



Radboudumc
university medical center

Wat zijn de meningen en ervaringen van ziekenhuisfysiotherapeuten over de complexiteit in de ziekenhuisfysiotherapie: een kwalitatief, grounded theory benadering

Laura van Houten, Martijn Meijer, Gaby van Santvoort en Wouter Scheepers

HAN University of Applied Sciences, Nijmegen, Nederland;

Onderzoek uitgevoerd in Radboud University Medical Center, Nijmegen, Nederland

Samenvatting

Doel: De complexiteit per patiënt beter in kaart brengen en verbeteren op grond van meningen, gedachten en ervaringen van ziekenhuisfysiotherapeuten over de complexiteit van een fysiotherapie behandeling.

Methode: Door middel van een kwalitatieve grounded theory benadering zijn de meningen, gedachten en ervaringen over complexiteit van ziekenhuisfysiotherapeuten verzameld. Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen met professionals, werkzaam in regionale ziekenhuizen in Gelderland. Deze interviews zijn getranscribeerd, gecodeerd en vervolgens is vastgesteld wat invloed uitoefent op de complexiteit in de ziekenhuisfysiotherapie.

Resultaten: De resultaten uit dit onderzoek geven aan dat de complexiteit zich uit in het verschil in expertise, optimale keuzes die gemaakt moeten worden in situaties met tegenstrijdige belangen, het multifactoriële aspect, het ontbreken aan continuïteit en de onverwachte veranderingen in de zorg.

Discussie: Er zijn vijf thema's uit dit onderzoek gekomen die de complexiteit in de ziekenhuisfysiotherapie beschrijven. Wel blijken er individuele verschillen te zijn die de thema's tegenspreken. Dit onderzoek bevat een te beperkte onderzoekspopulatie om een theorie te kunnen vormen.

Introductie

Als fysiotherapeut behandel je patiënten met klachten die kunnen variëren in complexiteit. Niet alleen de klachten kunnen ervaren worden als complex, maar ook andere factoren, zoals hoeveelheid werkervaring en kennis of de organisatie binnen het ziekenhuis, kunnen invloed uitoefenen op de mate van complexiteit tijdens de behandeling. Dit komt niet alleen voor in de fysiotherapie, maar in de gehele gezondheidszorg. Door de jaren heen zijn er verschillende definities gegeven aan de term 'complexiteit' in de gezondheidszorg. Zo is er in 2018 een definitie beschreven die als volgt luidt:

“Een dynamische en voortdurend opkomende set van processen en objecten die niet alleen op elkaar inwerken, maar ook worden gedefinieerd door die interacties” (Greenhalgh & Papoutsis, 2018).

Echter betekent niet voor iedere fysiotherapeut de term 'complexiteit' hetzelfde; in een aantal richtlijnen (Veerbeek, et al., 2014)(van Nimwegen, et al., 2017)(Bastiaenen, et al., 2017)(de Vries, Hagenaars, Kiers & Schmitt, 2014) en beroepscompetentieprofielen (Hobbelen, et al., 2015)(Mulder, Boerma, Ijntema & Coppoolse, 2009)(Plsek & Thrisha, 2001) van de fysiotherapie komt de term 'complexiteit' veelvuldig voor. Echter wordt de mate van complexiteit of de definitie zelden specifiek weergegeven en geven fysiotherapeuten er vaak individueel een eigen betekenis aan. In het Beroepscompetentieprofiel psychosomatisch fysiotherapeut wordt een onderscheid gemaakt tussen ongecompliceerd, licht gecompliceerd, matig gecompliceerd en zwaar gecompliceerd (Mulder et al., 2009). Er wordt onderscheid gemaakt, maar deze is niet eenduidig en toepasbaar voor de gehele gezondheidszorg. Dit maakt het moeilijk om verschil te maken in wat wel en niet complex is.

