dat lukt ook vaak niet dat we dan met zijn allen, met het hele bedrijf bij elkaar te pakken.”

De deelnemers gaven aan dat interdisciplinaire afspraken rondom de fysiotherapeutische overdracht van de fysiotherapeuten en de trainers bij Formupgrade niet aanwezig zijn, of dat deze onbekend zijn. Wel gaven sommige deelnemers aan dat er door de organisatie afspraken zijn opgesteld over wat genoteerd en gecommuniceerd moet worden.

“Weet ik niet, heb eigenlijk nooit over afspraken gehoord.”

“...het is ieder geval gewoon de bedoeling dat als iemand voor het eerst wordt ingepland bij iemand dat dan daar even een klein stukje over komt te staan. Maar dat gebeurt gewoon niet altijd. Maar dat zou wel moeten.”

Echter is voor zowel de fysiotherapeuten als de trainers onduidelijk wat wettelijk gezien wel en niet doorgegeven mag worden aan patiëntgegevens in de overdracht. Dit omdat de fysiotherapeuten geheimhoudingsplicht hebben en de trainers hebben dit niet.

“Nee. Ik kan wel gewoon alle gegevens inzien qua persoonlijke gegevens, dat zit ook in ons systeem. Dus ja, volgens mij is het niks dat niet doorgespeeld mag worden. Tenminste daar heb ik nooit over gehoord.”

Daarbij zijn er in de organisatie geen afspraken over hoe er geadviseerd moet worden naar de patiënt met specifieke lage rugklachten. Dit zorgde ervoor dat de adviezen die gegeven worden verschillen van elkaar. Sommige deelnemers gaven aan dat de adviezen erg van elkaar verschillen, andere deelnemers benoemden dat de adviezen in basis waarschijnlijk wel hetzelfde zijn.

“Oh geen flauw idee, dat weet ik niet. We hebben dat niet besproken met andere fysio's van doe dit en dit.”

“...we weten de basis van wat moet je wel en wat moet je niet doen en wat is belangrijk. Volgens mij is dat voor iedereen wel hetzelfde.”

Een aanbeveling rondom dit thema volgens de deelnemers is dat er door de organisatie gezorgd moet worden dat er meer interdisciplinaire afspraken komen. Daarnaast wordt aangeraden dat er structureel bijscholing komt.

“Ja sowieso natuurlijk het begin van het jaar. En ja maandelijks misschien kun je met thema’s gaan werken of wat dan ook. Dat je er elke maand weer bepaalde klacht behandelt.”

Daarbij is een aanbeveling van de deelnemers dat er een gezamenlijke vergadering komt met fysiotherapeuten en trainers, dit ter verbetering van de interne communicatie in de organisatie.

“Misschien door middel van een vergadering of, dat je even met mekaar over hebt, want andere momenten zijn er toch niet.”

DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek was om aanbevelingen te geven passend bij de ervaringen van fysiotherapeuten en trainers over de huidige fysiotherapeutische overdracht naar trainer bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten in een multidisciplinaire eerstelijnspraktijk. De deelnemers gaven in de interviews hun ervaringen over de huidige overdracht, daarbij zijn er passende aanbevelingen opgesteld bij de thema’s die waren opgenomen in de interviewguide.

Kennis over aspecifieke lage rugklachten

Volgens de deelnemers is er momenteel nog een groot verschil qua kennis over aspecifieke lage rugklachten onder zowel de fysiotherapeuten als de trainers. Echter is door beide disciplines vermeld dat de kennis wel aanwezig is binnen de praktijk maar dat deze nog onderling gedeeld moet worden. Vanuit de literatuur is bekend dat pas effectief interdisciplinair samengewerkt kan worden als kennis onder de verschillende disciplines gelijk is (6). Daarnaast blijkt dat het van belang is niet alleen elkaars expertise en kennis beter te (er)kennen maar ook technieken en kennis samen te voegen en dus de globale deskundigheid te vergroten (14). De deelnemers van het huidige onderzoek gaven hierbij aan dat de onderlinge kennis door middel van bijscholing met elkaar gedeeld moet worden. In de literatuur wordt het delen van onderlinge kennis binnen een interdisciplinair team ook genoemd als één van de vereiste karakteristieken voor een goede samenwerking binnen een team (15).

