

TNO-rapport

KvL/P&Z 2009.116

eCoach voor Mensen met Knieklachten

**Focusgroep met Fysiotherapeuten over Coachen en
eCoach met Kniebrace**

Datum	December 2009
Auteur(s)	Dr. O.A. Blanson Henkemans (TNO KvL) Drs. Y.J.F.M. Jansen (TNO KvL) Ir. S.H. Kalisvaart (TNO I&T)
Projectnummer	033.22123
Aantal pagina's	30 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	4

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

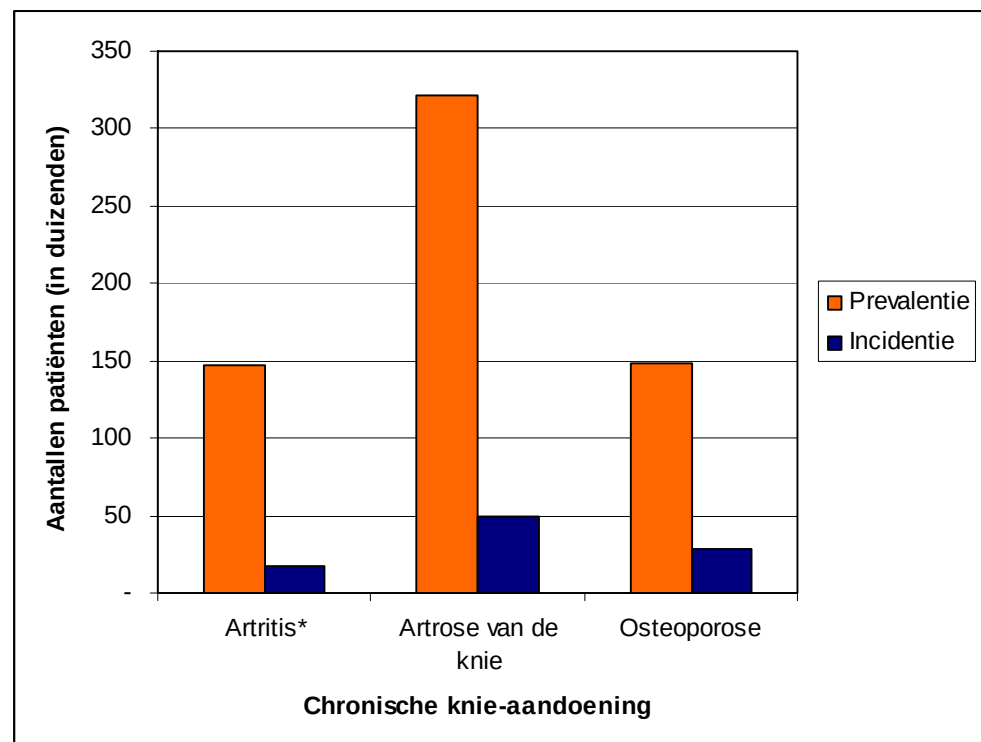
Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
1.1	Knieklachten	3
1.2	Zelfzorg.....	3
1.3	Coachen bij Zelfzorg	4
1.4	Ondersteuning van Zelfzorg door eCoach	5
1.5	Onderzoeksvraag	6
1.6	Opzet van rapport.....	7
2	Methode	8
2.1	Deelnemers	8
2.2	Procedure	8
3	Resultaten	10
3.1	Coachen: Theorie versus Praktijk	10
3.2	Coachen op Maat	11
3.3	“Evidence-based” versus “Practice-based”	12
3.4	Monitoren en Feedback als Functionaliteit van de (e)Coach.....	12
4	Discussie.....	13
4.1	Samenvatting van de Focusgroep	13
4.2	Beperkingen van Onderzoek.....	15
4.3	Conclusie	16
5	Referenties	17
	Bijlage(n)	
	A Lijst met deelnemers Focusgroep	
	B Uitwerking Focusgroep	
	C Slides gepresenteerd tijdens Focusgroep, Deel I	
	D Slides gepresenteerd tijdens Focusgroep, deel II	

1 Inleiding

1.1 Knieklachten

Ongeveer 6 procent van de klachten die door de fysiotherapeut worden behandeld zijn knieklachten, wat neerkomt op een zorguitgave van ruim 54 miljoen euro per jaar (Swinkels & Leenders, 2006). Deze aandoening staat daarmee in de top 5 van meest voorkomende klachten in de fysiotherapie. Knieklachten kunnen worden veroorzaakt door overbelasting, blessures of chronische ziekten, zoals artritis (ontsteking van de gewrichten), osteoporose (ontkalking) en artrose (slijtage van gewrichten). Zoals afgebeeld in Figuur 1, telde Nederland, in 2007, 321 duizend mensen met artrose van de knie en er zijn ongeveer 49 duizend nieuwe incidenten per jaar dat de impact van deze aandoening illustreert.



Figuur 1: Aantallen prevalentie en incidentie van patiënten met chronische knieaandoening in 2007. *Prevalentie in 2003.

1.2 Zelfzorg

Bij alle drie genoemde chronische knieaandoeningen, maar ook bij acute blessures, speelt de patiënt een actieve rol in de behandeling. Voor de behandeling en bestrijding van de klachten dient de patiënt aan zelfwerkzaamheid oftewel “zelfzorgactiviteiten” te doen. Zelfzorg bestaat uit activiteiten die individuen, families en gemeenschappen ondernemen en beslissingen die zij nemen met de intentie om gezondheid te verbeteren en ziekten te voorkomen en te beperken (Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal, & Ozakinci, 2004). Concreet geeft de KNGF richtlijn artrose het volgende aan (Vogels et al., 2005):

Personen die afleiding zoeken bij pijn(klachten), streven naar zelfactiviteit en een actieve leefstijl, gaan op een adequate wijze om met de klachten. Personen daarentegen die als gevolg van de klachten weinig gaan bewegen, bepaalde activiteiten gaan vermijden en de strategie 'rusten' hanteren ter vermindering van pijn, hanteren een inadequate wijze van omgaan met klachten.

Vergelijkbaar is het beleid van osteoporose, zoals beschreven in de NHG standaard, waarin het vermijden van inactiviteit en immobilisatie en het stimuleren van lichaamsbeweging wordt opgevoerd. Bij Reumatoïde artritis wordt aangegeven dat dagelijks bewegen en oefenen helpt om de gewrichten zo goed mogelijk te blijven gebruiken.

1.3 Coachen bij Zelfzorg

Het uitoefenen van zelfzorg is een complexe taak waarbij de juiste ondersteuning van of door de zorgverlener van belang is. Zelfzorg is complex omdat het van de patiënt vereist dat die een goed inzicht heeft in zijn of haar gezondheid, kennis heeft om beslissingen te maken over verschillende zelfzorgmogelijkheden, gemotiveerd moet zijn om deze beslissingen om te zetten naar activiteiten in het dagelijkse leven uit te voeren en in staat moet zijn de omgeving bij deze activiteiten moet betrekken (Blanson Henkemans et al., 2009). Deze activiteiten moeten allen gefaciliteerd en begeleid worden door de zorgverlener, in dit geval de fysiotherapeut.

Een lastige trade-off die speelt bij zelfzorg door mensen met chronische knieaandoeningen is enerzijds het belang van voldoende bewegen om op lange termijn verergering van de aandoening te voorkomen en anderzijds het op korte termijn vermijden van klachten, voornamelijk pijn, die tijdens zelfzorg opspelen. Mensen kunnen dus goed inzicht hebben in hun gezondheid en goed weten wat zij er aan kunnen doen, maar het ook moeilijk vinden om constant met de pijn om te gaan. Patiënten moeten dus sterk intrinsiek gemotiveerd zijn en weten hoe zij hun zelfzorgdoelen (namelijk zo gezond mogelijk zijn) het beste in de praktijk kunnen realiseren. Dit impliceert een aantal vaardigheden, namelijk het kunnen bepalen van strategie op basis van persoonlijke voorkeuren en intentie, het bepalen van tactiek, waarbij mogelijke valkuilen (die kunnen lijden tot het terug vallen in oude gewoonten) worden omzeild, en operationalisatie, waarbij het doel specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden (SMART) wordt gemaakt.

Coachen kan de patiënt helpen bij zelfzorg en vooral bij het aanpakken van de bovengenoemde trade-off. Coachen richt zich op effectief motiveren van gedragsverandering door middel van een gestructureerde, ondersteunende samenwerking tussen patiënt en zorgverlener (Buckley & Buckley, 2006; Blanson Henkemans et al., 2009). De coach helpt patiënten om doelen te stellen en biedt inzichten in het bereiken van doelen door middel van het stellen van vragen, samenwerking en persoonlijke ontdekking (Rollnick, Miller, & Butler, 2008). Het staat in contrast met de traditionele aanpak van directieve zorg, waarbij de zorgverlener eenzijdig instructies geeft die de patiënt opvolgt.