Buiten een exacte definitie, is er in eerdere studies onderzocht of complexiteit in een model ingedeeld kan worden (Plsek & Thrisha, 2001). De literatuur stelt hier dat complexiteit binnen de gezondheidszorg tussen simpel en chaos invalt. Onder simpel wordt verstaan dat bepaalde systemen vaak voorkomen en er veel kennis over beschikbaar is. Het andere uiterste is chaos, hierover wordt gesproken wanneer bepaalde systemen weinig voorkomen en waarvan ook weinig kennis beschikbaar is. Complexiteit valt tussen deze begrippen in doordat het maar af en toe voorkomt en er enige kennis over beschikbaar is. Om het verschil in complexiteit meetbaar te maken, hebben eerdere studies vragenlijsten ontwikkeld zoals de COMPROI, OCCAM en de INTERMED (Huyse, de Jonge, Slaets & Herzog, 2001)(Troigros, et al., 2014). Alhoewel het met deze vragenlijsten mogelijk is om complexiteit te meten, is dit echter maar voor een beperkt aantal doelgroepen toepasbaar en worden niet alle aspecten van een fysiotherapeutische behandeling meegenomen.

In het Beroepscompetentieprofiel van de ziekenhuisfysiotherapeut (BCP) is er een gebrek aan een duidelijke definitie over de term 'complexiteit' terwijl deze acht keer wordt benoemd in relatie tot fysiotherapie. Een voorbeeldzin uit het BCP: “De complexiteit van handelen van de ziekenhuisfysiotherapeut is gelegen in het beoordelen en afstemmen van de verschillende factoren

binnen de gezondheidstoestand van de patiënt” (Copolse, et al., 2010). Hierdoor blijven er vragen bestaan binnen de ziekenhuisfysiotherapie, zoals waar nu de exacte grens ligt tussen complex en niet complex en welke factoren dan zorgen voor complexiteit. Een nieuwgevormde theorie zou kunnen leiden tot meer patiëntgerichte zorg op een gepast moment voor patiënten regionaal en/of nationaal (van den Dungen, et al., 2018). Dit draagt bij aan een snellere, gerichtere en betere inschatting van een fysiotherapie behandeling. Hiermee zouden door efficiëntere inzet kosten bespaard kunnen worden in de toekomst.

Doordat complexiteit moeilijk te definiëren, meten of voorspellen is, wordt het uiteindelijk lastig om specifieke kaders te stellen over wat complex is (Shippee, Shah, May, Mair & Montori, 2012). Dit zorgt voor uitdagingen, binnen de ziekenhuisfysiotherapie, voor het creëren van analyses en probleemoplossingen. Door middel van een grounded theory benadering is het doel van dit onderzoek het verkrijgen van een verduidelijking van de term ‘complexiteit’ vanuit meningen en ervaringen van ziekenhuisfysiotherapeuten om zo tot nieuwe inzichten te komen.

Materiaal en Methode

Onderzoeksprotocol

Het onderzoek is opgebouwd uit een oriënterende literatuurstudie en een kwalitatieve studie. De gebruikte onderzoeksmethode voor dit onderzoek was een grounded theory, deze werd gevolgd aan de hand van de criteria van Charmaz (2014). Deze werd uitgevoerd om de gemeenschappelijke betekenis, meningen en de ervaringen te begrijpen die verband houden met ‘complexiteit’ in de ziekenhuisfysiotherapie. Dit type kwalitatief onderzoek stelt ons in staat om de meningen en ervaringen van ziekenhuisfysiotherapeuten samen te voegen en hiermee een basis te kunnen vormen voor een nieuwe theorie. In dit onderzoek was het passend om deze meningen en ervaringen te achterhalen door middel van interviews.

Participanten

Fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de volgende ziekenhuizen: Radboudumc (Nijmegen), Radboudumc Dekkerswald (Groesbeek), Rijnstate (Arnhem) en Gelderse Vallei (Ede) zijn geselecteerd voor dit onderzoek. Tussen de participanten was een variatie in werkervaring als ziekenhuisfysiotherapeut, specialisatie en geslacht. De participanten zijn doelbewust geselecteerd om zo veel mogelijk informatie en maximale variatie binnen deze selectie te krijgen. De geïnccludeerde ziekenhuisfysiotherapeuten moeten minimaal 8 uur patiëntenzorg per week in een van de deelnemende ziekenhuizen leveren, minimaal 6 maanden werkervaring hebben als ziekenhuisfysiotherapeut en de Nederlandse taal voldoende beheersen. Er gelden geen

exclusiecriteria voor dit onderzoek. De ziekenhuisfysiotherapeuten zijn geselecteerd tussen 1 januari 2019 en 30 mei 2019.

