

INHOUDSTAFEL

SITUERING – Context van onderzoeksproject	3
DEEL 1: LITERATUURSTUDIE.....	7
1. Abstract.....	7
2. Inleiding.....	9
3. Methode	11
3.1. Vraagstelling	11
3.2. Literatuur search	11
3.3. Selectiecriteria	11
3.4. Kwaliteitsbeoordeling	11
3.5. Data-extractie.....	11
4. Resultaten	13
4.1. Resultaten studieselectie.....	13
4.2. Resultaten kwaliteitsbeoordeling	15
4.3. Resultaten data-extractie.....	19
5. Discussie.....	29
5.1. Reflectie over kwaliteit studies.....	29
5.2. Reflectie over bevindingen in functie van onderzoeksvraag	29
5.3. Reflecties over de sterkte en beperkingen van de literatuurstudie	29
5.4. Aanbevelingen voor toekomstige studies.....	30
6. Conclusie	30
7. Referentielijst.....	31
8. Bijlagen literatuurstudie	41
8.1. Bijlage 1: checklist kwaliteitsbeoordeling	41
8.2. Bijlage 2: zoekstrategie en resultaat	42

DEEL 2: ONDERZOEKSPROTOCOL	43
1. Inleiding.....	43
2. Doel onderzoek	43
2.1. Onderzoeksvragen.....	43
2.2. Hypothesen.....	43
3. Methode	44
3.1. Onderzoeksdesign	44
3.2. Participanten.....	44
3.2.1. Inclusiecriteria	44
3.2.2. Exclusiecriteria	45
3.2.3. Rekrutering	45
3.3. Medische ethiek	45
3.4. Interventie	45
3.5. Uitkomstmaten	46
3.5.1. Primaire uitkomstmaten.....	46
3.5.2. Secundaire uitkomstmaten	46
3.6. Data-analyse.....	46
4. Time planning.....	47
5. Referentielijst.....	47
APPENDIX - voortgangsformulier.....	49

SITUERING – Context van onderzoeksproject

Kinesitherapie heeft zich de laatste kwarteeuw ontwikkeld tot een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg. Dit uit zich op diverse vlakken. De meest spectaculaire evolutie speelt zich ongetwijfeld af in het onderwijs. Hoewel Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie sinds langere tijd een gewaardeerde studierichting is, neemt de interesse van studenten de laatste jaren uitermate sterk toe. Volgens de Vlaamse Overheid is het aantal inschrijvingen tussen 2010 en 2013 gestegen met maar liefst 50%¹⁻². Ook het aantal actieve kinesitherapeuten is gestegen met 3% tussen 2011 en 2012³. Actueel zijn er 16 kinesitherapeuten beschikbaar per 10.000 inwoners³. Om dit te vergelijken: er zijn 11,1 huisartsen per 10.000 inwoners. Daaruit kan men afleiden dat het aanbod op vlak van de kinesitherapeutische hulpverlening enorm geëvolueerd is. De vraag die bij dergelijke evolutie kan worden opgeroepen is of - ondanks dit groot aanbod - de kwaliteit van hulpverlening optimaal blijft. Blijven kinesitherapeuten doen wat patiënten van hen verwachten of overstijgt kwantiteit de kwaliteit? Dit maakt deel uit van een van de intenties van dit onderzoek en zal dan ook in kaart gebracht worden aan de hand van deze tweedelige masterproef.

Binnen de masteropleiding van de studierichting Kinesitherapie en Revalidatiewetenschappen kadert een tweedelige masterproef. Deze masterproef is geen onderdeel van een doctoraatsproject, maar een alleenstaand project waarin wij op zoek gaan naar wat mensen nu net verwachten van hun kinesitherapeut. Het lijkt ons heel belangrijk dat onderzoeken zoals deze gevoerd worden om de kwaliteit van kinesitherapie en de bijbehorende patiënttevredenheid te blijven garanderen. Aan de hand van resultaten die soortgelijke onderzoeken opleveren, kunnen wij te weten komen wat mensen belangrijk achten tijdens een consultatie bij de kinesitherapeut. Op basis daarvan kunnen opleidingen bijgeschaafd en bijscholingen aangeboden worden zodat toekomstige en reeds actieve kinesitherapeuten nog beter in staat zijn aan verwachtingen van de bevolking te beantwoorden.

In het eerste deel van deze masterproef wordt een literatuurstudie uitgevoerd waarin wordt nagegaan of al enig vergelijkbaar onderzoek bestaat betreffende dit onderwerp. In het tweede deel zal een veldonderzoek naar de visie van de bevolking omtrent kinesitherapie worden uitgevoerd.

Deze masterproef werd geschreven door twee studenten Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie aan de Universiteit Hasselt in het academiejaar 2013-2014 (EH & IDB). De promotor is Dr. Eddy Neerinckx. De literatuurstudie - die behoort tot het eerste deel van de masterproef - werd voor het grootste deel samen uitgevoerd en werd geschreven aan de hand van de vooraf opgestelde centrale format. In samenspraak met de promotor werd volgende onderzoeksvraag opgesteld 'Wat is de visie van de algemene bevolking op kinesitherapie?'. Daarna werd er samengekomen om mogelijke zoektermen te bespreken en aan de hand van deze zoektermen op zoek te gaan naar bruikbare wetenschappelijke artikels. Emily Huybrichs heeft dan een overzicht gemaakt van alle artikels die gebruikt en geëxcludeerd werden, met bijhorende reden. Deze artikels werden eerlijk verdeeld om door te nemen en te beoordelen op basis van kwaliteit. Wij zijn drie keer samen gekomen om te werken aan onze masterproef omdat wij het gevoel hadden dat we meer stappen vooruit konden zetten wanneer wij samenwerkten.