Uit de literatuur op het gebied van coachen van zelfzorg kunnen we een generiek coachmodel afleiden. Het gaat hierbij onder anderen om theorieën op het gebied van Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 2000), Common-Sense Model of Self-Regulation (Leventhal et al., 2004), Social Cognitive Learning (Bandura, 1986), Health Belief Model and the Theory of Planned Behavior (Conner & Norman, 2005) en onderzoeken naar het effect van coachaspecten op zelfzorgprocessen- en uitkomsten

(Bennett et al., 2005; Carrieri-Kohlman et al., 2005; Coleman, Parry, Chalmers, & Min, 2006; Leventhal et al., 2004). Dit model bestaat uit de volgende coachaspecten:

- 1 Voordiagnose: Assessment van factoren die inzicht bieden in de gezondheid en, vooruitblikkend, om Doel en Doelpaden af te stemmen op de behoeften van de patiënt en coachen te personaliseren;
- 2 Medisch Consult: Tijdens het consult vinden anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullen onderzoek plaats om te komen tot een diagnose en behandelvoorstel;
- 3 Assessment: Assessment van de perceptie van de patiënt van diagnose door middel van vragen en waarderen;
- 4 Stellen van doel en doelpad: Vaststellen van het begrip van de patiënt van behandelvoorstel, internalisatie (strategie, probleemanalyse en operationalisatie);
- 5 Behalen doelen: Doelenrealisatie op voorbepaalde mijlpalen;
- 6 Onderhoud doelen: Doelonderhoud en ontwikkelen van gewoonten;
- 7 Monitoring en Feedback: Iteratief monitoren van stellen, behalen en onderhouden van doel en doelpaden, bieden van feedback op basis van verschillen tussen enerzijds huidige toestand en pad en anderzijds referent (origineel opgestelde doel en pad), en facilitatie van zelfreflectie.

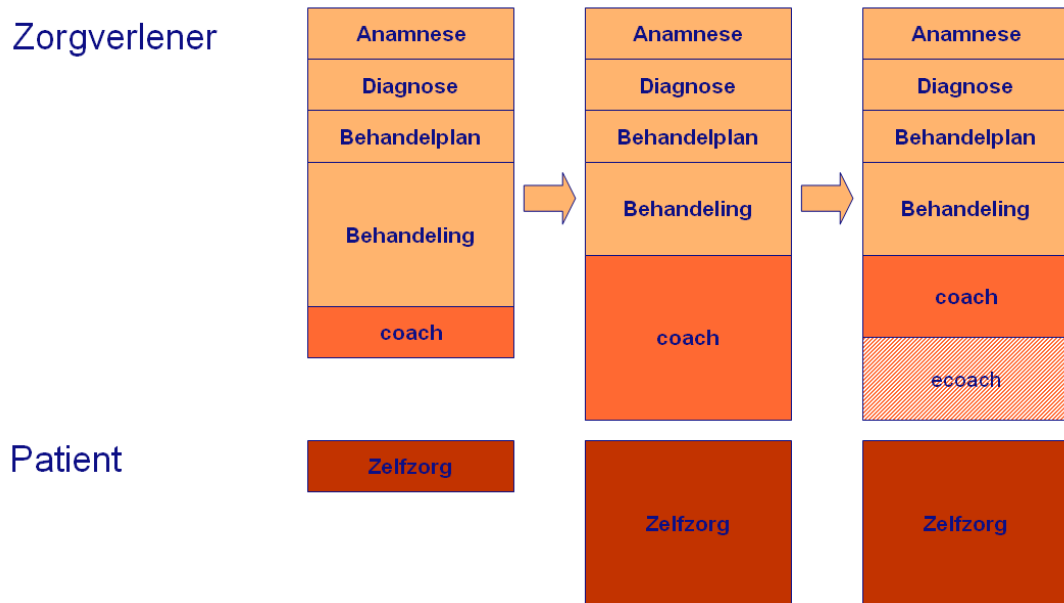
Wanneer deze stappen worden gevolgd tijdens het coach proces neemt in theorie de kans op succesvolle zelfzorg toe en vormen daarmee een goede richtlijn voor coaching in de praktijk.

1.4 Ondersteuning van Zelfzorg door eCoach

Zoals afgebeeld in Figuur 2 zal er bij coachen initieel meer belasting worden gelegd op de tijd en inspanning van de zorgverlener. Initieel omdat het stimuleren van zelfzorg bij patiënten op de lange duur zal leiden tot minder klachten en zodoende tot een afname in de zorgvraag en dus de belasting op de zorgverlener. Verder moet er opgemerkt worden dat er tegenwoordig al gecoacht wordt en zelfzorg wordt uitgeoefend, maar het doel is om dit verder te stimuleren.

Om de extra belasting van de zorgverlener te verminderen kunnen er Informatie- en Communicatietechnologie worden ingezet. Deze technologieën worden ook wel eHealth genoemd. Voorbeelden van eHealth zijn apparaten voor zelfmonitoring (zoals een bloeddrukmeter en glucosemeter), televisiediensten waarmee op afstand met de zorgverlener gecommuniceerd kan worden en computerprogramma's waarin men persoonlijke medische gegevens kan bijhouden. Uit onderzoek blijkt dat eHealth kan bijdragen aan de zorgkwaliteit en het bevorderen van zelfzorg (Blanson Henkemans, 2009; Dumay, 2007; Kushniruk & Borycki, 2008).

Bij coachen kunnen een aantal taken van de zorgverlener bij een ICT-coach, of een eCoach, worden gealloceerd. Deze eCoach kan, wanneer de patiënt daar behoefte aan heeft, geraadpleegd worden en ondersteuning bieden aan bijvoorbeeld het monitoren van zelfzorgactiviteiten en feedback geven over in hoeverre de patiënt op weg is om zijn of haar doel te bereiken. Wat de eCoach monitort kan ook weer worden doorgegeven aan de zorgverlener, zodat die goed op de hoogte is van de situatie van patiënt. Deze wederzijdse wetenschap van de zorg en zelfzorg kan de samenwerking tussen de patiënt en de menselijke coach zeer ten goede komen.



Figuur 2: Ontwikkeling van traditionele zorg via coachen naar coachen ondersteund door eCoachen.

1.5 Onderzoeksvraag

1.5.1 Hoofdvraag

Coachen en eCoachen zijn nieuwe ontwikkelingen in de zorg. Dus hoewel de theorie aangeeft dat zij kunnen bijdrage aan zorg en zelfzorg blijft de volgende vraag aanwezig. Ten eerste: hoe ziet coachen van mensen met (chronische) knieklachten er in de praktijk uit in contrast met coachen in theorie. Ten tweede: hoe een eCoach die de patiënt monitort via een kniebrace en feedback geeft via een mobiele applicatie (zoals mobiele telefoon) hierbij ondersteuning kan bieden.

1.5.2 Subvragen en Aanpak

Om deze hoofdvraag te beantwoorden hebben wij een aantal subvragen opgesteld. Ten eerste is de vraag wat in de praktijk de hoofdkenmerken zijn van coachen. Wat verstaan fysiotherapeuten onder coachactiviteiten en wat is volgens hen het effect ervan op zelfzorg en zelfzorguitkomsten. Ten tweede is de vraag in hoeverre coachen in de praktijk aansluit op de theorie. Wanneer wel en wanneer niet? Wat zijn factoren die coachen in de praktijk belemmeren? Tenslotte is de vraag of eCoachen de te verwachte extra belasting van de zorgvraag kan verlichten. Wanneer we gebruik maken van een monitormechanisme, bijvoorbeeld in de vorm van een kniebrace, die fysieke activiteiten en buiging van de knie meet, en het bieden van feedback op basis van de meting, kan dit de zorgverlener ondersteunen bij de zorg en de patiënt bij zelfzorg?

Om de gestelde vragen te beantwoorden hebben we een focusgroep gehouden met vier fysiotherapeuten. Tijdens deze focusgroep werden deze vragen gezamenlijk en interactief besproken. Dit had als doel het vaststellen van de visie van de deelnemers over coachen van zelfzorg van patiënten met (chronische) knieaandoeningen.

1.6 Opzet van rapport

In dit rapport zullen wij de volgende onderdelen bespreken. Eerst zullen wij de methode beschrijven die wij hebben gehanteerd om de focusgroep uit te voeren. Vervolgens zullen wij de resultaten van de focusgroep bespreken. Dit gebeurt aan de hand van de zogenaamde 'emerging themes', die tijdens de focusgroep naar voren kwamen. Tenslotte zullen de implicaties van de resultaten worden besproken.

2 Methode

2.1 Deelnemers

Voor de focusgroep zijn acht fysiotherapeuten benaderd voor deelname. Vijf fysiotherapeuten zegden hun deelname toe. Met vier fysiotherapeuten (met leeftijd tussen 42 en 56 jaar) is het focusgroep gesprek gehouden. Twee van de vier fysiotherapeuten zijn actief in de 1^e lijn, één werkt er als sportfysiotherapeut bij de KNVB en één is werkzaam als fysiotherapeut-onderzoeker, geaffilieerd aan VUmc en AMC. Zij zijn tussen de 15 en 32 jaar actief als fysiotherapeut en zijn allen verbonden aan de Stichting Opleidingen Musculoskeletale Therapie (SOMT) in Amersfoort. SOMT biedt onderwijs aan, verricht onderzoek en huisvest een kliniek. De therapeuten hebben ruime ervaring met het gebruik van ICT (zoals meetinstrumenten, verslaglegging, en elektronisch patiënten dossier) bij hun werk. Tenslotte gaven ze allen aan regelmatig coaching toe te passen in hun werkzaamheden. Verdere details over de deelnemers zijn te vinden in het appendix.