Gegevensverzameling en verwerking

De interviews werden in het Nederlands afgenomen van februari 2019 tot en met april 2019 door twee wetenschappelijke onderzoekers (NK en LdZ). De eerste onderzoeker (NK) is ziekenhuisfysiotherapeut, heeft fysiotherapiewetenschappen afgerond, is gestart met zijn promotietraject en heeft al ervaring met het afnemen van interviews. De andere onderzoeker (LdZ) werkt als ziekenhuisfysiotherapeut en is bezig met de opleiding fysiotherapiewetenschappen. Hij heeft geen ervaring met het afnemen van interviews, maar heeft les gehad op de universiteit en een cursus gevolgd.

Er werden semigestructureerde interviews gehouden met één participant per keer en gericht op een duur van 40 tot 60 minuten (Sandelowski, 2000). Deze vorm van interviewafname werd gekozen om zo veel mogelijk relevante informatie met betrekking tot complexiteit te verzamelen (behandelings, organisatorische, afdelings-brede en persoonlijke factoren). De interviews werden gehouden in een besloten ruimte om een open en veilige beantwoording van de onderzoeksvragen te bevorderen. Aan het begin van elk interview werden de demografische gegevens van de participant verzameld. Na deze informatie werden de vragen zo open mogelijk gesteld om de participant maximaal de gelegenheid te bieden om in elke richting te kunnen antwoorden. Daarbij stelden de interviewers diepgaande vervolgvragen om meer inzicht te krijgen. Alle interviews eindigden met een mondelinge samenvatting van de bevindingen om de geïnterviewde de kans te geven opmerkingen te maken, correcties aan te brengen of aanvullende gedachten toe te voegen. Dit onderdeel maakt deel uit van de membercheck, om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten.

Deze interviews zijn opgenomen via audioapparatuur en vervolgens verbatim getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd. De audio-opnames en transcripten werden zonder namen en identificatie gegevens opgeslagen en termen veralgemeniseerd op een beveiligde schijf waar alleen onderzoekers van dit onderzoek toegang tot hebben. Tijdens de periode van interviewafname was er één moment waarin er een revisie van de interviewgide plaatsvond (zie tabel 1).

Introductie	
Opname	Vindt u het goed als dit interview wordt opgenomen?
Voorstellen	Goedendag, mijn naam is <naam onderzoeker>. Namens het onderzoek "Wat maakt een complexe patiënt complex" zou ik u graag willen interviewen over hoe u complexiteit van ziekenhuisfysiotherapie ervaart als ziekenhuisfysiotherapeut.
Doel onderzoek	Het doel van het onderzoek is om met de ervaringen die u en andere deelnemers geven een theorie te vormen over de ervaren complexiteit van uw werk.
Interview	Dit interview zal ongeveer 45 minuten duren. Middels vragen hoop ik inzicht te krijgen over wat u ziet als complex tijdens uw werkzaamheden. Indien iets onduidelijk is kunt u altijd om verduidelijking vragen. Voor de compleetheid zal ik ook doorvragen en om voorbeelden vragen. Ik wil vragen om uitgebreid antwoord te geven. Er zijn geen onjuiste of foute antwoorden.
Afstemmen	Wilt u liever met u of met je aangesproken worden? Indien jij, vervang onderstaand "u of uw" door "je, jij of jouw".
Interview	
Achtergrond	Hoeveel werkervaring heb je in het ziekenhuis als fysiotherapeut? Op welke afdeling ben je (het meest) werkzaam?
Opening	Ervaart u uw werk als complex? Kunt u vertellen over de laatste keer dat u uw werk als complex ervaren hebt?
Complexiteit patiënt	Wilt u de laatste keer dat u naar een patiënt ging die u classificeert als complexe patiënt? A (Kunt u vertellen over een patiënt die u de afgelopen maand gezien heeft, waarvan u dacht "dit is een moeilijke patiënt") A (Kunt u aspecten/kenmerken/dingen noemen wanneer u een patiënt complex vindt. A (Wat maakt voor u een complexe patiënt complex) - Op welk moment realiseerde u zich dat dit een complexe patiënt voor u was? Waaraan merkte u dat? - Zijn er naast deze factoren nog meer factoren die u vindt passen bij een complexe patiënt? Kunt u deze benoemen? Heeft u voorbeelden hierbij? - Kunt u beschrijven wat er voor u moet veranderen om de patiënt als minder complex te ervaren.
	Als u terug gaat naar het moment met de complexe patiënt. Had u al een indruk van de complexiteit voor u de patiënt gezien had? Hoe had u deze indruk verkregen?
	Wanneer vindt u een patiënt niet complex? Of wat zou de patiënt die u beschreef minder complex maken?
Complexiteit zorg	Wat vindt u complexe werkzaamheden? Wat maken deze werkzaamheden complex?
	Ervaart u tijdens het behandelen complexe situaties? Op welke momenten ervaart u complexiteit tijdens behandelen? Past u dingen aan op dit soort momenten? Zo ja, wat en waarom. Zo nee, waarom niet?
	Zijn er factoren die u nog meer verstaat onder complexe zorg?
Complexiteit omgeving	Zijn er in uw werkomgeving factoren die de complexiteit van uw werk vergroten? Zijn er in uw omgeving dingen die aangepast kunnen worden om uw werk minder complex te maken?
Complexiteit persoonlijk	Zijn er in uw persoonlijke sfeer zaken van invloed op de ervaren complexiteit (van uw werk) Wat zou je aan jezelf veranderen om een patiënt die je nu als complex ervaart als minder complex te ervaren?
Verschillen complexiteit	Heeft u het idee dat complexiteit verschilt van dag tot dag? Wat zou u veranderen om uw werk voor u minder complex te maken? Heeft u het idee dat u complexiteit hetzelfde ziet als collega's? Wat zijn mogelijke verschillen? Wat zijn mogelijke overeenkomsten?
Overig	Zijn er nog niet genoemde ervaringen, gedachten of overtuigingen die de complexiteit van ziekenhuisfysiotherapie beïnvloeden volgens u?
Afsluiten	Dan zijn we aan het einde gekomen van het interview. - Hebt u het gevoel dat u alles heeft kunnen zeggen wat van belang is? - Wilt u nog iets toevoegen? - Heeft u nog vragen?