Naarmate het einde van ons schrijfwerk naderde, hebben wij allebei nog wat kleine details aangepast, maar hiervoor zijn wij niet meer samengekomen. Wij hebben ook vijf keer met onze promotor samengezeten om te brainstormen en de evolutie van onze masterproef te bekijken. Aangezien dit een alleenstaand project is, hebben we zelf het onderzoeksprotocol opgesteld. Het onderzoeksprotocol werd opgesteld op basis van ideeën die wij in gedachten hadden en bestaande literatuur. Aan de hand hiervan hebben we de grote lijnen van dit onderzoeksprotocol op papier gezet om ze dan zo verder uit te werken. Nadat wij een eerste versie van onze masterproef doorgestuurd hadden naar onze promotor, kregen wij nog een aantal tips en feedback. Met deze tips en feedback zijn wij aan de slag gegaan om onze masterproef te vervolledigen.

Referenties

¹ ONDERWIJS VLAANDEREN, Hoger onderwijs in cijfers 2011-2012.

http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/werken/studentadmin/studentengegevens/hoger_onderwijs_in_cijfers_2011-2012.pdf

² ONDERWIJS VLAANDEREN, Hoger onderwijs in cijfers 2012-2013.

<http://www.ond.vlaanderen.be/onderwijsstatistieken/2012-2013/HogerOnderwijsInCijfers20122013defversiev220130221.pdf>

³ RIZIV, Statistieken van de geneeskundige verzorging.

<http://riziv.fgov.be/information/nl/statistics/health/2012/pdf/statisticshealth2013all.pdf>

DEEL 1: LITERATUURSTUDIE

1. Abstract

Achtergrond: Het is heel belangrijk dat patiënten tevreden zijn over hun behandeling bij de kinesitherapeut. Daarom is het zinvol om te weten waar patiënten aandacht aan schenken. Patiënten weten de dag van vandaag goed wat een therapeut moet zijn en kunnen. Als je als therapeut hiervan op de hoogte bent, is het makkelijker om aan deze verwachtingen te voldoen, waardoor de hulpverlening sterk kan verbeteren.

Methode: Door vijf keywords met elkaar te combineren, werd er op PubMed en Web of Knowledge gezocht naar relevante artikels met betrekking tot de visie van patiënten op kinesithérapie.

Resultaten: De literatuursearch leverde tien bruikbare artikels op. Na de uitgebreide kwaliteitsbeoordeling bleven hier nog zes artikels van over. Deze zes artikels werden grondig gescreend en met elkaar vergeleken.

Discussie en conclusie: Uit de artikels blijkt dat patiënten veel aandacht schenken aan de relatie die ze hebben met hun kinesitherapeut. Hierbij is ook een goede onderlinge communicatie van groot belang. De verwachtingen van de patiënt zijn vaak ook gelinkt aan de kennis van de therapeut en het resultaat van de behandeling.

Doel van het onderzoek. Het doel van deze literatuursearch is achterhalen wat patiënten belangrijk achten tijdens hun behandeling bij de kinesitherapeut zodat ze achteraf tevreden zijn over kwaliteit van de geleverde service.

Operationalisering onderzoeksvraag: Er bestaat veel variatie in de onderzoeken omtrent dit onderwerp, waardoor het moeilijk is tot een overkoepelende conclusie te komen. Ons onderzoek zal hierover hopelijk meer duidelijkheid scheppen.

Belangrijkste keywords: 'patients satisfaction', 'patients expectations', 'patients priorities', 'physiotherapy' en 'outpatient physiotherapy'.

2. Inleiding

Er zijn een aantal belangrijke begrippen die gelinkt kunnen worden aan de visie van de bevolking op kinesitherapie. Het gaat hier over tevredenheid (patiënt satisfaction), verwachtingen (patiënt expectations) en voorkeuren (patiënt priorities). Tevredenheid zegt iets over hoe patiënten een behandeling ervaren en hoe ze zich daar bij voelen, kortom of er voldaan werd aan hun verwachtingen (McCracken et al., 1997; geciteerd in Hills et al., 2007 c; Hills et al., 2007 c). Met een verwachting bedoelt men een sterke overtuiging dat iets nu of in de toekomst zal gebeuren of dat iemand iets zal of zou moeten bereiken (New Oxford Dictionary of English 1998, geciteerd in Barron et al., 2007). Een voorkeur staat voor de individuele visie van een patiënt over welke aspecten hij belangrijk vindt in de gezondheidszorg (Wensing and Elwyn, 2002; geciteerd in Peersman et al., 2013).