Behandeling van patiënten met aspecifieke lage rugklachten

Uit de analyse kwam naar voren dat er verschillend wordt behandeld bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten en dat de belastbaarheid op veel verschillende manieren wordt ingeschat. De deelnemers gaven aan dat er hierdoor geen eenduidige manier van behandelen is waardoor de behandelingen van de fysiotherapeuten en de trainers niet op elkaar aansluiten. Een aanbeveling van de deelnemers was dat er meer uniformiteit moet komen binnen de eerstelijnspraktijk. De literatuur ondersteunt deze aanbeveling, hieruit blijkt dat er binnen een interdisciplinaire samenwerking gestreefd moet worden naar een gezamenlijk doel en een gezamenlijk proces van beslissen (16). Op deze manier zijn de behandelingen van de fysiotherapeuten en de trainers meer op één lijn en sluiten ze beter op elkaar aan. Dit kan door een vast trainingsprogramma of protocol. Daarnaast moet volgens de deelnemers ook de belastbaarheid op een eenduidige manier worden vastgesteld zodat de trainers weten hoe belastbaar een patiënt is als zij deze krijgen doorverwezen vanuit de fysiotherapie.

Communicatie tussen de fysiotherapeut en trainer

Er wordt op veel verschillende manieren gecommuniceerd, maar er is geen eenduidige manier om dit te doen. Tevens gaven beide disciplines aan dat er niet alleen weinig tijd is om te communiceren, maar ook dat er tussen de disciplines überhaupt weinig wordt gecommuniceerd tijdens de overdracht. Verder bleek uit de resultaten dat er af en toe patiëntinformatie wordt teruggekoppeld van de trainer naar de fysiotherapeut. Dit gebeurt alleen wanneer de klachten niet verminderen bij de patiënt of als deze juist erger worden. Passend zijn dan ook de aanbevelingen die de deelnemers hierbij gaven, namelijk dat er meer en op een eenduidige manier gecommuniceerd moet worden. Volgens de literatuur kan er meer gecommuniceerd worden door het creëren van momenten waarbij er interactie is met de andere zorgverleners (17). Goede communicatie tussen verschillende beroepsbeoefenaars is namelijk van belang om continuïteit van de zorg te waarborgen (18). Daarbij wordt er gesproken van het belang van betere en effectievere communicatie, zodat men tegenover elkaar verantwoording aflegt en bewuster omgaat met zaken (14). De deelnemers gaven daarnaast aan dat voor de terugkoppeling een vast moment ingepland moet worden in de agenda, zodat dit vaker en structureler gebeurt en niet alleen wanneer de klachten van de patiënt niet overgaan of verergeren.

Registratie van de patiëntgegevens

Uit dit onderzoek bleek dat de gegevens van de patiënt op veel verschillende manieren geregistreerd worden. Er is aangegeven dat wanneer er genoteerd wordt in een papieren mapje, het direct tijdens het behandelen gedaan kan worden. Echter gaven deelnemers aan dat het mapje toch wel snel kwijtraakt. Daarnaast wordt er tijdens de overdracht te weinig informatie doorgegeven en verschilt dit ook erg per fysiotherapeut. Onvoldoende informatieoverdracht over een patiënt tussen zorgverleners is een bekend knelpunt bij de overdracht (5). Opvallend was dan ook dat het merendeel van de deelnemers aangaf dat er een eenduidige manier van verslaglegging moet komen en dat er het liefst met een digitaal systeem gewerkt wordt, waar ze op elke werkplek in kunnen loggen. In dit systeem kan de informatie uitgebreider toegevoegd worden voor de trainer zodat hij een goed beeld heeft welke patiënt hij moet gaan behandelen en wat de bijzonderheden daarbij zijn.

Organisatie van de eerstelijnspraktijk

Er bleken nu geen of onbekende interdisciplinaire afspraken te zijn over hoe de fysiotherapeutische overdracht geregeld moet worden. Opmerkelijk was de onduidelijkheid over welke informatie overgedragen moet worden aan de andere discipline (fysiotherapeut of trainer) tijdens de overdracht. Dit is ook een bekend knelpunt uit de literatuur (5). Daarnaast was onder de deelnemers niet bekend welke patiëntgegevens onderling doorgegeven mogen worden.