2.2 Procedure

2.2.1 Doel

Het doel van de focusgroep was om te achterhalen in hoeverre de theorie op het gebied van coachen van zelfzorg overeenkomt met coachen in de praktijk. Daarnaast is de vraag wat de randvoorwaarden en de barrières zijn die gelden voor coachen en hoe deze, respectievelijk, gerealiseerd en geslecht kunnen worden met het gebruik van ICT in de vorm van een eCoach. Ten slotte willen we met een praktisch voorbeeld verifiëren of eCoachen gewenst is in de praktijk.

2.2.2 Proces

De focusgroep vond plaats met vier fysiotherapeuten en drie onderzoekers. De onderzoekers werken bij TNO op het gebied van zelfzorg, zorgnetwerken en sensortechnologie. Één onderzoeker coördineerde de focusgroep en begeleidde het eerste deel, dat bestond uit het toetsen van het concept coachen in de praktijk, introduceren van een theoretisch coachmodel en het vergelijken van de praktijk met de theorie op het gebied van coachen van zelfzorg bij knieklachten. Een tweede onderzoeker begeleidde het tweede deel waarin de meningen over een eCoach, die wordt gehanteerd met een kniebrace dat beweging en buiging monitort, werden gepeild. De derde onderzoeker heeft de focusgroep opgenomen en uitgeschreven. De uitwerking is de deelnemers toegezonden voor ‘member check’.

In lijn met het doel van de focusgroep hebben we tijdens focusgroep een aantal onderwerpen aangekaart. Deze werden besproken aan de hand van de slides, zoals weergegeven in het appendix. De onderwerpen waren:

- Coachen van zelfzorg bij knieklachten in de praktijk;
- Vergelijking coachen in de praktijk met coachen in theorie;
- Randvoorwaarden en barrières voor coachen in de praktijk;
- eCoach-ondersteuning bij coachen.

2.2.3 *Materiaal*

Tijdens het onderzoek is een PowerPoint presentatie gebruikt om de verschillende activiteiten te ondersteunen. In de presentatie kwamen achtergrond en doel van het onderzoek, de discussievragen en een beschrijving van het coachmodel en de eCoach aan bod. De presentaties staan in het appendix. Er werd verder een kniebrace getoond tijdens de focusgroep die gekoppeld zou kunnen worden aan een eCoach. Ook is er gebruik gemaakt van een flip-over om hoofdpunten die tijdens de beschrijving van coachen in de praktijk werden genoemd te noteren en reflectief te bespreken.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk bespreken we de resultaten van de focusgroep. Dit wordt gedaan aan de hand van de volgende ‘emerging’ thema’s:

- Coachen: Theorie versus praktijk;
- Coachen op maat;
- Monitoren als functionaliteit als functionaliteit van de (e)coach;
- Evidence-based versus practice-based.

Wij willen hierbij opmerken dat wanneer er wordt gesproken over eCoachen, dat het gebruiken van een kniebrace als monitoringstool hier een integraal deel van uit maakt.

3.1 Coachen: Theorie versus Praktijk

Het eerste thema is de vergelijking die wordt gemaakt door de fysiotherapeuten tussen het coachmodel en hoe coachen in de theorie wordt toegepast. Er werd tijdens de focusgroep gezamenlijk gezocht naar een definitie voor coachen. Tijdens het gesprek kwam naar voren dat volgens de theorie coachen gericht is op ‘nieuwe manier van coachen’, dat vanaf nu coöperatieve coachen heet (gericht op zelf keuzes maken door de patiënt tussen verschillende behandelmogelijkheden), terwijl volgens de fysiotherapeuten coachen ook ‘niet-coachend’ kan zijn, dat vanaf nu directief coachen heet (gericht op opvolgen van instructies), afhankelijk van de behoeften van de patiënt. Het doel van coachen is in beide gevallen het zelfde: vergroten van zelfsturing en zelfredzaamheid van de cliënt. Bovendien komt coachen voor in ieder onderdeel van het zorgproces (bijvoorbeeld intake, behandelplan en consult). Hoe gecoacht wordt is daarbij afhankelijk van de cliënt eigenschappen, mate van acceptatie voor type coaching en fase in het zorgproces. Dit komt ook later terug in de toepassing van coachen. Daarnaast werden er een aantal praktische activiteiten genoemd die volgens de fysiotherapeuten binnen het concept coachen vallen en die zij beoefenen in hun dagelijkse zorgactiviteiten. Deze activiteiten luiden als volgt:

- Het stellen van doelen samen met de cliënt. Doelen m.b.t. belastbaarheid in sport, met als einddoel het terugkomen van de cliënt op het oude niveau van sport;
- Het gezamenlijk opstellen van een behandelplan;
- Het geven van uitleg over het traject; informatie en advies m.b.t. de loop van de klacht;
- Het stellen van doelen voor de cliënt die ook zelfstandig thuis door de patiënt behaald kunnen worden. Dit is afgestemd op de persoonlijke situatie van de patiënt. Dus aangeven in deze fase deze oefening, zoveel keer herhalen, en in de volgende fase andere oefeningen;
- Bepalen van persoonprofiel waarop coaching wordt afgestemd;
- Stimuleren van zelfstandigheid (o.a. bij revalidatie);
- Monitoren van de gezondheidstoestand van de cliënt;
- Als fysiotherapeut, afhankelijk van de situatie en behoeften cliënt verschillende rollen aannemen, zoals:
 - Trainen;
 - Meevoelen;
 - Adviseren/informereren;
 - Preventief werken.

In relatie tot de rollen staat, onafhankelijk van de verschillende rollen die de fysiotherapeut aanneemt, voorop dat een fysiotherapeut geen redder moet willen zijn, maar een begeleider.

Wat betreft de keuze van therapeut voor coöperatief coachen wordt het volgende gezegd. Waar de theorie over coachen de nadruk legt op het toepassen van een coöperatieve aanpak van begeleiden is de keus tussen coöperatief en directief in de praktijk onderhevig aan verschillende variatie en variabelen. Voorbeelden hiervan zijn patiëntbehoeften, de aandoening en mate van de klacht, therapeut. Wat betreft de patiëntbehoeften heeft coachen in de praktijk een meer geleidelijk verloop van directief naar coachen coöperatief coachen, gekoppeld aan het type en de fase van de aandoening. Hier gaan we in de volgende paragraaf dieper op in.

Verder blijkt dat, hoewel het theoretische model veronderstelt dat coachen bewust wordt uitgeoefend, in de praktijk coachen intuïtief gebeurt. Daarbij gebeurt coachen niet op gestandaardiseerde wijze. Men hanteert daarvoor verschillende strategieën zoals Motivational Interviewing (MI), directieve technieken, instructie en kennisoverdracht.

3.2 Coachen op Maat

In de focusgroep kwam naar voren dat het theoretisch coachmodel een algemeen model is en dat in de praktijk is de keuze voor het type coachen afhankelijk van de patiënt, welke fase deze zich bevindt en de eigenschappen van de fysiotherapeut. Ten eerste moet coachen aansluiten op het profiel van de individuele patiënt. Het gaat hierbij om intellectueel niveau, type en fase van de aandoening, de mate van motivatie, en de psychosociale problemen. “Sommige cliënten geef je, ter illustratie, bij coachen advies en die gaan er zelfstandig mee aan de gang. Een 2^e groep heeft meer begeleiding nodig en een 3^e groep is zeer lastig tot gedragsverandering te bewegen.” Bij deze laatste groep geeft een fysiotherapeut veel intensievere begeleiding. Tenslotte is het zo dat patiënten ook regelmatig in groepen worden begeleid en dat coachen dan moet aansluiten bij het groepsprofiel.

Wanneer coachen goed aansluit bij de behoeften van de patiënt, dan kan dat dit positief bijdragen aan de therapietrouw en zodoende het herstel versnellen. Het blijft daarbij wel de vraag: hoe precies de coaching aan te bieden? Dit is heel variabel. Het is dan ook moeilijk aan te geven welke aspecten bij coaching generiek en concreet effectief zijn. Ten tweede is de manier van toepassen van coachen afhankelijk van hoe de professional de cliënt benadert. Iedere professional heeft daarin zijn of haar eigen voorkeur en ervaring. Toch wordt ook aangegeven dat de effectiviteit van het coachen afhankelijk is van de afstemming op de cliënt. Dit is overigens lastig wanneer er meerdere zorgverleners betrokken zijn. In dat geval kan de coach meer als een case manager optreden die al coachend de verschillende behandelingen laat aansluiten op de behoeften van de cliënt.

Het toepassen van een coöperatieve of directieve manier van coachen hangt ook af van zaken zoals tijdsinvestering, inspanningsgraad en beschikbare capaciteit. Dit geldt zeker bij instructie geven aan patiëntengroepen. Dat kost minder van tijd, het bereik is groter maar is meer directief. Individuele coöperatieve coaching vraagt wel meer investering. Dit kan een obstructie vormen voor algemeen gebruik en toepassing. Er wordt wel onderzoek gedaan naar patiëntervaringen met betrekking tot het geven van instructie aan patiëntengroepen, maar het gebeurt nog niet in grote mate. Wat je ziet is dat specialisten in deze context meer directief coachen terwijl in de 1^e lijn, die meer capaciteit heeft, meer coöperatief wordt gecoacht.