Het is belangrijk om te weten wat de mening van patiënten is omtrent kinesitherapie omdat er op deze manier een optimale kwaliteit van hulpverlening gegarandeerd kan worden. Men kan zo inspelen op verlangens van patiënten en aan hun verwachtingen voldoen. Uit literatuur blijkt dat de voorkeur van de patiënt vaak verschilt van de zorg die aangeboden wordt door hulpverleners (Smith and Armstrong, 1989; Jung et al., 1997; Fischer et al., 2002; geciteerd in Peersman et al., 2013).

Actueel heerst consensus over de noodzaak om in de gezondheidszorg een patiëntgerichte benadering te hanteren (Lee, 2012; Rathert C et al., 2012; Cott CA, 2004; Kidd MO et al., 2011; geciteerd in Del Bano-Aledo et al., 2014). Patiënten die tevreden zijn van de zorg die ze aangeboden krijgen, neigen meer gebruik te maken van de beschikbare zorg en halen hier bovendien ook meer voordeel uit (Fitzpatrick et al., 1995; geciteerd in Hills et al., 2007 a). Goede kinesitherapeuten hebben aandacht voor de sociale en psychosociale context van de patiënt en focussen niet alleen op het diagnostisch proces (Jensen et al., 2000; geciteerd in Potter et al., 2003). Reeve en May (2009; geciteerd in Peersman et al. 2013) stellen dat er vijf essentiële elementen zijn die patiënten belangrijk vinden voor kwaliteit van zorg. Deze elementen zijn: het geven van informatie, professionele vaardigheden, interpersoonlijke vaardigheden, resultaat en het zorgpad. Dit komt overeen met de bevindingen van Strutt et al. (2008; geciteerd in Peersman et al. 2013). Zij vinden ook nog dat empathie, atmosfeer, tijd en manier van behandelen als belangrijk wordt geacht. Er blijkt ook een verschil te zijn tussen de voorkeuren van oudere en jongere patiënten waarbij ook sociaal-demografische factoren een belangrijke rol spelen. Het is dus belangrijk om te weten wat de verschillen tussen de subgroepen zijn om aan de verwachtingen van de patiënt te voldoen (Peersman et al., 2013).

3. Methode

3.1. Vraagstelling

Om te kijken wat patiënten belangrijk vinden binnen de kinesitherapie, wordt teruggevallen op de drie begrippen die in de inleiding verduidelijkt werden (verwachtingen – tevredenheid – voorkeuren). Op basis van deze drie begrippen wordt de onderzoeksvraag opgesteld en die luidt als volgt: 'Wat is er al geweten in verband met verwachtingen, tevredenheid en voorkeuren van patiënten in het domein kinesitherapie?'.

3.2. Literatuur search

Voor deze literatuurstudie wordt gebruik gemaakt van Pubmed en Web of Knowledge bij het zoeken naar bruikbare literatuur. De keywords die gebruikt worden zijn gebaseerd op de begrippen die terugkomen in de onderzoeksvraag. Vermits er geen beschikbare MESH-termen zijn in verband met dit thema, word gebruik gemaakt van keywords. Volgende keywords worden gebruikt, zowel voor Pubmed als voor Web of Knowledge: 'patients expectations', 'patients priorities', 'patients satisfaction', 'physiotherapy' en 'outpatient physiotherapy'.

3.3. Selectiecriteria

De volgende inclusiecriteria worden gehanteerd: a) 'patients satisfaction', 'patients priorities' en/of 'patients expectations' zijn uitkomstmaten, b) Engels-of Nederlandstalige studies en c) onderzoek binnen het domein kinesitherapie. Exclusiecriteria zijn: a) studies ouder dan 2000, b) onderzoek van tevredenheid bij te specifieke pathologieën/therapieën en c) onderzoeken binnen andere domeinen van de gezondheidszorg.

3.4. Kwaliteitsbeoordeling

Aangezien de literatuursearch alleen maar kwalitatieve onderzoeken met zich meebracht, werd zelf een checklist opgesteld met de meest relevante vragen. De checklist werd samengesteld aan de hand van het document 'Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek' van het Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC – UvA (netwerk kwalitatief onderzoek, 2002). Ook het boek 'Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden' van Dimitri Mortelmans (Mortelmans, 2013) werd gebruikt om de kwaliteitsvereisten voor kwalitatieve onderzoeken te bepalen. Bovendien werden zelf nog aanvullende vragen geformuleerd. De uitgebreide vragenlijst is terug te vinden in bijlage 1.

3.5. Data-extractie

Uit de geselecteerde artikels werden een aantal belangrijke gegevens gehaald. Deze zijn: doel van de studie, in- en exclusiecriteria, aantal participanten, kenmerken van de participanten, methode van dataverzameling, resultaten van het onderzoek. Deze worden overzichtelijk weergegeven in tabel 4.