Volgens de deelnemers verschillen de adviezen die gegeven worden aan de patiënt omdat hier geen eenduidige afspraken over gemaakt zijn. De deelnemers gaven aan dat ze interdisciplinaire afspraken willen maken, zodat de interne communicatie verbeterd kan worden. Volgens de literatuur begint samenwerking bij het opstellen van richtlijnen of protocollen (14). Daarnaast is van belang dat de verschillende disciplines volgens een specifieke methode samenwerken (19). Door het maken van afspraken wordt voor de deelnemers duidelijk welke patiëntinformatie wel of niet mag worden doorgegeven en op welke manier er eenduidig kan worden geadviseerd.

Sterke en zwakke punten

Een positief aspect van dit onderzoek was dat de bias op verschillende manieren is gereduceerd (20). Om interviewer bias te verminderen is tijdens het afnemen van de interviews gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde interviewgide (bijlage 1) (20). Dankzij het gebruik van deze interviewgide is alle gewenste informatie verkregen en waren de verschillen tussen de vragen van de onderzoekers aanzienlijk verminderd waardoor de interviews eenduidig waren. Ook was de persoonlijke interpretatie

verminderd doordat er bij alle interviews steeds twee onderzoekers aanwezig waren. Daarnaast zijn de interviews altijd getranscribeerd door een andere onderzoeker dan de onderzoeker die het interview had afgenomen. Vervolgens zijn alle transcripten onderling gecontroleerd om eventuele fouten uit het transcript te halen. Tijdens de interviews is er ingegaan op de meest recente situatie van de overdracht om zo recall bias te minimaliseren (11). Van citation bias is bekend dat het moeilijk te voorkomen is (20). Om het te verminderen hebben de onderzoekers onafhankelijk van elkaar de belangrijke kernpunten uit de interviews gehaald en geanalyseerd.

Een ander sterk punt van dit onderzoek was dat de onderzoeksopzet helder en volledig was. Dit bleek ook tijdens de analyse van de interviews omdat er vanuit de deelnemers geen nieuwe thema's naar voren zijn gekomen. Wel hebben alle thema's genuanceerdere namen gekregen, afhankelijk van hetgeen in de interviews naar voren was gekomen. Daarbij is ervoor gekozen om het thema kennis op te splitsen in de twee thema's; "kennis over specifieke lage rugklachten" en "behandeling van patiënten met specifieke lage rugklachten". Bij de analyse bleek dat in het thema kennis zoveel nieuwe informatie zat over de behandeling en de keuze voor de behandeling, dat dit een apart thema moest worden.

Een minder sterk punt uit dit onderzoek was dat het werven en informeren van deelnemers in handen was van de opdrachtgever, waardoor er geen zicht was of de deelnemers daadwerkelijk aan de inclusiecriteria voldeden en of ze de informatie hadden ontvangen. Daarnaast was de saturatie van de codes binnen dit onderzoek niet volledig bereikt. De beperkte tijdsduur van het onderzoek zorgde ervoor dat het niet op een grotere schaal en met meer interviews kon plaatsvinden.

CONCLUSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat de fysiotherapeutische overdracht van fysiotherapeut naar trainer door de fysiotherapeuten en trainers van een multidisciplinaire eerstelijnspraktijk in Arnhem verschillend wordt ervaren. Vanuit de deelnemers zijn er verschillende aanbevelingen naar voren gekomen over hoe de fysiotherapeutische overdracht verbeterd kan worden. Een aanbeveling uit dit onderzoek is dat op het gebied van kennis over specifieke lage rugklachten bijscholing gewenst is. Daarnaast is er naar voren gekomen dat er op een eenduidige manier behandeld, geregistreerd en geadviseerd moet worden. Tevens zou er vaker op een structurele manier gecommuniceerd moeten worden. Tenslotte is er voorgesteld dat er meer interdisciplinaire afspraken moeten komen zodat de interne communicatie verbeterd wordt.

Nader onderzoek wordt geadviseerd om te kijken of de aanbevelingen toepasbaar zijn en de gewenste resultaten leveren binnen Formupgrade. Een vast trainingsprogramma of een protocol met

oefeningen en aandachtspunten voor de behandeling van patiënten met aspecifieke lage rugklachten kan worden opgesteld en er wordt aangeraden te onderzoeken of deze werkt. Daarnaast is het interessant om te achterhalen of de uitkomsten van het huidige onderzoek generaliseerbaar zijn naar andere delen van het werkveld, dus binnen andere praktijken en bij andere ziektebeelden. Dit zou kunnen leiden tot verbeteringen in de fysiotherapeutische overdracht binnen multidisciplinaire praktijken.