Tabel 1: Interviewgids na revisie

Data-analyse

De gegevens werden geanalyseerd met behulp van de methode voor een kwalitatief inhoudsanalyse (Pope, Ziebland & Mays, 2000)(Baarda, et al, sd). Dit betrof het lezen en herlezen van transcripten en opnieuw luisteren naar de audio tot de onderzoekers bekend waren met de gegevens. Nadat alle transcripten bekend waren, werd er gecodeerd in tweetallen. Elk tweetal codeerde alle transcripten waarna deze codes vergeleken werden om vervolgens op een samengesteld codeboek uit te komen.

Dit werd gedaan met de eerste zes transcripten. Uit deze transcripten werden categorieën gevormd en vanuit daar zijn thema's gevormd. Nadat de thema's waren goedgekeurd, werden de overige zes transcripten gethematiseerd. Als er nieuwe informatie of andere citaten naar voren kwamen zijn deze vervolgens open gecodeerd. Er werd gekeken of er nieuwe thema's gevormd moesten worden of dat alles onder deze thema's ingedeeld kon worden. De eerste zes transcripten die open gecodeerd waren, werden daarna nog een keer gecodeerd aan de hand van de thema's om vast te stellen of alles was meegenomen.

Betrouwbaarheid

De volgende strategieën werden gebruikt om de geloofwaardigheid van het onderzoek te vergroten: Als eerste werden de interviews in besloten ruimtes gehouden om een open en veilige beantwoording van de onderzoeksvragen te bevorderen. Ten tweede werd er voorafgaand aan het interview duidelijk gemaakt dat er geen foutieve antwoorden zijn om zo de mening van de participanten niet te beïnvloeden. Ten derde werd er een membercheck uitgevoerd aan het einde van het interview. Ten vierde werden de gegevens onafhankelijk van de verschillende onderzoekers geanalyseerd. Tot slot werd er voor de data-analyse gebruik gemaakt van computerondersteuning, met het programma Atlas Ti.

Resultaten

De onderzoekspopulatie bestaat uit verschillende ziekenhuisfysiotherapeuten. Er werden 12 participanten opgenomen in dit onderzoek. De participanten werken op een van de volgende vier locaties: Radboudumc (n = 5), Radboudumc Dekkerswald (n = 2), Rijnstate Arnhem (n = 2) en Gelderse Vallei (n = 3). Tien participanten waren vrouw, twee participanten waren man. De werkervaring van de fysiotherapeuten ligt tussen de 10 maanden en 32 jaar. De duur van de interviews varieert tussen de 34 en 51 minuten.