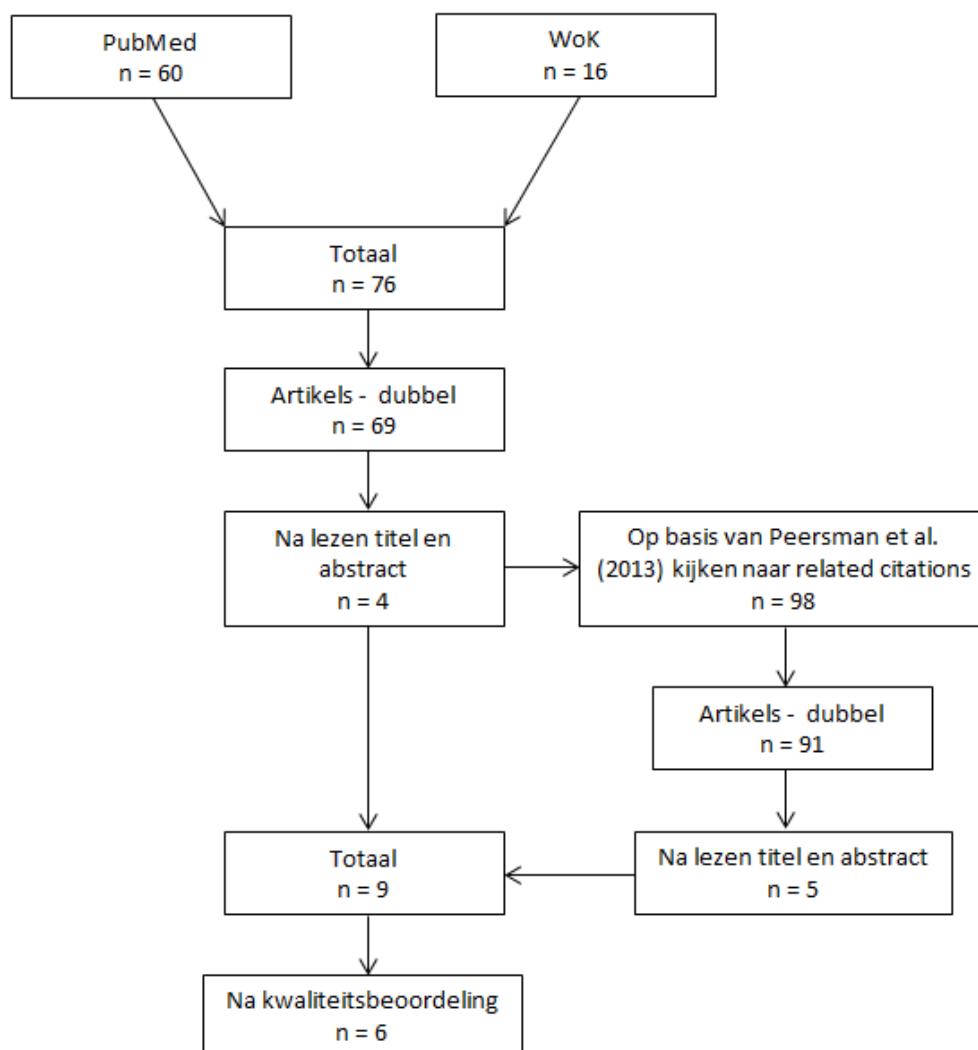
4. Resultaten

4.1. Resultaten studietoetsselectie

De gebruikte zoekstrategie en het resultaat daarvan worden weergegeven in bijlage 2.

De eerder vermelde keywords werden onderling met elkaar gecombineerd en er werd gekeken wat voor resultaten dit opleverde. De beste combinatie van keywords - die dus de meest bruikbare resultaten opleverde - is 'patients expectations AND physiotherapy AND patients satisfaction'. Na het lezen van de titel en het abstract van de gevonden resultaten, bleven er nog vier bruikbare studies over. Het screenen van deze artikels liet uitschijnen dat het artikel van Peersman et al., 2013 het meest relevante en best aansluitende artikel was. De 'related citations' van dit artikel werden ook bekeken in de hoop hier nog wat meer bruikbare artikels uit te halen. Op deze manier werden nog vijf extra artikels geïncorporeerd. In totaal zijn er 151 artikels geëxcludeerd. Het gedetailleerd overzicht hiervan wordt weergegeven in tabel 1. Figuur 1 geeft een overzicht van het selectieproces.

Figuur 1: selectieproces



Tabel 1: overzicht geëxcludeerde studies (n = 151)