DANKWOORD

Onze dank aan allen die ons in dit proces hebben begeleid of ondersteund. Speciaal willen we de opdrachtgevers en de docentbegeleider vanuit de HAN bedanken. Als laatst danken we alle trainers en fysiotherapeuten van Formupgrade die afgelopen periode hebben meegewerkt aan het onderzoek.

REFERENTIELIJST

- (1) Staal J, Hendriks E, Heijmans M, Kiers H, Lutgers-Boomsma A, Rutten G, et al. KNGF-richtlijn lage rugpijn. Amersfoort: De Gans; 2013.
- (2) Koes B, Van Tulder M, Poos M [Internet]. Bildhoven: RIVM; 2014 [updated 2014 Jun 23; cited 2015 Sep 28]. Available from: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/nek-en-rugklachten/omvang/>
- (3) Staal J, Hendriks E, Heijmans M, Kiers H, Lutgers-Boomsma A, Rutten G, et al. KNGF-richtlijn Lage rugpijn Verantwoording en toelichting. Amersfoort: De Gans; 2013.
- (4) Waddell G. The back pain revolution. 2nd ed. London: Elsevier Health Sciences; 2004.
- (5) Van Tulder M, Custers J, De Bie R. Keten Zorgrichtlijn: Aspecifieke Lage Rugklachten. Utrecht: CBO; 2010.
- (6) Kvarnström S. Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. Journal of interprofessional care 2008; 22(2):191-203.
- (7) Baarda B. Dit is onderzoek: handleiding voor het kwantitatief en kwalitatief onderzoek. 2nd ed. Groningen: Noordhoff Uitgevers; 2014.
- (8) Saunders M, Lewis P, Thornhill A, Booij M, Verckens JP. Methoden en technieken van onderzoek. 5th ed. Amsterdam: Pearson Education Benelux; 2011.
- (9) Baarda B, Bakker E, Fischer T, Julsing M, Peters V, Van Der Velden T, et al. Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. 3th ed. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers; 2013.
- (10) Kvale S, Brinkmann S. Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing. 2nd ed. Los Angeles: Sage; 2009.
- (11) Bakker EC, Van Buuren J. Onderzoek in de gezondheidszorg. Groningen: Noordhoff Uitgevers; 2009.
- (12) Van der Donk C, Van Lanen B. Praktijkonderzoek in zorg en welzijn. 2nd ed. Bussem: Coutinho; 2015.
- (13) Baarda B, Bakker E, Van Der Hulst M, Julsing M, Fischer T, Van Vianen R, et al. Basisboek methoden en technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis. 5th ed. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers; 2012.
- (14) Van Royen P. Interprofessionele samenwerking, transmurale en interdisciplinaire zorg. Bijblijven [Internet]. 2009 Mar [cited 2015 Nov 26]; 25(3):31-36. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03087636>
- (15) Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. Human Resources for Health [Internet]. 2013 May [cited 2015 Dec 3]; 11(19):1-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662612/>

(16) D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. Journal of interprofessional care [Internet]. 2005 [cited 2015 Dec 18]; 19(S1):116-131. Available from Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+conceptual+basis+for+interprofessional+collaboration%3A+Core+concepts+and+theoretical+frameworks>

(17) Perreault K, Dionne CE, Rossignol M, Morin D. Interprofessional practices of physiotherapists working with adults with low back pain in Québec's private sector: results of a qualitative study. BMC Musculoskeletal Disorders [Internet]. 2014 [2015-11-19]; 15(160):1-10. Available from Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Interprofessional+practices+of+physiotherapists+working+with+adults+with+low+back+pain+in+Qu%C3%A9bec%E2%80%99s+private+sector%3A+results+of+a+qualitative+study>

(18) Van Tulder M, Koes B. Evidence-based handelen bij lage rugpijn. 2nd ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2013.

(19) Vyt A. Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn. Apeldoorn: Garant; 2012.