Uit de interviews zijn er een aantal belangrijke en specifieke aspecten naar voren gekomen die de geïnterviewde ziekenhuisfysiotherapeuten aanwijzen als zijnde complex en minder complex. Deze aspecten zijn onderverdeeld in vijf thema's, die terugslaan op de pijlers patiënt, fysiotherapeut en organisatie. Kijkend naar de thema's en de drie pijlers, zullen deze pijlers in verschillende mate terugkomen. Naast de term 'complexiteit' werden de volgende synoniemen veelvuldig gebruikt: lastig, moeilijk, uitdagend en ingewikkeld.

Verskil in expertise

Een verschil in expertise tussen de ziekenhuisfysiotherapeuten kan de ziekenhuisfysiotherapie complexer maken. De fysiotherapeuten geven aan dat de complexiteit als meer wordt ervaren als je werkzaam bent op de intensive care, in vergelijking met de afdeling orthopedie. Toch wordt er door

participanten tegelijkertijd aangegeven dat de vaste fysiotherapeuten van de intensive care op hun afdeling minder complexiteit ervaren, dan dat andere fysiotherapeuten van een andere afdeling dit ervaren.

“Ja weet je dingen als kennis, gebrek aan kennis kan iets complex maken, als jij een ziektebeeld niet kent en daardoor je klinisch redeneerproces stagneert. Uhm, ja dat kan het iets moeilijker maken.”

Een pathologie waarvan de fysiotherapeut weinig kennis of ervaring heeft, zorgt voor complexiteit. Dit verschil in expertise wordt ook ervaren tussen patiënt en fysiotherapeut. Soms heeft de fysiotherapeut te maken met een patiënt met verminderd ziekte-inzicht, wat kan duiden op een verschil in expertise tussen fysiotherapeut en patiënt.

“Wat een complexe patiënt complex maakt, is een stukje van een patiënt en een stukje van mij. Het stukje van de patiënt is het stukje wat iemand fysiek heeft of aan voorgeschiedenis heeft en mentaal en cognities en emoties en wat daar allemaal bij komt kijken. En het stukje van mij is aan kennis en ervaring. En wat het dus voor mij complex of juist niet complex maakt.”

Wat opvalt is dat één fysiotherapeut stelt dat een bachelor fysiotherapeut een ander denkniveau heeft tijdens zijn behandeling, dan een fysiotherapeut met één of meerdere masters. Dit leidt volgens deze participant tot complexiteit door een gebrek aan kennis, ervaring en diagnostische vaardigheden.

“He, en dat betekent niet meteen dat je altijd een studie moet doen, dus denk ook aan je denkniveau en uhm misschien voor complexe patiënten dat je misschien de standaard hbo misschien niet altijd voldoende is om het complexe allemaal in kaart te brengen.”

Optimale keuzes maken in situaties met tegenstrijdige belangen

De complexiteit neemt toe als er bepaalde keuzes gemaakt moeten worden door de ziekenhuisfysiotherapeuten waarbij ook tegenstrijdige belangen spelen. Zo benoemen de participanten in de interviews dat het gaat om keuzes op het gebied van prioriteren tussen patiënten zoals: welke behandeling past het beste bij de patiënt en moet of kan er van het protocol afgeweken worden? Daarnaast moeten patiënten keuzes maken op het gebied van doelen en de daarbij passende behandeling. De participanten hebben regelmatig aangegeven dat dit nog wel eens kan botsen.

“Uhm.. Ja soms wel. Natuurlijk wel mensen die gewoon heel duidelijk hun eigen mening hebben over wat goed voor ze is en wat ze wel en niet willen. En dat is soms in strijd met zoals zij het dan in gedachten hebben.”

Het multifactoriële aspect

Doordat iedere patiënt verschillend is en de werkzaamheden van ziekenhuisfysiotherapeuten vaak wisselend zijn, beïnvloedt dit de complexiteit. Dit komt vooral omdat geen enkele patiënt hetzelfde is en op elke afdeling een andere patiëntenpopulatie ligt. In de interviews wordt gesproken over complexiteit wanneer een patiënt meer comorbiditeit of een groot medisch dossier vanuit de voorgeschiedenis heeft. Er wordt gesproken over complexiteit wanneer er meerdere factoren een rol spelen, zowel op het gebied van de pathologie als op het gebied van fysiotherapeutisch handelen.