Reden exclusie	Aantal studies	Auteur(s), jaartal
Geen onderzoek naar visie/verwachtingen patiënt binnen kinesitherapie	73	Abdel Maqsood et al. (2013); Akishita et al. (2013); Albaladejo et al. (2010); Allen et al. (2008); Amato et al. (2013); Azoulay et al. (2005); Bener et al. (2013); Benson et al. (2005); Bitterli et al. (2011); Bowling et al. (2012); Bramesfeld et al. (2007); Brinkmann et al. (2007); Bruner et al. (2011); Chan et al. (2012); Cheraghi-Sohi et al. (2008); Clemence et al. (2003); Cross et al. (2013); dela Cruz et al. (2004); De Sà et al. (2013); Edward et al. (2008); Fheodoroff et al. (2001); Foffi et al. (2013); Fragar et al. (2011); Gage et al. (2012); Gowers et al. (2010); Griffiths et al. (2008); Groenvold (2010); Hancock et al. (2003); Health Quality Otario (2005, 2009); Henoeh et al. (2012); Hussain Gambles et al. (2004); Kuo et al. (2011); Jenkinson et al. (2002); Jung et al. (2000); Lamb et al. (2002); Längle et al. (2003); Larsson et al. (2010); Leach et al. (2013); Lonsdale et al. (2012); March et al. (2006); Merkesdal et al. (2005); Michener et al. (2013); Milisen et al. (2010); Moe et al. (2011); Nordentoft (2007); O'Donoghue (2012); Pager et al. (2004); Poole et al. (2000); Potter et al. (2003); Praestegaard et al. (2011); Pytel et al. (2012); Quintana et al. (2006); Rajendran et al. (2012); Saizonou et al. (2006); Schessler et al. (2003); Schoeb et al. (2013); Serwint et al. (2001); Smeulders et al. (2006); Soneveld et al. (2013); Steinert et al. (2012); Swancutt et al. (2008); Tapia-Cruz (2006); Thigpen et al. (2011); Thorne et al. (2002); Turener et al. (2010); van Eijk-Hustings et al. (2013); Vergara et al. (2004); Voigt et al. (2010); Wilson et al. (2001); Wong et al. (2013); Zanello et al. (2006); Zuidgeest et al. (2011)
Over patiënttevredenheid bij een specifieke therapie/pathologie	60	Alami et al. (2011); Asenlöf et al. (2006); Babb (2009); Berk et al. (2002); Bethel et al. (2005); Bjørngaard et al. (2007); Bosković et al. (2009); Bradbury et al. (2013); Casserley-Feeney et al. (2008, 2012); Cooper et al. (2009); De Andrés et al. (2007); de Beer et al. (2012); Donaldson et al. (2013); Dowswell et al. (2002); Ehlebracht-König et al. (2004); Foster et al. (2001); French et al. (2010); Galvin et al. (2009); Garrino et al. (2011); George et al. (2005); Goldstein et al. (2002); Greene et al. (2011); Guennoc et al. (2007); Gutteling et al. (2008); Hole et al. (2014); Iversen et al. (2009); Jacobi et al. (2004); Junod Perron et al. (2009); Kalauokalani et al. (2001); Kouriefs et al. (2004); Lee et al. (2008); Li et al. (2009); Liddle et al. (2007); Mannheim et al. (2013); Marks et al. (2011); May (2007); Miao (2011); Mounasamy et al. (2008); Munneke et al. (2004); Nicolaisen-Murmann et al. (2005); Normann et al. (2012); Pearse et al. (2006); Peolsson et al. (2006); Petersen et al. (2007); Procházka (2001); Ram et al. (2013); Razmjou et al. (2008); Rogers et al. (2007); Sadeq et al. (2002); Schafer et al. (2012); Searle et al. (2011); Sneed et al. (2004); Stenberg et al. (2012); Suarez-Almazor et al. (2010); Underwood et al. (2006); Wiles et al. (2004); Wittmer et al. (2012); Wood et al. (2013); Woods (2003);
Ouder dan 2000	16	Al Faris (1993); Cedraschi et al. (1996); Cortesi (1998); Fletcher et al. (1983); Fritz et al. (1998); Grimmer et al. (1999); Grol et al. (1999); Hares et al. (1992); Jarrett et al. (1999); Kravitz et al. (1996, 1997); Poulton et al. (1996); Pound et al. (1994); Rubin et al. (1997); Skargren et al. (1998); Worsfold et al. (1996);
Studieprotocol	1	Patel et al. (2011)
Geen abstract beschikbaar	1	Conde (2013)

4.2. Resultaten kwaliteitsbeoordeling

Voor alle artikels werd de checklist ingevuld en de resultaten werden samengevat in tabel 2. Daarna werd er van alle geïncludeerde studies een sterkte-zwakke analyse uitgevoerd om de kwaliteit van de studies verder te beoordelen (tabel 3).

Als de kwaliteitsbeoordeling van alle negen studies samengevat wordt, blijkt er dat in elk van de negen studies de onderzoeksvraag duidelijk omschreven is. Na het lezen van de inhoud van het artikel bleek deze ook effectief overeen te komen met de onderzoeksvraag. Bij het grootste deel van de studies werd ook het studieopzet op een duidelijke manier beschreven. In elke studie wordt duidelijk geformuleerd wat de bedoeling van het onderzoek is en hoe het uitgevoerd wordt. Enkel bij Barron et al. (2007) en Hills et al. (2007 c) wordt er geen duidelijke studieopzet beschreven. In deze studies wordt geen onderzoek uitgevoerd en kan er dus ook geen studieopzet beschreven zijn. Het gaat hier over studies die een aantal belangrijke begrippen - met betrekking tot tevredenheid - verklaren.

Als de onderzoekspopulatie in acht genomen wordt, is het duidelijk dat in alle studies - behalve in die van Barron et al. (2007) en Sheppard et al. (2010) - een duidelijke beschrijving weergegeven wordt van de onderzochte populatie. Deze beschrijving gaat dan vooral over de demografische kenmerken van de verschillende deelnemers. In het artikel van Barron et al. (2007) worden enkele begrippen verklaard, maar wordt er geen onderzoek gedaan. Het is daarom ook logisch dat er geen onderzoekspopulatie beschreven staat. In de studie van Sheppard et al. (2010) staat de onderzoekspopulatie wel uitgeschreven, maar niet zo uitgebreid als in de andere studies.