3.3 “Evidence-based” versus “Practice-based”

Coachen is in de fysiotherapie geen onderdeel van het zorgprotocol. Reden hiervoor is het ontbreken van wetenschappelijke studies die de effectiviteit van coachen aantonen. Bovendien zijn er nog geen goede effectmaten bekend om het effect van coachen te meten. Hoewel er wel baat wordt vermoed is er, volgens de aanwezigen, als gevolg van het gebrek aan onderzoek, weinig objectieve kennis over de invloed van coachen op het vergroten van zelfsturing en zelfredzaamheid (patient empowerment). Deze relatie kan alleen getoetst worden in een gecontroleerde situatie (experiment versus controle groep). “Je moet dan mensen selecteren die het ook echt willen gebruiken. En dan een situatie creëren waarin je coöperatief coachen vergelijkt met directief coachen”. Coachen in de praktijk wordt veel op intuïtie gedaan (niet gestandaardiseerd), maar er komt steeds meer nadruk te liggen op een evidence base voor fysiotherapie. Illustratief zijn performance testen en het gebruik van klinimetrie (meten van klinische verschijnselen). Dit is eveneens zichtbaar in de richtlijnen van waarin steeds meer aandacht komt voor het meten, of een behandeling werkt en of er iets bereikt wordt. Via vragenlijsten gekoppeld aan het elektronische dossier van de patiënt is het veel gemakkelijker om klinimetrische gegevens te achterhalen. “Het vergemakkelijkt het bepalen van de effectiviteit van een behandeling, omdat je de vragenlijsten makkelijker bij cliënten kunt afnemen.” Verder is het voordeel van klinimetrie de mogelijkheid direct resultaat aan de patiënt terug te koppelen. De resultaten zijn dan gelijk zichtbaar en dus ook de verbetering gedurende een behandeling. Dit geeft de patiënt een ‘boost’: de motivatie bij de patiënt neemt toe. Wat door de aanwezigen benadrukt werd is dat het erom gaat verbanden te kunnen zien – zowel door de professional, als de cliënt – tussen de fase in het behandeltraject en wat een cliënt op dat moment kan gezien de heftigheid van de klacht.

3.4 Monitoren en Feedback als Functionaliteit van de (e)Coach

Een belangrijk aspect van coachen is monitoren van de cliënt en het geven van feedback en dit is ook een belangrijke functionaliteit die een eCoach in zich zou moeten hebben. Het doel van monitoring en feedback is het verbeteren van het dagelijks functioneren van de patiënt. Hetgeen dat wordt gemonitord kan direct teruggekoppeld aan en besproken worden met de patiënt. Dit geeft “de begeleiding meer handen en voeten”. De eCoach kan dit doen, maar het kan ook bijdragen aan de behandeling door de menselijke coach (hier: de fysiotherapeut). Tijdens het consult kan deze dan beter met de patiënt gezamenlijk bespreken hoe de behandeling, zelfzorgactiviteiten van de patiënt en het herstel verloopt. Expliciet werd er aangegeven dat eCoach met kniebrace een geschikte tool lijkt, om de verantwoordelijkheid die de cliënt heeft in herstel en zelfzorg bespreekbaar en praktisch te maken. Bij monitoren en feedback zijn afkappunten (binnen het volume van buiging of overbelasting), die het type en inhoud van de feedback bepalen. Deze afkappunten zijn gebaseerd op ‘fingerspitzengefühl’ van de fysiotherapeut. Wanneer er een foutief afkappunt gehanteerd wordt door een eCoach, die toch als autoriteit wordt gezien door de patiënt, dan kan er iets mis gaan in de zelfzorg. Wie is dan verantwoordelijk? Deze afkappunten dienen wetenschappelijk worden vastgesteld en nauwkeurig worden getoetst alvorens het op te nemen in de functionaliteit van de eCoach. Zoals in de vorige paragraaf aangegeven, is dit een belangrijke, maar uitdagende opdracht.

4 Discussie

Het concept coachen en eCoachen zijn recente ontwikkelingen in de zorg en hierdoor is nog weinig bekend over de mogelijke toepassing in zorgpraktijken. In dit rapport zijn de resultaten van een focusgroep besproken met als doel het vaststellen van de visie van de fysiotherapeuten over coachen van patiënten met (chronische) knieaandoeningen. Hierbij hebben we getracht twee hoofdvragen te beantwoorden.

- Hoe ziet coachen van mensen met (chronische) knieklachten er in de praktijk uit in contrast met coachen in theorie.
- Hoe kan een eCoach die de patiënt monitort via een kniebrace en feedback geeft via een mobiele applicatie (zoals mobiele telefoon) hierbij ondersteuning bieden?

Tijdens de focusgroep werden deze vragen gezamenlijk en interactief besproken met vier fysiotherapeuten. Twee van de vier fysiotherapeuten zijn actief in de 1^e lijn, één werkt er als sportfysiotherapeut bij de KNVB en één is werkzaam als fysiotherapeut-onderzoeker, geaffilieerd aan VUmc en AMC. Alle vier zijn verbonden aan de Stichting Opleidingen Musculoskeletale Therapie (SOMT) in Amersfoort.

4.1 Samenvatting van de Focusgroep

4.1.1 *Emerging Thema's*

Tijdens de focusgroep kwamen vier thema's naar voren die wij 'emerging' thema's noemen en hier kort zullen bespreken en het eerste thema was 'Coachen in theorie versus in de praktijk'. Er waren een paar duidelijke overeenkomsten tussen coachen in de theorie en in praktijk. Zoals ook in de theorie wordt beschreven bestaat coachen in de praktijk uit onder anderen:

- Het opstellen van een persoonsprofiel waarop coachen wordt afgestemd;
- Gezamenlijk behandelplan en daar uitvoegende persoonlijke doelen stellen;
- Het bieden van educatie in relatie tot de klacht en het behandeltraject;
- Stimuleren van zelfredzaamheid;
- Monitoren het bieden van feedback;
- Het vervullen van verschillende rollen, afhankelijk van de situatie en behoeften cliënt.

Daarnaast bleek uit de discussie dat er ook een duidelijk onderscheid is tussen de theorie en de praktijk met betrekking tot coaching. De voornaamste opmerking luidde dat de theorie zich vooral richt op wat coöperatief coachen heet, wat wil zeggen dat de patiënt nauw betrekken bij keuzes in de behandeling, terwijl in de praktijk er ook goed gekozen kan worden voor directief coachen. Dit laatste wil zeggen dat de patiënt vooral advies en instructies opvolgt. Het zijn beide coachvormen omdat ze allebei gepaard gaan met educatie en allebei zijn gericht op het vergroten van zelfsturing en zelfredzaamheid van de cliënt.

Een tweede thema dat hieruit volgt is de keuze voor coöperatief of directief coachen. Deze keuze voor een van de twee typen wordt door fysiotherapeuten gemaakt om zo goed mogelijk op de behoefte van de cliënt aan te sluiten. Met name moet het aansluiten op het profiel van de individuele patiënt, waarbij het gaat om intellectueel niveau, type en fase van de aandoening, de mate van motivatie, en de psychosociale problemen. Omdat dit dynamisch is geldt dat ook voor de keuze in het type coachen. Ook is het zo dat elke fysiotherapeut zo zijn of haar eigen voorkeur heeft. De reden van de keus is

niet altijd duidelijk omdat de toepassing op basis van expertise en dus intuïtie kan verlopen. Toch wordt meestal getracht de keuze in overleg met de patiënt te maken. Een derde thema is de behoefte aan empirisch onderzoek. Wanneer coachen goed aansluit op de behoefte van de patiënt, dan is de verwachting dat dit positief bijdraagt aan behandelingsproces en -uitkomsten. Toch is het moeilijk precies vast te stellen wat het effect van coachen is omdat er nog weinig evidence base voor is. Uit onderzoek zou bijvoorbeeld moeten blijken of het effect van coöperatieve coachen op de verbetering van de zorg bij knieklachten opweegt tegen de investering die moet gedaan worden om dat te realiseren op het gebied van tijd, inspanning en capaciteit.

De uitdaging in empirisch onderzoek zit in twee aspecten. Ten eerste is coachen niet opgenomen in de fysiotherapie standaard en het wordt dus niet eenduidig toegepast. Ten tweede zijn er geen duidelijke effectmaten bekend wat het meten van het effect van coachen (directief en coöperatief) op het zorgproces en de uitkomst lastig maakt. Toch komt er steeds meer nadruk te liggen op zorg die evidence based is, zoals dat gebeurt met klinimetrie.

Een laatste thema is monitoren en feedback geven via een eCoach. Monitoren en bieden van feedback zijn twee belangrijke activiteiten bij coachen. Dit komt ook naar voren bij de discussie over klinimetrie. Via deze methode is het mogelijk om direct resultaat van de behandeling aan de patiënt terug te koppelen en dus ook de eventueel aanwezige verbetering gedurende een behandeling. Dit kan voor de patiënt een goede bron van motivatie voor therapietrouw vormen.