“En uhm... comorbiditeiten, als mensen een hele waslijst in de medische voorgeschiedenis hebben, dat kan als geheel natuurlijk ook complex maken. Alleen dat is per patiënt verschillend en daarin zal nooit iedereen hetzelfde zijn maar je hoeft dat natuurlijk geen rekening mee te houden hoe je iemand benadert.”

Een ziekenhuisfysiotherapeut heeft vaak te maken met andere disciplines op de afdeling. Dit houdt op organisatorisch gebied in dat de therapeut niet alleen rekening moet houden met zijn eigen taken van die dag, maar ook rekening moet houden met de andere betrokken disciplines bij dezelfde patiënt.

Het ontbreken aan continuïteit

Tijdens de interviews werd er op de vraag: “Wat zou de ziekenhuisfysiotherapie juist minder complex kunnen maken?” geantwoord dat meer continuïteit op een afdeling voor zowel de patiënt als de fysiotherapeut voor minder complexiteit zou kunnen zorgen. Er werd gesproken over “vaste therapeut”, “vaste afdeling of cluster” en “de relatie met de patiënt”. Het ontbreken van deze continuïteit zorgt soms voor moeilijke situaties waarbij de fysiotherapeut niet goed op de hoogte is of minder ervaring en bekendheid met de afdeling heeft. Dit geldt eveneens voor de afstemming met andere disciplines. Door gebrek aan afstemming op de afdeling tussen disciplines wordt de zorg die geleverd moet worden, complexer.

“Maar op een andere afdeling, ik heb vaak genoeg meegemaakt, dat ik een patiënt aan het mobiliseren ben en dan ben ik bezig met een transfer, en dan komt een arts binnen en die begint gewoon alsof hij mij niet ziet en die begint te praten en te vertellen hoe het ervoor staat”

De onverwachte veranderingen in de zorg

Een belangrijk en veel genoemd punt in de interviews zijn de onverwachte veranderingen in de zorg. Fysiotherapeuten geven aan dat op een doorsnee werkdag er veel onverwachte veranderingen kunnen optreden in de te verlenen zorg. Hierbij wordt in de patiëntenzorg, soms per uur, het veranderen van de gezondheidstoestand benoemd. Voor een therapeut komt dit vaak neer op de verwachtingen vanuit een dossier voordat een patiënt wordt gezien. Het vooraf geschetste beeld kan

soms flink tegenvallen, of juist mee vallen, wanneer er in het dossier aspecten anders worden benoemd of volledig ontbreken. Vanuit de organisatie komt de onverwachte verandering in de zorg vooral neer op prioriteren en de invulling van tijd. Soms worden er standaardtijden voor behandelingen gesteld, maar kan een individuele casus veel meer tijd behoeven.

“Maar soms als iets heel onverwachts is waarbij ik denk nu moet ik ook meer weer gaan overleggen of weer meer de diepte in dan moet ik me weer ff herpakken dat maakt het dan al meteen complexer, want dan kan ik niet gelijk beginnen met mijn behandeling uhm, dus als het ineens iets onverwachts bijkomt.”