Bij vijf studies wordt er een duidelijke beschrijving weergegeven van de in-en exclusiecriteria. Dit is echter niet het geval bij Barron et al. (2007) en Hills et al. (2007 c), weer om dezelfde redenen als hierboven vermeld. Bij Potter et al. (2003) wordt ook niets vermeld over in-en exclusiecriteria. Bij alle studies is de steekproef representatief voor de onderzochte populatie. Ook hier vormen het artikel van Barron et al. (2007) en het artikel van Hills et al. (2007 c) een uitzondering omdat er geen onderzoek gevoerd wordt in hun studie.

Bij alle studies staat duidelijk beschreven wat ze juist willen meten en hoe ze dat willen realiseren. In alle artikels is de analyse van de resultaten ook op een adequate manier uitgevoerd. De resultaten zijn op een duidelijke manier beschreven waardoor de studie herhaalbaar en dus ook betrouwbaar is. Bij sommige studies is er een gedetailleerde beschrijving van de analyse van de resultaten, terwijl dit bij andere studies niet het geval is. De artikels van Barron et al. (2007) en Hills et al. (2007 c) vormen ook hier weer een uitzondering om dezelfde redenen als hierboven.

De zeven studies meten ook allemaal wat ze willen meten waardoor we kunnen zeggen dat de studies valide zijn. Het bepalen van de validiteit kan niet toegepast worden op de artikels van Barron et al. (2007) en Hills et al. (2007 c) omdat deze artikels geen onderzoek voeren. Er kan hier dus ook niet naar de generaliseerbaarheid gekeken worden. Bij de andere zeven studies kan er wel gekeken worden naar de generaliseerbaarheid. Enkel de studie van Peersman et al. (2013) kan als generaliseerbaar beschouwd worden omdat dit de enige studie is die uitgevoerd is met een Vlaamse

onderzoekspopulatie. Alle andere studies vonden plaats in het buitenland met als gevolg dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn voor Vlaanderen.

Door deze grondige kwaliteitsbeoordeling werd er beslist om de studies van Barron et al. (2007), Hills et al. (2007 c) en Sheppard et al. (2010) alsnog te excluderen omdat ze niet voldoen aan alle kwaliteitscriteria.

Tabel 2: kwaliteitsbeoordeling

Artikel	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Barron et al. (2007)	J	0	0	0	0	0	0	0	0
Del Bano-Aledo et al. (2014)	J	J	J	J	J	J	J	J	N
Hills et al. (2007 a)	J	J	J	J	J	J	J	J	N
Hills et al. (2007 b)	J	J	J	J	J	J	J	J	N
Hills et al. (2007 c)	J	0	0	0	0	0	0	0	0
Knight et al. (2010)	J	J	J	J	J	J	J	J	N
Peersman et al. (2013)	J	J	J	J	J	J	J	J	J
Potter et al. (2003)	J	J	J	N	J	J	J	J	N
Sheppard et al. (2010)	J	J	J	J	J	J	J	J	N

J = ja ; N = nee ; 0 = niet in de tekst/niet van toepassing

Tabel 3: sterkte-zwakte-analyse

Artikel	Sterktes	Zwaktes
Del Bano-Aledo et al., 2014	<ul style="list-style-type: none"> -gebruikte methodologie werd gecontroleerd -methodologische stijfheid werd voorkomen door meervoudige en gecoördineerde codering en cross-checked codes -bias werd geminimaliseerd door een onderzoeksassistent te gebruiken tijdens de interviews, door open vragen te stellen en door een wijde rang van perspectieven te rapporteren -onderzoekspopulatie is voldoende genoeg 	<ul style="list-style-type: none"> -beknopte weergave van vorige ervaringen -significante positieve en negatieve aspecten werden meer gescoord dan neutrale aspecten -cross-sectioneel onderzoek -collectie van deelnemers was retrospectief door te kijken naar vorige gebeurtenissen -studie is in Spanje
Hills et al., 2007 a	<ul style="list-style-type: none"> -studie bestaat uit verschillende deelonderzoeken die logisch op elkaar volgen -in- en exclusiecriteria staan duidelijk vermeld -steekproef is voldoende representatief voor de onderzochte populatie -goede weergave van alle bevindingen van de deelonderzoeken 	<ul style="list-style-type: none"> -model is nog niet in de praktijk getest -beknopte weergave van de methode, maar wel verwijzing naar ander onderzoek -studie uit het Verenigd Koninkrijk
Hills et al., 2007 b	<ul style="list-style-type: none"> -er werd eerst een vooronderzoek gedaan om te bepalen wat patiënten belangrijk vinden -onderscheid tussen acuut en chronisch -grondige beschrijving van de resultaten -grote variatie in de steekproef, waardoor de representativiteit beter wordt 	<ul style="list-style-type: none"> -door de kleine groepsgrootte bij het gebruik van focusgroepen zijn de resultaten minder representatief voor de populatie -studie uit het Verenigd Koninkrijk
Hills et al., 2007 c	<ul style="list-style-type: none"> -kan gebruikt worden om begrippen te verklaren -het concept patiënttevredenheid wordt beschreven -weergave van verschillende theorieën over patiënttevredenheid -er wordt een link gelegd tussen de verwachtingen van de patiënt en tevredenheid over de behandeling -er worden modellen toegepast op kinesitherapie voorgesteld 	<ul style="list-style-type: none"> -het is geen studieopzet, er wordt geen populatie onderzocht
Knight et al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> -grote onderzoekspopulatie -grote diversiteit in onderzoekspopulatie 	<ul style="list-style-type: none"> -vragenlijst is gebaseerd op dimensies van kwaliteit van service, samengesteld aan de hand van bestaande literatuur -een uitkomstmaat is voorzien van informatie met betrekking tot de belangrijkheid om tevredenheid te bepalen -de rol van de gevoelens van veiligheid en continuïteit van zorg werden niet beoordeeld -vragenlijsten werden uitgedeeld door medewerkers en werden niet uitgedeeld wanneer het druk was -het kan daardoor mogelijk zijn dat minder tevreden klanten niet in aanmerking kwamen voor het invullen van een vragenlijst