Het monitoren en bieden van feedback als functionaliteiten van de eCoach kunnen worden vervuld door een kniebrace die kniebuigingen meet en een mobiele applicatie die doorgeeft aan cliënt en zorgverlener hoeveel er daadwerkelijk is bewogen. Dit kan bovendien worden aangevuld met vragen naar de pijn die de cliënt ervaart tijdens het bewegen. Dit kan de patiënt meer duidelijkheid en zodoende meer zekerheid geven over de zelfzorgactiviteiten (e.g., beweegoefeningen thuis). Bovendien kunnen tijdens het consult de gegevens beter met de patiënt gezamenlijk worden bekeken en kan worden besproken hoe de behandeling, zelfzorgactiviteiten van de patiënt en het herstel verloopt.

Risico bij eCoachen is het gebrek aan eenduidige afkappunten waarop de feedback wordt geboden. Wanneer er een foutief afkappunt gehanteerd wordt door een eCoach, die toch als autoriteit wordt gezien door de patiënt, dan kan er iets mis gaan in de zelfzorg. De vraag is dan wie er verantwoordelijk is. Deze afkappunten moeten wetenschappelijk worden vastgesteld en nauwkeurig worden getoetst alvorens het op te nemen in de functionaliteit van de eCoach.

4.1.2 *Coachen en eCoachen bij Knieklachten*

Tijdens de focusgroep hebben wij drie subvragen gesteld over coachen en eCoachen bij knieklachten en wij zullen hen beantwoorden op basis van de uitkomst van de focusgroep. De eerste vraag was wat er wordt verstaan bij fysiotherapeuten onder coach en wat volgens hen het effect ervan op zelfzorg en zelfzorguitkomsten. Coachen kan in verschillende vormen worden aangeboden en het belangrijkste is daarbij dat de vorm goed aansluit op de behoeften van de patiënt omtrent persoonlijke voorkeuren en type en fase van aandoening. Daarbij moet er rekening worden gehouden met de persoonskenmerken zoals leeftijd, opleidingsniveau en cognitie. Het precieze effect van coachen is bij het verhelpen van knieklachten is vooralsnog onduidelijk. Hier zou empirisch onderzoek naar verricht moeten worden.

Wanneer we bestaand onderzoek volgen dan kan coachen sterk bijdragen aan de uitvoering van zelfzorg door patiënten. Het zou dan vooral gaan om systematisch bieden van educatie, helpen inzicht te verkrijgen in de eigen gezondheid en geven van

psychosociale begeleiding om persoonlijke gezondheidsdoelen te onderhouden, waarbij ook de omgeving wordt betrokken (Blanson Henkemans et al., 2009). De zorg zou zodoende duurzamer worden. De kwaliteit van leven wordt verhoogd, complicaties worden uitgesteld en de zorgvraag proportioneel wordt verlaagd (Huisman, De Gucht, Dusseldorp, & Maes, 2009).

Een tweede vraag was in hoeverre coachen in de praktijk aansluit op de theorie. Wat betreft de activiteiten, zoals gezamenlijk het behandelplan vertalen naar persoonlijke doelen en activiteiten, het geven van educatie en monitoren en bieden van feedback komt dit tussen de praktijk en theorie overeen. Het verschil zit, zoals hierboven is besproken in het type coachen dat daarbij wordt gehanteerd. Een interessant vervolg vraag zou dan ook zijn in welke zin coöperatief en directief coachen deze activiteiten faciliteren en wat dan het effect daarvan is op het gebied van effectiviteit, efficiëntie en tevredenheid bij de cliënt en de zorgverlener zelf. Zodoende kan een keuze voor een type coachen ook worden meten in het licht van beschikbare tijd, inspanning en capaciteit.

De behoefte aan dynamische kiezen voor coöperatief of directief eCoach afhankelijk van gebruikerseisen en -context komt overeen met eerder onderzoek (Blanson Henkemans, 2009). In dit proefschrift kwam dan ook naar voren dat er de mogelijkheid moet zijn te kunnen wisselen. De eCoach moet dus adaptief zijn en de keuze voor wisselen zal bijvoorbeeld afhangen van de gezondheidstoestand en -fase. In normale situaties is, ter illustratie, coachen bij voorkeur coöperatief omdat dit meer de nadruk legt op de keuze van de cliënt. In complexe situaties gaat daarentegen de voorkeur uit naar directief, omdat dit minder inspanning kost voor zowel zorgverlener en cliënt en er helder instructies worden gegeven, waarbij achteraf nog wordt uitgelegd wat er is gebeurd en waarom.

Tenslotte was de vraag of eCoachen de te verwachte extra belasting van coachen op de zorgvraag kan verlichten in relatie tot tijd, inspanning en capaciteit en daarmee de keuze voor coöperatief coachen, dat wordt gezien als meer onder anderen extra tijdrovend, aantrekkelijke kan maken. Uit de focusgroep blijkt dat de eCoach met kniebrace een mooi mechanisme is om dit te toetsen. Het zou goed kunnen helpen zelfzorg bespreekbaar te maken, te stimuleren en te ondersteunen via monitoren en het geven feedback. Daarbij is het wel belangrijk goed de risico's van feedback op basis van incorrecte metingen of grenswaarden te adresseren.

Een ander type ondersteuning bij fysiotherapie is bieden van video's die instructies geven hoe bepaalde oefeningen thuis kunnen worden begeleid, wat ook wel asynchroon telecare wordt genoemd. Haines en collega's (2009) hebben hier een randomized control trial naar gedaan en het bleek dat dit soort ondersteuning kan bijdragen aan het uitoefenen van zelfzorg (zoals oefeningen thuis), maar dat op lange termijn de therapietrouw afneemt (Haines et al., 2009). Hier kan eCoachen weer een belangrijke rol bij spelen en het is wellicht een idee om eCoachen zoals in dit rapport besproken te combineren met het bieden van instructie video's thuis.

4.2 Beperkingen van Onderzoek

Uiteraard kent deze studie enkele beperkingen. Ten eerste zijn de bevindingen gebaseerd op één focusgroep. Ten tweede is het focusgroep interview gehouden met slechts fysiotherapeuten. Deze beperkingen hebben consequenties voor de interpretatie en representatie van de bevindingen. Hoewel het focusgroep interview inzicht geeft in hoe fysiotherapeuten patiënten met knieklachten coachen, geeft het gehouden focusgroep interview geen volledig beeld van hoe het theoretisch model met betrekking tot coaching zich verhoudt tot hoe coaching in de praktijk plaatsvindt, dan wel hoe

eCoaching het coachen en het bevorderen van zelfzorgactiviteiten in de praktijk kan ondersteunen. Het geeft eveneens geen volledig beeld hoe coaching plaatsvindt en hoe eCoaching ondersteunend kan werken in andere zorgpraktijken, anders dan fysiotherapie. De bevindingen kunnen niet geëxtrapoleerd worden naar andere zorgpraktijken; verder onderzoek is hiervoor nodig. Het is dus raadzaam in de toekomst te bevragen hoe coachen en eCoachen toegepast kan worden en wat het nut ervan is met andere zorgverleners en patiënten middels een focusgroep interview. Daarnaast bleek dat er behoefte is aan empirisch onderzoek naar het effect van coachen en eCoachen. Desondanks kan deze studie toch als betrouwbaar geacht worden. De deelnemende fysiotherapeuten zijn allemaal geaffilieerd met het opleidingsinstituut SOMT, vanuit hun hoedanigheid als 'opleiders' zijn zij reflexief over coaching en het begeleiding van patiënten. Ten tweede is de uitwerking voorgelegd aan de deelnemende fysiotherapeuten ter controle, om foutieve interpretatie te voorkomen. Hoewel dit de validiteit van deze studie zeker beïnvloed, menen wij dat de bevindingen uit deze studie wel degelijk meerwaarde heeft. Door het exploratieve karakter van de studie, geeft het aanzet tot verder onderzoek naar coaching in het algemeen en eCoaching in het bijzonder.

4.3 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat het theoretisch model dat is opgesteld met betrekking tot het coachen van patiënten ter bevordering van zelfzorgactiviteiten en het verlichten van de zorgvraag, niet geheel overeenkomt met hoe coachen door zorgprofessionals in de praktijk wordt toegepast. Waar het theoretisch model uitgaat van coaching als een coöperatieve aanpak, waarin patiënten een actieve rol hebben in zelfzorgactiviteiten en coachen door zorgprofessionals gezien wordt als een bewuste handeling, is het coachen van patiënten in de praktijk onderhevig aan variatie. Coachen in de praktijk is afhankelijk van de zorgprofessional, patiëntbehoeften, de aandoening en de mate van de klacht.

Een eCoach die de zelfzorgactiviteiten en het herstel van patiënten met (chronische) knieklachten monitort via een kniebrace en feedback geeft via een mobiele applicatie (zoals een mobiele telefoon) wordt geacht ondersteunend te werken. Echter dient verder onderzoek gedaan te worden naar hoe een eCoach coaching op maat kan bieden en hoe coaching in de praktijk door een eCoach effectief ondersteund kan worden.

5 Referenties

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Bennett, J. A., Perrin, N. A., Hanson, G., Bennett, D., Gaynor, W., Flaherty-Robb, M. et al. (2005). Healthy aging demonstration project: nurse coaching for behavior change in older adults. *Research in nursing & health*, 28, 187-197.

Blanson Henkemans, O. A. (2009). *ePartner for Self-Care: How to Enhance eHealth with Personal Computer Assistants*. PhD Delft University of Technology.