Discussie

De belangrijkste bevindingen vanuit de interviews binnen dit onderzoek kunnen worden gekaderd in vijf thema's. Uit de interviews blijkt dat verschil in expertise vaak zorgt voor complexiteit binnen de ziekenhuisfysiotherapie. Dit verschil wordt gekoppeld aan de kennis en ervaring van de individuele fysiotherapeut. Zo stellen Plsek en Thrisha (2001) dat complexiteit ingedeeld kan worden tussen chaos en simpel. Als iets niet regelmatig voorkomt en er maar enige kennis over beschikbaar is, wordt dit beschreven als complex. Hierin komen de literatuur en de bevindingen vanuit de interviews overeen. Wanneer een therapeut weinig kennis beschikbaar heeft, is een casuïstiek sneller complex of zelfs chaotisch. Heeft de fysiotherapeut meer kennis of ervaring, dan blijft het eerder bij simpel. Wat tevens uit de antwoorden naar voren komt is dat de patiënt invloed uitoefent op de complexiteit als het gaat over expertise. Dit is tegen de verwachting in die bij aanvang van het onderzoek gesteld is. Net zoals het feit dat te veel kennis evengoed kan zorgen voor een toename van complexiteit, volgens een enkele geïnterviewde. Een ander thema is het ontbreken aan continuïteit in het ziekenhuis. Uit de antwoorden blijkt dat er op dit gebied nog veel winst kan worden behaald om de complexiteit te verminderen. Voornamelijk het samenwerken en afstemmen van disciplines blijkt hierin moeizaam. De definitie van Greenhalgh en Papoutsis (2018) heeft verband met deze resultaten. Het ontbreken van de continuïteit op de afdelingen maakt dat dit als complexer wordt ervaren. Deze definitie slaat tevens terug op het multifactoriële aspect. Waarover participanten aangeven dat dit per afdeling verschillend is in hoeverre het multifactoriële aspect de complexiteit beïnvloed. Hierbij is ook belangrijk om te benoemen dat meerdere comorbiditeit de behandeling complexer maakt. Hier staat tegenover dat intercollegiaal overleg de te leveren zorg minder complex maakt. Daarnaast blijkt dat binnen de dagelijkse werkzaamheden van de fysiotherapeut, er gevallen zijn waarbij verschillende disciplines een patiënt behandelen en ieder zijn eigen belangen wil behartigen. De fysiotherapeut moet individueel keuzes maken die naar tevredenheid moeten zijn voor zowel de patiënt als de therapeut. De laatste bevinding uit dit onderzoek komt neer op de onverwachtse veranderingen in de zorg. Participanten geven aan dat zij op regelmatige basis te maken krijgen met veranderingen in de zorg waarop vooraf niet te

anticiperen is. Verandering in de gezondheidstoestand en onverwachte toename in behandelduur zijn op dit gebied de meest genoemde aspecten. Echter, zorgt deze onverwachte veranderingen voor uitdaging binnen het werk. Als de complexiteit zou verdwijnen, zou deze uitdaging weggenomen worden. Tot slot kunnen wij naar aanleiding van deze thema's mogelijk stellen dat complexiteit hoogst variabel is en verschilt per individu.

Kracht en zwakte van het onderzoek

De kracht van dit onderzoek is dat alle interviews zijn afgenomen door steeds dezelfde twee senior-onderzoekers. Daarnaast is bij de herziening van de interviewgide een heel team van onderzoekers aanwezig geweest. Tevens is de methode van de data-analyse een sterk punt van dit onderzoek. Het vormen van thema's is door alle onderzoekers individueel en later in samenwerking gedaan, hierbij kwamen veel overeenkomsten naar boven tussen de gevormde thema's per onderzoeker en was er overeenstemming over de gevormde thema's. Een andere kracht van dit onderzoek is dat alle stappen van elkaar werden gecontroleerd door een andere betrokken onderzoeker. Hiermee zijn eventuele onduidelijkheden of fouten op tijd opgelost waardoor de kwaliteit van het onderzoek gewaarborgd is gebleven. Een zwakte van dit onderzoek is dat alle gegevens uit de interviews zijn geïnterpreteerd, omdat de interviews door de senior-onderzoekers zijn afgenomen. Hierdoor is er geen mogelijkheid geweest om door te vragen bij onduidelijkheden of gezichtsuitdrukkingen vast te stellen. Daarnaast zijn er te weinig interviews gebruikt en komt de data niet voldoende overeen om tot een steekhoudende theorie te komen. Vandaar dat er over een grounded theory benadering wordt gesproken. Ten slotte, de gegevens van dit onderzoek mogen niet landelijk geïnterpreteerd worden, het onderzoek vond alleen plaats in de regio Gelderland. Het is op dit moment nog onzeker of er uiteindelijk een definitie kan komen of een nieuwe theorie over wat complexiteit in de ziekenhuisfysiotherapie werkelijk betekent.

Aanbeveling voor toekomstig onderzoek

Om een definitie of een theorie te vormen over complexiteit moet toekomstig onderzoek op een grotere schaal plaatsvinden. Onze bevindingen geven aan dat onderzoek naar complexiteit meer gegevens moet bevatten van nationale ziekenhuizen waarbij nog meer verschillende ziekenhuisfysiotherapeuten hun mening en ervaring delen.