Peersman et al., 2013	<ul style="list-style-type: none"> -tweedelige studie waarbij eerst een kleiner onderzoek gevoerd werd en nadien meer participanten gerekruteerd werden -resultaten kunnen gebruikt worden in de praktijk van kinesitherapeuten -uitgebreide weergave van de resultaten -resultaten kunnen gebruikt worden om de visie van patiënten realistisch te maken -resultaten kunnen gebruikt worden om meetinstrumenten op te stellen -studie over de Vlaamse populatie 	<ul style="list-style-type: none"> -geen gedetailleerd overzicht van de participanten van het 1^o deel van het onderzoek -voorschrift is nodig voor kinesitherapie, en dus is de generaliseerbaarheid van het onderzoek beperkt -mogelijke selectiebias -inclusie van Nederlandstaligen geeft beperking van de etnische diversiteit
Potter et al., 2003	<ul style="list-style-type: none"> -diverse onderzoekspopulatie 	<ul style="list-style-type: none"> -geen in-en exclusiecriteria beschreven -kleine onderzoekspopulatie
Sheppard et al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> -er wordt een interview gedaan met open vragen -de resultaten worden uitgebreid weergegeven 	<ul style="list-style-type: none"> -studie is uit Australië -studie op spoedafdeling -studie werd uitgevoerd toen er geen kinesitherapie op de afdeling was (patiënten moesten het zich voorstellen) -kleine onderzoeksgroep, gemiddelde leeftijd boven 65 jaar, minder generaliseerbaar

4.3. Resultaten data-extractie

Bij het vergelijken van de artikels blijken een aantal gelijkenissen te zijn. In elk artikel wordt er een methode toegepast om de tevredenheid van de patiënt na te gaan. In de meeste gevallen wordt gebruik gemaakt van focusgroepen. Enkel bij Knight et al. (2010) wordt gebruik gemaakt van interviews. Bij Hills et al. (2007 a; 2007 b) en Peersman et al. (2013) wordt gebruik gemaakt van zowel focusgroepen als interviews.

Zowel bij Knight et al. (2010) en Peersman et al. (2013) is men er in geslaagd een breed publiek te bereiken. Dit omwille van het feit dat ze hier gebruik maken van vragenlijsten, wat minder tijd in beslag neemt en dus ook een grotere onderzoekspopulatie zal bereiken. Bij alle andere studies is de onderzoekspopulatie eerder aan de kleine kant. Hier maken ze gebruik van focusgroepen, wat veel meer tijd in beslag neemt. Het leeftijdsinterval van de onderzoekspopulatie is in iedere studie zeer ruim en gaat van minstens 18 jaar tot maximum 85 jaar. Op vlak van de aandoeningen van de participanten is te zien dat er velerlei verschillende aandoeningen voorkomen in iedere onderzoekspopulatie. Dit zorgt er voor dat alle studies eerder een algemeen resultaat zullen verkrijgen en niet toegespitst op een bepaalde pathologie. Bij demografische kenmerken zoals geslacht, opleiding en andere, is ook een grote variëteit aanwezig is. Bij alle artikels wordt het geslacht van de onderzoekspopulatie weergegeven en hieruit blijkt dat er opmerkelijk meer vrouwen dan mannen deelnemen aan het onderzoek. Dit zou er voor kunnen zorgen dat er een vertekend beeld ontstaat over de tevredenheid.

In het artikel van Hills et al. (2007 a) wordt eerder gefocust op de theoretische kant van het verhaal. Hier worden er twee modellen voorgesteld die samengevoegd worden om tot een finaal model van patiënten-tevredenheid te komen. In het eerste model wordt er vooral gekeken naar een aantal dimensies die tevredenheid voorspellen. Dit wordt verduidelijkt in het artikel van Hills et al. (2007 b). Er zou dus een logische progressie zijn doorheen de stadia van de therapeutische benadering. Het tweede model geeft de relatie weer tussen het effect van de behandeling (op vlak van symptomatische verlichting) en de tevredenheid bij patiënten. Op basis van deze twee modellen ontstaat er een framework dat een theoretische onderbouwing vormt voor het concept van tevredenheid binnen de kinesithérapie.