(20) Pannucci CJ, Wilkins EG. Identifying and avoiding bias in research. Plast Reconstr Surg [Internet]. 2010 Aug [2015-12-15]; 126(2):619-625. Available from Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2917255/>

BIJLAGE 1 – Interviewguide

Hoofdvraagstelling	Hoe ervaren de fysiotherapeuten en trainers de fysiotherapeutische overdracht naar de trainer bij patiënten met specifieke lage rugklachten binnen de praktijk Formupgrade?
Algemeen	
<i>Locatie</i>	Eén van de twee locaties van Formupgrade. Het interview vindt bij voorkeur plaats in een rustige afgesloten kamer.
<i>Duur</i>	Deelnemer wordt één maal ongeveer één klokuur geïnterviewd.
<i>Strategie voor benaderen</i>	De deelnemers zijn via de interne senior fysiotherapeut binnen Formupgrade benaderd.
<i>Selectie van deelnemers</i>	Alle deelnemers, worden geïnterviewd mits zij aan de gestelde eisen van de in- en exclusiecriteria voldoen.
<i>Vorbereiding interview</i>	Vooraf wordt een overzicht met de thema's per mail toegestuurd naar de deelnemers. Daarnaast wordt de deelnemer gevraagd een informed consent in te vullen.
Introductie	
<i>Over het onderzoek</i>	Opdrachtgever: Formupgrade
	Doel: Een inventarisatie maken van de ervaringen die de fysiotherapeuten en trainers hebben bij de fysiotherapeutische overdracht naar trainer bij patiënten met specifieke lage rugklachten.
	Manier van gegevens verwerken: De gegevens uit het interview worden eerst getranscribeerd en vervolgens gecodeerd, gecategoriseerd en gethematiseerd.
	Thema's: communicatie, kennis, organisatie en registratie (5,6). Volgorde van bespreken van deze thema's kan wisselen in de interviews.
<i>Vastleggen gegevens</i>	Het interview wordt opgenomen met een dictafoon.
<i>Privacy</i>	Alle gegevens uit de interviews worden geanonimiseerd. Deze zijn niet direct meer te koppelen aan een bepaalde deelnemer. Enkel anonieme gegevens kunnen op vertrouwelijke wijze aan derden verstrekt worden.
<i>Vragen</i>	De themavraag wordt telkens eerst benoemd in deze interviewguide. In de opsomming eronder worden mogelijke doorvraagmanieren benoemd. In het interview wordt gekozen een mix te maken van verschillende manieren van doorvragen (10).
Interview	
<i>Start interview</i>	➤ Deelnemer welkom heten. ➤ Aangeven dat het interview wordt opgenomen op dictafoon. ➤ Indien zij bezwaar hebben tegen punten uit het informed consent, graag kenbaar maken. → Zo ja, dan wordt het interview niet verder afgenomen. ➤ Als er opheldering over de interviewvragen gewenst is, dit graag aangeven.
<i>Openingsvraag</i>	Hoe ervaart u de overdracht tussen fysiotherapeut en trainer bij patiënten met specifieke lage rugklachten? • Kunt u dit verder toelichten? • Welke aspecten hebben hier volgens u invloed op? • Kunt u hier een voorbeeld van geven? • Welke gevolgen heeft dit volgens u?