Conclusie

Uit dit onderzoek is komen vast te staan dat complexiteit een rol speelt in de ziekenhuisfysiotherapie. Deze complexiteit komt naar voren in het verschil in expertise, optimale keuzes die gemaakt moeten worden in situaties met tegenstrijdige belangen, het multifactoriële aspect, het ontbreken aan continuïteit en de onverwachte veranderingen in de zorg. Al deze

aspecten zorgen in meer of mindere mate voor complexiteit in de ziekenhuisfysiotherapie, maar wordt door iedere ziekenhuisfysiotherapeut anders ervaren.

Dankwoord

De twee fysiotherapeuten vanuit het Radboudumc worden hartelijk bedankt voor de begeleiding van dit praktijkgericht onderzoek en het afnemen van de interviews. Daarnaast bedanken wij de docenten die ons hebben begeleid vanuit de HAN.

Ethische goedkeuring is verleend door de medisch ethische toetsingscommissie van het Radboudumc, Nijmegen (nummer 2018-5049). Voorafgaand aan het interview werd van iedere participant een schriftelijke informed consent verkregen.

De vermelde auteurs hebben geen concurrerende belangen. Er is geen financiering verstrekt voor dit onderzoek.

Bibliografie

- Achttien, R., Staal, A., Merry, S., van der Voort, R., Klaver, S., Schoonewille, S., . . . Hendriks. (2011). KNGF-richtlijn hartrevalidatie. *KNGF*, 121.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., de Goede, M., Julsing, M., Peters, V., & van der Velden, T. (sd). Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. 205-251.
- Bastiaenen, C., Hendriks, E., Poel-Goudswaard, A., Bernards, N., van Engelenburg-van Lonkhuyzen, M., Albers-Heitner, C., . . . de Bie, R. (2017). Praktijkrichtlijn zwangschapsgerelateerde bekkenpijn. *KNGF richtlijn*.
- Charmaz, K. (2014). Grounded theory in global perspective: reviews by international researchers. *Qualitative inquiry*. 1074-1084.
- Copoolse, R., Euwes, M., Engelber, R., Geleijn, E., Mulder, W., & van der Veen, M. (2010). Beroepscompetentie profiel ziekenhuisfysiotherapeut. *KNGF beroeps competentieprofiel*.
- de Vries, C., Hagenaars, L., Kiers, H., & Schmitt, M. (2014). Beroepscompetentieprofiel fysiotherapeut. *KNGF beroepscompetentie profiel*.
- Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2018). Studying complexity in health services research: Desperately seeking an overdue paradigm shift. *British medical journal*.
- Hobbelen, J., van de Kamp - Hofman, I., Looijen, R., Risseeuw, H., van der Velde, M., & Vluggen, T. (2015). Beroepsprofiel geriatriefysiotherapeut. *KNGF beroeps competentie profiel*.
- Huyse, F., de Jonge, J., Slaets, P., & Herzog, J. (2001). COMPRI - an instrument to detect patients with complex care needs. *psychosomatics*. 222-228.
- Mulder, N., Boerma, R., Ijntema, R., & Coppoolse, R. (2009). Beroepscompetentieprofiel psychosomatische fysiotherapeut. *KNGF beroeps competentieprofiel*.
- Plsek, P., & Thrisha. (2001). The challenge of complexity in health care. *British medical journal*, 325.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *British medical journal*, 114-116.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Nurse health*, 334-340.
- Shippee, N., Shah, N., May, C., Mair, F., & Montori, V. (2012). Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. 1041-1051.
- Troigros, O., Béjot, Y., Rodriguez, P., Shoaib, F., Ellis, H., & Wade, D. (2014). Measuring complexity in neurological rehabilitation: the oxford case complexity assessment measure. 499-507.
- van den Dungen, B., Bindels, P., de Boer, W., van Eijck, J., Dekker, J., Dekker, J., . . . de Valk, G. (2018). De juiste zorg op de juiste plek.
- van Nimwegen, M., Nijkrake, M., Munneke, M., de Groot, D., Heijblom, K., & Meerhoff, G. (2017). Richtlijn parkinson. *KNGF-richtlijn*.
- Veerbeek, J., van Wegen, E., van Peppen, R., Hendriks, M., van der Wees, P., Heijblom, K., . . . Kwakkel, G. (2014). Richtlijn beroerte. *KNGF-richtlijn*.