Blanson Henkemans, O. A., Molema, J. J. W., Alpay, L. L., Schoone, M., Otten, W., Boog, P. J. M. v. d. et al. (2009). Innovaties voor Zelfzorg: Ontwikkelen van Kennis, Diensten en Technologie voor Duurzame Gezondheidszorg (Innovations for Self-Care: Development of Knowledge, Services and Technology for Sustainable Care). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*.

Buckley, A. & Buckley, C. (2006). *A guide to coaching and mental health : the recognition and management of psychological issues*. London; New York: Routledge.

Carrieri-Kohlman, V., Nguyen, H. Q., mir-Deviren, S., Donesky-Cuenco, D., Neuhaus, J., & Stulbarg, M. S. (2005). Impact of Brief or Extended Exercise Training on the Benefit of a Dyspnea Self-management Program in COPD. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 25, 275-284.

Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J. (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 166, 1822-1828.

Conner, M. & Norman, P. (2005). *Predicting health behaviour : research and practice with social cognition models*. Maidenhead: Open Univ. Press.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Dumay, A. C. (2007). Innovating eHealth in the Netherlands. *Studies in health technology and informatics*, 127, 157-165.

Haines, T., Russell, T., Brauer, S., Erwin, S., Lane, P., Urry, S. et al. (2009). Effectiveness of a video-based exercise programme to reduce falls and improve health-related quality of life among older adults discharged from hospital: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 23, 973-985.

Huisman, S., De Gucht, V., Dusseldorp, E., & Maes, S. (2009). The Effect of Weight Reduction Interventions for Persons With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 35, 818-835.

Kushniruk, A. W. & Borycki, E. (2008). *Human, social, and organizational aspects of health information systems*. Hershey: Medical Information Science Reference.

Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E., & Ozakinci, G. (2004). Living with Chronic Illness: A Contextualized, Self-Regulation Approach. In S. Sutton, A. Baum, & M. Johnston (Eds.), *The Sage Handbook of Health Psychology*, London: Sage.

Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care helping patients change behavior*. New York, New York: Guilford.

Swinkels, I. C. S. & Leenders, C. M. (2006). *Door wie wordt de fysiotherapeut vooral bezocht?* Bilthoven: RIVM.

Vogels, E. M. H. M., Hendriks, H. J. M., Baar, M. E. v., Dekker, J., Hopman-Rock, M., Oostendorp, R. A. B. et al. (2005). *KNGF-richtlijn: Atrose heup-knie* KNGF.

A Lijst met deelnemers Focusgroep

Michel Eskes

Leeftijd: 42

Hoe lang fysiotherapeut: 15 jaar

Type fysiotherapie: sportfysiotherapeut/manueeltherapeut

Ervaring met gebruik ICT bij werkzaamheden: ervaring met Intramed en Fysioroadmap

Ervaring met coaching – ondersteuning: binnen de sportfysiotherapeutisch setting

M. van der Esch

Leeftijd: 53

Hoe lang fysiotherapeut: sedert 1978

Type fysiotherapie: revalidatie, 2^e lijn gezondheidszorg, onderzoeker, epidemioloog en manueel therapeut

Ervaring met gebruik ICT bij werkzaamheden: in kader klinisch wetenschappelijk onderzoek ruime mate aanwezig

Ervaring met coaching – ondersteuning: alleen op basis van klinische praktijk en in het licht van voorlichting aan patiënten met reumatische aandoeningen

G.J. Loefflerink

Leeftijd: 56

Hoe lang fysiotherapeut: 32 jaar

Type fysiotherapie: fysiotherapeut, manueel therapeut. MA in psychologie.

Werkzaam in de eerste lijn

Ervaring met gebruik ICT bij werkzaamheden: inzetten meetinstrumenten digitaal, inzetten elektronisch patiëntendossier

Ervaring met coaching – ondersteuning: in de eerste lijn bij individuele behandeling. begeleiding stagiaires manueel therapeuten in opleiding.

Peter Weerman

Leeftijd: 55 jaar

Hoe lang fysiotherapeut: reeds 30 jaar

Type fysiotherapie: Musculoskeletaal

Ervaring met gebruik ICT bij werkzaamheden: ja voortdurend. In diverse vormen van verslaglegging en onderzoek.

Ervaring met coaching – ondersteuning: ja veelvuldig mn door na/bijbscholings processen

B Uitwerking Focusgroep

Project “Coaching bij knieklachten” **Uitwerking interview fysiotherapeuten** **Datum: 21-10-2009**

Korte kennismaking

Aanwezig bij het gesprek zijn Maarten van der Esch (*fysiotherapeut/onderzoeker*), Gert-Jan Liefverink (*fysiotherapeut/manueel therapeut*), Michel Eskes (*sportfysiotherapeut*), Peter Weerman (*fysiotherapeut*), Sytze Kalisvaart (*TNO Industrie en Techniek Eindhoven*), Olivier Blanson Henkemans en Yvonne Jansen (*beide TNO Kwaliteit van Leven Leiden*)

Er is geen bezwaar tegen het opnemen van het gesprek op voicerecorder (opname gestart).

Echter door technische problemen met de voicerecorder, betreft dit verslag niet een verbatim uitwerking van het interview.

De stelling van de avond is: Coachen als onderdeel in de zorg voor patiënten met knieklachten en artrose

Peter Weerman: fysiotherapeut 1^e lijns- en anderhalfszorg in praktijk met 18 fysiotherapeuten in Haarlem-Leiden; is betrokken bij arm- en rugpoli in regionaal ziekenhuis; is docent voor bijscholing huisartsen m.b.t. bewegingsapparaat. Betrokken bij samenwerkingsproject met orthopeden m.b.t. artrose en knieklachten, omdat vanuit 2^e lijn samenwerking niet zo snel wordt gezocht. En is betrokken als fysiotherapeut-adviseur bij de artrosepoli opgezet tussen Kennemer Gasthuis en het Spaarne Ziekenhuis in Haarlem.

Michel Eskes: werkzaam bij het sport medisch centrum van KNVB, en houdt zich veel bezig met knieklachten bij sporters (van niveau recreant tot topsport). Hierin zijn veel verschillende pathologie zichtbaar. Coachen verweven in werkzaamheden, in de vorm van advies en begeleiding, oefenprogramma's, leefregels en beweegprogramma's.

Gert-Jan Liefverink: werkzaam als fysiotherapeut bij een 1^e lijnspraktijk in Amersfoort. Is tevens skills-docent bij het SOMT. Heeft in verleden een extra master in psychologie gehaald, omdat hij gedrag (van cliënten) een belangrijk deel vindt van zijn werk. Hij is van mening dat iedere fysiotherapeut coacht, leefstijladviezen worden gegeven aan kniepatiënten uit diverse leeftijdsgroepen. Hij ziet in zijn praktijk diverse cliënten: ouderen met artrose, mensen met acuut trauma; hier treedt het coachen in werking. Een fysiotherapeut moet mensen leren omgaan met de klachten, leren rust te nemen en geduldig te zijn, cliënten bewust maken van de loop van de klachten (meer evidence-based). Dit laatste geeft cliënten meer geruststelling om de expertise van de behandelaar. Coachen is naar zijn mening het beïnvloeden van 'illness beliefs' van cliënten door het geven van meer inzicht in de klacht.

Maarten van der Esch: is werkzaam als fysiotherapeut-onderzoeker bij het Jan Van Breemeninstituut in Amsterdam, waar hij veel cliënten met artrose en de ziekte van Bechterew ziet. Hij is betrokken bij veel wetenschappelijk onderzoek bij het VU en

AMC. Heeft promotie gedaan op het terrein van knieartrose; instabiliteit van de knie als voorspeller van klachten. Hij is tevens lector aan de Hogeschool van Amsterdam, in welk verband hij veel wetenschappelijk onderzoek doet i.s.m. UvA. Hij ziet veel cliënten in het kader van onderzoek, waarbij veel systematische metingen plaatsvinden van heup- en knieartrose op de artrosepoli. Hierbij ligt zijn voornaamste belangstelling in het creëren van een infrastructuur voor onderzoek in de zorg. Hij is momenteel betrokken bij een onderzoekstraject naar de implementatie van het artrosepapad voor knie/heup in de zorg. Het is januari 2009 gestart, en daarin zijn 150 cliënten opgenomen. Het doel van dit onderzoek is het achterhalen van risicofactoren voor verminderd functioneren.

MvdE: coachen past niet in het protocol van zorg. Er zijn nog geen goede effectmaten bekend om het effect van coachen te meten. Dus wat is nu precies de vraag van deze focusgroep? Wat is het precieze doel van deze bijeenkomst?

OBH: geeft een korte uitleg van de avond. Het gaat om de relatie van gedrag en computerondersteuning met coachen.

In vervolg op de uitleg is het de bedoeling om interactief de hoofdactiviteiten van coachen te achterhalen. *Wat wordt verstaan onder coachen?*

Verschillende hoofdactiviteiten worden hier genoemd:

- Het stellen van doelen samen met de cliënt. Doelen m.b.t. belastbaarheid in sport, met als einddoel het terugkomen van de cliënt op het oude niveau van sport.
- Het opstellen van een behandelprotocol.
- Het geven van uitleg over het traject; informatie en advies m.b.t. de loop van de klacht.
- Het stellen van doelen voor de cliënt om ook zelfstandig thuis te kunnen halen. Dus aangeven in deze fase deze oefening, zoveel keer herhalen, en in de volgende fase....etc.