<i>Thema Kennis Fysiotherapeut</i>	Wanneer sluit u een fysiotherapiebehandeling bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten af? • Waarom kiest u ervoor de behandeling af te sluiten? • Met welke criteria/factoren houdt u rekening bij het afsluiten van een behandeling of overdracht? • Volgt u hierbij altijd de gegevens uit de richtlijn van het KNGF?
	Waaruit bestaat uw fysiotherapiebehandeling bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten? • Kunt u hier een voorbeeld bij geven? • Waarop baseert u de keuze voor die behandeling? • Volgt u hierbij altijd de gegevens uit de richtlijn van het KNGF?
	Hoe heeft u uw kennis over aspecifieke lage rugklachten verkregen? • Hoe lang is het geleden dat u de kennis heeft opgedaan? • Zou u hierover nog extra informatie willen? Zo ja, wat zou u nog willen weten?
	Stuurt u patiënten met aspecifieke lage rugklachten weleens door naar de trainer? • Wanneer stuurt u iemand wel of juist niet door naar de trainer? • Wat vindt u van de huidige kwaliteit van de behandeling van de trainer? • Waarom vindt u dat?
	Als u het voor het zeggen heeft wat zou u dan anders willen of welke aanbevelingen zou u doen rondom het thema kennis? • Wat kan volgens u beter? • Waarom juist dit? • Kunt u hiervan voorbeelden noemen van wat volgens u het meest belangrijk is naar het minst belangrijk? • Wat gaat er goed? • Waarom vindt u dat dit goed gaat? • Denkt u dat dit alleen bij u goed gaat of in de gehele organisatie?
<i>Thema Kennis Trainer</i>	Waaruit bestaat uw behandeling bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten? • Kunt u hier een voorbeeld bij geven? • Waarop baseert u de keuze voor die behandeling? • Zijn uw behandelingen altijd in groepsverband? ○ Heeft u het idee dat u zo de patiënt ook genoeg individuele aandacht kan geven?
	Hoe heeft u uw kennis over aspecifieke lage rugklachten verkregen? • Hoe lang is het geleden dat u de kennis heeft opgedaan? • Zou u hierover nog extra informatie willen? Zo ja, wat zou u nog willen weten?

	Kiest u er weleens voor om een patiënt met aspecifieke lage rugklachten terug te verwijzen naar de fysiotherapeut? • Zo ja, wanneer? Waarom? • Zo nee, waarom niet? • Kunt u hier een voorbeeld bij geven?
	Hoe schat u de belastbaarheid van een patiënt met aspecifieke lage rugklachten in? • Waarop baseert u dat? • Speelt u hierop in bij uw training? • Hoe stemt u een groepstraining af op de verschillende belastbaarheden van de patiënten?
	Als u het voor het zeggen heeft wat zou u dan anders willen of welke aanbevelingen zou u doen rondom het thema kennis? • Wat kan volgens u beter? • Waarom juist dit? • Kunt u hiervan voorbeelden noemen van wat volgens u het meest belangrijk is naar het minst belangrijk? • Wat gaat er goed? • Waarom vindt u dat dit goed gaat? • Denkt u dat dit alleen bij u goed gaat of in de gehele organisatie?
<i>Thema Communicatie</i> <i>Fysiotherapeut en trainer</i>	Hoe vindt u dat de communicatie gaat tussen fysiotherapeut en trainer? • Op welke manieren worden er gecommuniceerd? • Kunt u hier een voorbeeld van geven? • Zijn er in de organisatie afspraken over hoe er gecommuniceerd moet worden?
	Vindt er terugkoppeling plaats van de trainer naar de fysiotherapeut? • Hoe ervaart u dit? • Komt dit vaak voor? • Wat wordt er teruggekoppeld en wat niet? • Kunt u een voorbeeld geven wanneer dit heel goed heeft gewerkt, en een voorbeeld van wanneer dit niet goed ging? • Hoe kwam dit?
	Welke wensen en/of aanbevelingen heeft u om de overdracht soepeler te laten verlopen? • Waarom juist dit? • Wat kan volgens u beter? • Wat gaat er goed? • Waarom vindt u dat dit goed gaat? • Denkt u dat dit alleen bij u goed gaat of in de gehele organisatie? • Zou u meer of juist minder terugkoppeling willen?
<i>Thema Organisatie</i> <i>Fysiotherapeut en trainer</i>	Zijn er interdisciplinaire afspraken over hoe de overdracht tussen fysiotherapeut en trainer geregeld moet worden? • Zo ja, welke dan? • Zo nee, heeft u hier behoefte aan? • Wat zouden deze moeten omvatten?