OBH: noteert de volgende punten tijdens het noemen van coachkarakteristieken:

- Samen met patiënt doel stellen
- Behandelprotocol opstellen
- Bepalen van persoonprofiel waarop coaching wordt afgestemd
- Stimuleren van zelfstandigheid (o.a. bij revalidatie)
- Monitoren
- Verschillende rollen bepalen
 - Trainen
 - Meevoelen
 - Adviseren/informereren
 - Preventief werken

PW: Het is ook stimuleren van zelfredzaamheid en zelfwerkzaamheid. Het is zelfs opgenomen in 3 richtlijnen (voor rugklachten)

ABC-profiel

A = acute arthritis

B = ?

C = passieve coping

Hierbij wordt het stimuleren van zelfredzaamheid en zelfwerkzaamheid afgestemd op persoonsprofiel

GJL: Maar coachen is afhankelijk van de procedure c.q. zorgproces. Bij iedere fase heb je coachaspecten. Bij intake, behandelplan etc.

MvdE: Coachen is erop gericht een cliënt na een klacht zelfstandig terug te brengen op zijn/haar oude niveau. Dat is de basis van revalidatie.

In het zorgtraject, monitor je een cliënt en zijn/haar vooruitgang, dan gaat het specifiek over begeleiden. Maar je kunt meerdere rollen hebben: rol van trainer, soms moet je meehuilen etc., dat zijn allemaal competenties die je moet hebben om te kunnen coachen.

GJL: Zo ook met de BeweegKuur. Sommige cliënten geef je daarin 1 advies en die gaat er zelfstandig mee aan de gang. Een 2^e groep heeft meer begeleiding nodig, en een 3^e groep die is lastig tot gedragsverandering te bewegen. Bij deze laatste groep geef je veel intensievere begeleiding.

Maar dit geldt niet alleen voor een patiëntengroep, dat geldt eigenlijk voor alle patiëntengroepen. In de 1^e lijn zie je patiënten van allerlei pluimage. De patiënten in de 2^e lijn zijn voorgeselecteerd door de 1^e lijn.

MvdE: Maar voor die voorselectie is geen afkap punt voor. Richtlijnen die ontwikkeld zijn richten zich vooral op 1^e lijnspatiënten, maar gelden net zo goed voor 2^e lijnspatiënten. Er zijn eigenlijk geen goede criteria om patiënten in te delen in 1^e lijns- of 2^e lijnspatiënten.

Dit wordt per individu apart bepaald. Zeker nu functionele bekostiging wordt ingevoerd, wordt de volgende vragen belangrijk: Wie hoort waar? En wanneer is het meer effectief en efficiënt om een patiënt te behandelen in 1^e lijn of 2^e lijn?

De definitie die nu hiervoor wordt gehanteerd: veel risicofactoren zijn van belang bij de klacht, dat maakt een klacht en/of aandoening complex, waardoor een behandeling vanuit multidisciplinair team beter past. En dan worden mensen als '2^e lijnspatiënt' gedefinieerd.

Heeft een cliënt maar enkele risicofactoren, dan hoort deze in de 1^e lijn.

Mensen met knieklachten van 65+, hebben een grotere kans op een verminderd functioneren. Dan is ook leeftijd dus een risicofactor.

Maar de vraag is gelden die risicofactoren bij iedereen?

Bij co-morbiditeit heb je te maken met meer risicofactoren.

Er zijn verschillende studies gaande m.b.t. stimuleren van zelfmanagement en coaching. Maar de uitkomstmaten zijn daarvan nog niet duidelijk. Primair zou het moeten gaan om een verbetering in het dagelijks functioneren. Kan de klacht zo verbeteren dat een cliënt naar tevredenheid kan functioneren in zijn/haar dagelijks leven. Kan deze voor zichzelf zorgen? Kan hij/zij werken? Dit kan je allemaal bepalen d.m.v. 'performance testen'; daarmee observeer je het functioneren van een cliënt.

En dat is voor een fysiotherapeut belangrijk.

MvdE: in de richtlijnen komt steeds meer aandacht voor het 'meten' of een behandeling werkt en of iets bereikt wordt.

Meetinstrumenten die voldoen aan de praktijk zijn daarbij makkelijker te gebruiken.

PW: de effectiviteit van de behandeling wordt steeds belangrijker. Daarom is er ook steeds meer aandacht voor klinimetrie: dat zijn vragenlijsten waarin je een cliënt's functioneren kan bevragen en observeren.

GJL: nu deze vragenlijsten ook zijn ingebouwd in de elektronische dossiers, is het veel gemakkelijker om klinometrische gegevens te achterhalen. Het vergemakkelijkt het bepalen van de effectiviteit van een behandeling, omdat je de vragenlijsten makkelijker bij cliënten kunt afnemen.

Een fysiotherapeut test vooral op 'performance'. Waarbij de uitkomsten van deze 'performance-testen' correleren aan klinometrie.

Dat geeft een patiënt een boost, de motivatie bij de patiënt neemt toe. De resultaten zijn gelijk zichtbaar, en dus ook de verbetering gedurende een behandeling.

Wat is de rol van therapietrouw bij coachen? Hoe belangrijk is het bereiken van compliance?

Dit is niet alleen belangrijk. Ook de psychosociale problemen van cliënten zijn belangrijk, de psychologie en gedrag van een cliënt, ook hoe mantelzorger betrokken zijn en kunnen worden, en hoe een behandeling bij die van andere professionals aansluit.

PW: coachen is dus eigenlijk casemanagement. Het laten aansluiten van verschillende behandelingen en van verschillende behandelaars.

OBH: geeft uitleg over het theoretisch model van coachen.

Theorieën

- Zelfzorg
- Self-Determination Theory
- Motivational Interviewing

Onderzoek naar coachen van zelfzorg

- Educatie en patiëntbetrokkenheid
- Autonomie
- Opstellen doelen en doelpad
- Self-efficacy
- Sociale interactie
- Monitoring en feedback

Een initiële conditie leidt via een doelpad, met daarin iteratieve monitoring en feedback loops, naar een doel conditie, dat idealiter ook tot een gewoonte wordt.

Diverse coaching stadia

1. Prediagnose
 - Diagnose en behandeling
 - Kennis en voorkeuren
2. Anamnese, diagnose en behandeling
3. Bepalen patiëntbeeld van diagnose
 - Begrip diagnose
 - Evaluatie diagnose
4. Opstellen doel en doelpad
 - Strategie: Voorkeuren en Intentie
 - Tactiek: Probleem analyse
 - Operationalisatie: SMART gedrag
5. Doelrealisatie
6. Doelonderhoud en gewoonteontwikkeling

Waarbij de iteratieve monitoring en feedback gericht is op:

- Empathie
- Zelfvertrouwen
- Zelfstandig overkomen van tegenslagen

OBH: *hoe verhoudt zich dit theoretisch model met de praktijk?*

PW: het blijft een algemene coachingmodel. Maar in de praktijk is het afhankelijk van de patiënt, welke fase deze zich bevindt wat betreft acceptatie.

MvdE: De vraag blijft eigenlijk nog steeds: is het coachen van patiënten is een zinvolle activiteit in de zorg?

Coaching komt voor in alle fasen.

Maar wat is nu precies de definitie die in het model wordt gehanteerd?

SK: het doel van coachen is het bereiken van patiënt empowerment. En daarbij hanteren we de hypothese dat dit bereikt kan worden door coaching, welke een bepaalde vorm van begeleiding is.

MvdE: maar wat is dan de specificiteit van deze vorm van coaching?

OBH: het geeft een overgang aan van directieve naar niet-directieve vorm van coaching
Directief is dan het begeleiden van cliënten

Bij het niet-directief begeleiden zijn de voorkeuren van de cliënt leidend => coachen
Met het uiteindelijke doel het vergroten van de zelfredzaamheid en zelfwerkzaamheid van de cliënt.

OBH: past ons model bij de praktijk?

PW: er is in de praktijk sprake van veel variatie en veel variabelen. Het is afhankelijk van de patiënten of je een directieve of niet-directieve manier van begeleiden toepast, of wellicht wel een tussenvorm.

MvdE: Bij het wel of niet gebruiken van hulpmiddelen zie je een soortgelijke situatie.
Het wel of niet gebruiken van hulpmiddelen is afhankelijk van de benadering van de cliënt door de professional.

Maar wil de effectiviteit van de hulpmiddelen verhogen, moet je dat in samenspraak doen met de cliënt.

PW: coaching zoals Olivier deze definieert, komt prima tot z'n recht. In dat geval is behandeling dus een coaching-traject

GJL: maar veelal wordt coaching intuïtief toegepast, en het is persoon-professional afhankelijk.

ME: het gaat erom om verbanden te kunnen zien. Dat je als professional, maar ook als cliënt het verband kunt zien met de fase in het behandeltraject met wat je op dat moment kunt gezien de heftigheid van de klacht.

De belastbaarheid zal toenemen in het behandeltraject, en dat wil je koppelen aan het functioneren in het dagelijks leven. Bijvoorbeeld: het op een gegeven moment mogelijk zijn van traplopen zonder het gebruik van de trapleuning.