	Bestaat er een interdisciplinair overleg? • Zo ja, wat bespreekt u hierin? • Zo nee, zou u hier behoefte aan hebben? • Wat zou u hierin willen bespreken?
	Is er een eenduidige manier van adviseren naar de patiënt die zowel gebruikt wordt door de fysiotherapeut als de trainer? • Geven jullie dezelfde adviezen? • Heeft u zicht op hoe de adviezen mogelijk verschillen?
	Welke aanbevelingen zou u bij dit thema doen? • Waarop baseert u dit? • Kunt u dit nader toelichten?
<i>Thema registratie Fysiotherapeut en trainer</i>	Wat voor informatie wordt doorgegeven bij de fysiotherapeutische overdracht naar de trainer bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten? • Is dit voldoende informatie? • Wat mag er wel of niet worden doorgegeven? • Gebeurt dit ook op die manier? • Hoe zou u dit anders willen? • Denkt u dat de informatie altijd op dezelfde manier wordt geregistreerd?
	Hoe denkt u dat de registratie rondom de overdracht verbeterd kan worden? • Heeft u hier specifieke ideeën bij? • Hoe ziet u dit voor zich?
<i>Afsluiten interview</i>	➤ Bedanken voor medewerking. ➤ Vragen of er nog verdere vragen of opmerkingen zijn. ➤ Bij vragen kan deelnemer contact opnemen met Rowan Haans via de mail (RHF.Haans@student.han.nl) of telefoon (06-24541214).

BIJLAGE 2 – Overzicht van alle thema's en categorieën

Thema's	Categorieën
Kennis over aspecifieke lage rugklachten	1 Aanbevelingen kennis van fysiotherapeuten en trainers 2 Cursussen en trainingen 3 Kennis omtrent aspecifieke lage rugklachten 4 Kennis opgedaan door fysiotherapeuten en trainers
Behandeling van patiënten met aspecifieke lage rugklachten	1 Aanbevelingen behandelingen van fysiotherapeuten en trainers 2 Behandelingen van fysiotherapeuten en trainers 3 Belastbaarheid inschatten 4 Geen vertrouwen in elkaar 5 Keuze afsluiten behandelingen 6 Keuze voor behandeling 7 Keuze voor doorverwijzen 8 Eigen verantwoordelijkheid patiënt
Communicatie tussen de fysiotherapeut en trainer	1 Aanbevelingen over de communicatie 2 Aanbevelingen over de terugkoppeling 3 Manieren van communicatie 4 Onderlinge communicatie 5 Mondelinge communicatie 6 Terugkoppeling naar de fysiotherapeut 7 Terugverwijzen naar de fysiotherapeut
Registratie van de patiëntgegevens	1 Aanbevelingen omtrent registratie 2 Agenda 3 Blauw mapje begeleid sporten 4 Mail 5 Manieren van registreren 6 Verslag
Organisatie van de eerstelijnspraktijk	1 Aanbeveling omtrent de organisatie 2 Aanbevelingen over de overdracht 3 Aanbevelingen over de vergaderingen 4 Inhoud van de fysiotherapeutische overdracht 5 Eenduidig adviseren 6 Groepsgrootte 7 Organisatie manieren 8 Werknemers 9 Overdracht van patiëntgegevens 10 Vergadering

BIJLAGE 3 – Uitgewerkte aanbevelingen

Thema: Kennis over aspecifieke lage rugklachten	
Doel	Aanbevelingen
Verspreiden en vergroten van de onderlinge kennis van de fysiotherapeuten en trainers.	Maandelijkse bijscholing rondom verschillende thema's gegeven door de fysiotherapeuten en de trainers voor elkaar. Denk hierbij aan een patiëntendemonstratie of bijvoorbeeld een workshop aspecifieke lage rugklachten.

Thema: Behandeling van patiënten met aspecifieke lage rugklachten	
Doel	Aanbevelingen
Een behandeltraject creëren waarbij de behandeling van de trainer beter aansluit op de behandeling van de fysiotherapeut en andersom. Daardoor meer uniformiteit creëren ten opzichte van het inschatten van de belastbaarheid, de behandeling en de oefeningen die daarbij gebruikt worden.	Een protocol opstellen met aandachtspunten en voorbeeldoefeningen voor de behandeling van patiënten met aspecifieke lage rugklachten. De voorbeeldoefeningen ook verdelen op verschillende niveaus van belastbaarheid en intensiteit. Daarnaast moeten functionele stabiliserende oefeningen worden opgenomen in het protocol die gebruikt kunnen worden tijdens de behandeling.

Thema: Communicatie tussen de fysiotherapeut en trainer	
Doel	Aanbevelingen
Meer terugkoppeling van de trainer naar de fysiotherapeut zodat de fysiotherapeut beter op de hoogte blijft van de voortgang van de patiënt.	In het algemeen vaker terugkoppelen, indien nodig verplichten dat het een X-aantal keer per patiënt moet gebeuren. Dit kan gaan over de keuze voor de inhoud van behandeling, verloop van de klachten en het herstel.
De fysiotherapeuten en trainers voorzien elkaar onderling van voldoende informatie over de behandeling van verschillende patiënten. Zodat de behandelingen hierop aangepast kunnen worden.	Standaard vaker communiceren over informatie/bijzonderheden over de patiënt tijdens de fysiotherapeutische overdracht van de fysiotherapeut naar de trainer.
	Maandelijks structureel interdisciplinair overleg over de behandeling en status van verschillende patiënten en de keuze voor bepaalde behandelingen/oefeningen.

Thema: Registratie van de patiëntgegevens	
Doel	Aanbevelingen
Volledige verslaglegging die zichtbaar is voor zowel de fysiotherapeuten als voor de trainers op verschillende werkplekken.	Digitale verslaglegging in een nieuw systeem waar iedereen in kan. Echter is tijdens de interviews genoemd dat dit financieel gezien lastig is. Vandaar dat geadviseerd wordt om in Microsoft Word of Excel de verslaglegging te doen en dit op de harde schijf op te slaan zodat de informatie voor iedereen toegankelijk is. Door gebruik te maken van een vaste structuur kan een eenduidigere manier van noteren gerealiseerd worden zodat er geen informatie ontbreekt.

	Geen gebruik maken van de agenda van de trainers omdat het onder de deelnemers geen voorkeur heeft voor het verwerken van dit soort gegevens. De gegevens zijn dan alleen zichtbaar wanneer de patiënt voor de eerste keer ingepland wordt. De trainer moet terug gaan zoeken wanneer dat is geweest voordat hij/zij de gewenste informatie kan inzien.
Het blauwe mapje voor begeleid sporten structureel invullen en gebruiken.	Mocht ervoor gekozen worden om het papieren mapje te behouden dan wordt er geadviseerd om patiënten erop te wijzen om het mapje mee te nemen, zodat de trainer de informatie altijd kan inzien. Daarnaast is het dan wel van belang dat er duidelijke afspraken zijn voor wanneer en wat er ingevuld moet worden. Bijvoorbeeld dat als er bijzonderheden zijn dat deze door zowel de fysiotherapeut als de trainer structureel worden genoteerd.

Thema: Organisatie van de eerstelijnspraktijk	
Doel	Aanbevelingen
Binnen de organisatie meer interdisciplinaire afspraken maken zodat er meer uniformiteit ontstaat onder de werknemers over de manier van behandelen, communiceren en registreren.	Interdisciplinaire afspraken opstellen die gelden voor alle werknemers binnen de organisatie. Deze afspraken kunnen tijdens een gezamenlijke vergadering opgesteld worden. De afspraken kunnen gaan over behandelmethodes bij bepaalde klachten, het registreren van patiëntgegevens en een manier van communiceren met collega's van andere disciplines en naar de patiënt. Door deze afspraken te handhaven ontstaat er meer uniformiteit.
Binnen de organisatie bijscholing inplannen zodat die structureel plaatsvinden en iedereen aanwezig kan zijn.	De organisatie zou structureel bijscholing moeten inplannen zodat dit structureel plaatsvindt en bijgewoond kan worden door zowel de fysiotherapeuten als de trainers.
Een bijeenkomst voor alle werknemers waarin onder andere onderlinge afspraken gemaakt kunnen worden en mogelijk ondervonden problemen besproken kunnen worden.	Een jaarlijkse verplichte algemene vergadering voor alle werknemers. Door deze vergadering te verplichten voor alle fysiotherapeuten en trainers is er in ieder geval ieder jaar een moment waarop iedereen samen is. Daardoor weet iedereen welke afspraken er zijn en wat de plannen zijn voor het komende jaar. Ook biedt het aan iedereen de mogelijkheid om zijn mening te geven over hoe bijvoorbeeld momenteel de fysiotherapeutische overdracht verloopt.
Duidelijkheid creëren binnen de organisatie over wat er wettelijk gezien wel en niet doorgegeven mag worden qua patiëntgegevens tijdens de overdracht.	Vanuit de organisatie een richtlijn opstellen wat er wettelijk gezien wel en niet doorgegeven mag worden tijdens de overdracht door zowel de fysiotherapeuten als de trainers.