De actieradius van de cliënt wordt groter, en neemt gedurende de behandeling weer toe. Iemand wordt meer actief in het dagelijks leven, en de fysiotherapeut wordt gelijkelijk meer coach.

Een fysiotherapeut is in begin veelal een begeleider/behandelaar en naarmate de actieradius van een cliënt toeneemt meer een coach.

GJL: het motivational interviewing is van origine afkomstig uit de verslavingszorg. Dat is erop gericht om mensen zelf capabel te maken met klacht aan de slag te gaan.

Je wilt niet dat cliënten afhankelijk van je worden. Je moet als fysiotherapeut geen redder willen zijn, maar een begeleider c.q. coach.

ME: dat zie je ook juist in de sportfysiotherapie.

MvdE: maar dat is echt een specifieke groep.

ME: maar ook daar is binnen groepen ook veel variatie

MvdE: persoonskarakteristieken zijn zeker belangrijk. Het is afhankelijk van de aandoening, acute problemen, chronische klachten. Fysiotherapie zit aan de care-kant; er vindt geen genezingsproces plaats. Het is meer begeleiding dan herstelproces.

PW: maar de vraag blijft wel veranderd de manier van coaching met cliënten? De stijl die je hanteert blijft misschien wel hetzelfde, maar je hebt dan wel mogelijk verschillende einddoelen.

MvdE: de manier van coaching wordt mede bepaald door de aandoening of de klacht.

GJL: de strategie die je als coach hanteert is bepalend. Als coach gebruik je meerdere strategieën, maar veelal doe je dat intuïtief.

MvdE: Dat is zeker zo. In een onderzoek van Erik Staal (waar?) is het effect van voorlichting bepaald; of het verschil maakt dat er informatie / instructie wordt gegeven aan een grote groep, of dat er a.d.h.v. een stelling wordt gediscussieerd.

Beide lijken goed te werken, maar dan bij bepaalde patientencategorieën. Dat was afhankelijk van het intellectueel niveau.

Maar het idee is dat je d.m.v. coachen andere beïnvloed door het beïnvloeden van gedrag.

OBH: Het wel of niet toepassen van directieve manier van coachen, is er verschil in de tijdsinvestering, consultduur, inspanning etc?

MvdE: zeker bij instructie geven. Dat kost minder van je tijd, je bereikt meer mensen; niet directieve coaching vraagt wel meer investering

OBH: kan dat ook een obstructie zijn voor algemeen gebruik/toepassing?

PW: wellicht. Dat heeft allemaal met tijd en geld te maken.

Er wordt wel een beetje onderzoek gedaan naar patiënt ervaringen mbt instructies. En wat je ziet is dat specialisten meer begeleiden en instructies geven; in de 1^e lijn zijn we meer coach.

MvdE: er heerst nu een grote vraag naar efficiëntie door de functionele bekostiging. Welke efficiëntie-politiek er gehanteerd wordt is per ziekenhuis verschillend, maar is wel per ziekenhuis aanwezig.

GJL: 2^e lijn komt ook steeds meer naar de 1^e lijn. 1^e lijn heeft meer tijd, doen ook de voorfiltering voor de 2^e lijn, bij de doorverwijzingen.

In de 2^e lijn is er voor cliënten bij fysiotherapie minder tijd nodig. Het voorwerk is al gedaan door de 1^e lijn, diagnose kan eerder gesteld worden. En krijgen betaald door bekostiging dmv DBCs. Dat is wel een positieve trend.
Het betekent wel erkenning van het vak als fysiotherapeut.

MvdE: nee hoor, het heeft niet te maken met erkenning. Het heeft te maken met 'goedkope zorg'. Het idee als veel mensen in de 1^e lijn zitten, dan is dat veel goedkoper, dan als ze in de 2^e lijn zouden zitten.
Er wordt hier zo over gesproken in de landelijke vakgroep Artrose.

GJL: maar er is wel sprake van edvidence mbt effectiviteit bij rehabilitatie. Indien een fysiotherapeut meer behandelingen geeft, dan is er meer kans op herstel en rehabilitatie.

OBH: geeft aan dat het gesprek zal overgaan naar de mogelijkheden van technologische ondersteuning hierbij en geeft het woord aan Sytze Kalisvaart
Vraag: hoe past de kniebrace in het kader van coaching?

SK: geeft een presentatie over kniebrace en mogelijke toepassing en technische functionaliteiten

MvdE: het blijft daarbij natuurlijk wel de vraag: hoe precies de coaching aan te bieden. Dit is natuurlijk heel variabel. Daarnaast is nog niet duidelijk welke aspecten bij coaching effectief zijn.

OBH: maar wat roept het bij je op?

MvdE: het is vergelijkbaar met de grote belacties die worden ondernomen om te onderzoeken hoe het met mensen gaat, bij professionals en bij mantelzorgers. Het blijft echter moeilijk in te schatten, of het effect ook werkt, welke afkappunten en gebruikt zouden kunnen worden bij de kniebrace. Om dat uit te zoeken zou je het moeten uitproberen bij blinde groepen en verschillende patientencategorieën. En dan mogelijk de kniebrace dmv empirisch onderzoek bijstellen.

PW: ik vind het wel een leuke tool om de verantwoordelijkheid bij cliënten terug te leggen. Ik denk dat je het goed kan testen in een implementeetraject om de zelfredzaamheid en zelfwerkzaamheid te vergroten.
Ik vind het een creatieve gedachte.
Mogelijk dat je er achter kunt komen of en welke functionaliteiten je nog zou kunnen en moeten toevoegen.

PW: een fysiotherapeut geeft in principe wel aan hoeveel iemand mag bewegen, maar eigenlijk is dat inschatten van de hoeveelheid inspanning een cliënt mag leveren allemaal ‘natte vinger’-werk.

Ik denk dat zo iets als de kniebrace een nuttig instrument zou kunnen zijn voor fysiotherapeuten.

Het is dan ook meer een praattool, een middel om het coachen daadwerkelijk handen-en-voeten te geven.

MvdE: maar het is nog veel te vroeg om in de kliniek te brengen.

SK: de determinanten zijn ook nog niet bekend.

GJL: de praktische toepasbaarheid van de kniebrace is nog onbekend. Gebruiken mensen het en zoals bedoeld? Gaat het zweten etc.

Voor welke doelgroep is het te gebruiken? Ik zit te denken aan vasculaire aandoeningen: claudicatio intermittens. Patiënten met deze aandoening geef je een loopprogramma. Daarbij zou de kniebrace mogelijk nuttig kunnen zijn

Bijvoorbeeld het programma ‘Workspace’ (pc-applicatie). Daarbij is de frustratie van gebruikers heel hoog. Anderen zijn zeer enthousiast. Maar of het toepasbaar is op een doelgroep, hangt af van het profiel van cliënt. Past het bij deze persoon, bij deze doelgroep, bij deze aandoeningen cq klachten?

MvdE: Om het in de kliniek te kunnen testen, moet het langs een medisch-ethische commissie, die toetst de aanpak van het experiment en keurt dat vervolgens goed of af, alvorens je het überhaupt mag gaan testen.

Dit is wel erg belangrijk, ivm juridische aansprakelijkheid en claims van overbelasting die mensen kunnen maken naar TNO.

Wil je de toepassingen laten vallen als hulpmiddel onder de Wmo: dan is een oordeel van een medisch-ethische commissie verplicht.

Een verandering of vernieuwing van zorg dan moet het voldoen aan Good Clinical Practice Wet

SK: wat als je een van de functionaliteiten een cijfer geeft (zoals een rapportcijfer) ipv een kleur (wat waarde-oordeel ‘goed’ vs ‘slecht’ impliceert)?

MvdE: Stel je coaching voorop: dan kan je wellicht met de functionaliteit van de kniebrace effect bereiken. Een mobiel ter ondersteuning kan ook goed daarbij werken wellicht.

Maar je kan dat alleen onderzoeken en vaststellen dmv onderzoek

De nuttigheid voor de praktijk is echter nog niet bekend. Dat kan alleen getoetst worden in een gecontroleerde situatie (experiment vs controle groep-setting).

SK: kniebrace en mobiel als sec meetinstrument wordt onderzocht in een promotieonderzoek bij het BewegingsLab in Maastricht.

Er is momenteel een aanvraag bij ZonMw om onderzoek te doen naar kniebrace-mobiel in combinatie met feedback.

GJL: maar met dit alles is compliance van de gebruiker erg belangrijk

MvdE: je moet dan denk ik mensen selecteren die het ook echt willen gebruiken. En dan een situatie creëren waarin je de ‘nieuwe manier van coachen’ vergelijkt met ‘niet-coachen’.

OBH: gezien de tijd. Wordt de bijeenkomst afgesloten.

Aandachtspunten voor organisatie dit soort bijeenkomsten:

- meer uitleg en informatie over opzet van onderzoek, vraagstelling bij focusgroep en status onderzoeksgroep
- meer informatie over affiliatie(s).

Alle deelnemers: krijgen toegestuurd een uitwerking van het gesprek en een klein vragenlijstje voor aanvullende informatie.

C Slides gepresenteerd tijdens Focusgroep, Deel I

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

D Slides gepresenteerd tijdens Focusgroep, deel II

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.