In de andere artikels wordt er voornamelijk gekeken naar wat patiënten nu net belangrijk vinden tijdens een consultatie bij de kinesitherapeut. Het artikel van Del Bano-Aledo et al. (2014) laat blijken dat er drie belangrijke thema's zijn die telkens terugkomen als het gaat over tevredenheid. Het gaat hier over interpersoonlijke belangen, informatieverlening van de therapeut aan de patiënt en technische expertise van de therapeut. Met interpersoonlijke belangen bedoelen de auteurs van dit artikel de manier waarop therapeuten hun werk uitvoeren, in relatie tot hun patiënten. Als men in het artikel over informatieverlening praat, bedoelt men dat de therapeut gemotiveerd moet zijn om de situatie van de patiënt te begrijpen en informatie moet verlenen aan de patiënt, vooral bij het begin van de behandeling. Technische expertise gaat dan vooral over het gevoel dat de patiënt heeft over de mogelijkheden van de therapeut. In het artikel van Hills et al. (2007 b) worden er vijf thema's gevonden die belangrijk zijn voor de evaluatie van zorg. Het gaat hier over de verwachtingen,

communicatie, visie van de therapeut, proces en inhoud van de behandeling en het resultaat van de behandeling. Er worden nog zes andere dimensies aangehaald in het artikel van Knight et al. (2010). Deze zes dimensies verschillen van de vijf dimensies die aangehaald worden in het artikel van Hills et al. (2007 b). De dimensies die men hier aanhaalt zijn: begrip, scholing, uitleg, empathie, tijd, beleefdheid, fysiek comfort, begrip van medewerkers, punctualiteit en privacy. In het artikel van Potter et al. (2003) worden de kwaliteiten van een goede therapeut onderverdeeld in drie grote categorieën. Deze categorieën zijn communicatieve vaardigheden, professioneel gedrag en organisatie en de karakteristieken van de toegediende behandeling.

Na het lezen van alle artikels blijkt dat een aantal studies wel ongeveer dezelfde resultaten bekomen. In drie artikels (Del Bano-Aledo et al. (2014), Hills et al. (2007 b) en Potter et al. (2003)) geeft men weer dat de relatie tussen de patiënt en de therapeut heel erg belangrijk is. Vriendelijk en respectvol gedrag is noodzakelijk, respectvol gedrag alleen is niet genoeg. De therapeut moet patiënten ook emotioneel ondersteunen en veranderingen in de functionele en/of emotionele status opvangen. Het is van groot belang dat de therapeut interesse toont in de patiënt. Ook communicatie is zeer belangrijk. Patiënten appreciëren dat ze uitleg krijgen over hun aandoening, over hoe de behandeling zal verlopen, maar ook over de vorderingen die ze maken. Dit zorgt ervoor dat het vertrouwen stijgt en dat ze meer gemotiveerd zijn om door te zetten. Het regelmatig verlenen van informatie zorgt voor een betere kwaliteit van hulpverlening. De technische expertise van de therapeut blijkt ook een aspect te zijn waar patiënten veel belang aan hechten. De therapeut moet georganiseerd en professioneel gedrag vertonen. Niet alleen het stellen van een goede diagnose is van belang maar, een therapeut moet ook in staat zijn om goede zelfhulp-strategieën aan te bieden.

In het artikel van Hills et al. (2007 b) wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten met een acute of een chronische aandoening. Patiënten met een acute aandoening - die nog geen eerdere ervaring hadden met kinesithérapie - weten niet goed wat ze moeten verwachten. In de acute groep zijn de verwachtingen dan ook veel groter dan in de chronische groep. Patiënten met een chronische aandoening weten al wat de behandeling allemaal inhoudt en stellen daarom hun verwachtingen minder hoog. Bij acute patiënten is het belangrijk om veel uitleg te geven zodat ze geen angst krijgen om te bewegen. Patiënten met een acute aandoening hebben ook geen enkel idee over de capaciteiten van de therapeut, wat ook angst inboezemt. Daarom is het belangrijk dat de therapeut veel informatie en uitleg verleent aan patiënten met acute aandoeningen. Bij patiënten met chronische aandoeningen is het belangrijker om een deel van de verantwoordelijkheid ook bij de patiënt te leggen. Patiënten met acute aandoeningen vinden het fijn dat ze na de sessies ook nog contact kunnen opnemen met hun therapeut terwijl patiënten met een chronische aandoening het belangrijk vinden dat ze niet te lang moeten wachten voor een behandeling gestart kan worden en dat deze behandelingen ook regelmatig zijn. Patiënten met acute aandoeningen ervaren behandelingen eerder als positief en zijn ook bereid om oefeningen thuis verder te zetten, indien nodig. Bij patiënten met chronische aandoeningen is deze motivatie beduidend minder.

In het artikel van Knight et al. (2010) en Peersman et al. (2014) worden resultaten op basis van demografische kenmerken met elkaar vergeleken. Zo ziet men dat vrouwen hogere verwachtingen hebben met betrekking tot privacy in vergelijking met mannen. Vrouwen worden ook liever door de kinesitherapeut zelf behandeld in plaats van door een stagiair. Ook veiligheid en vrijheid van keuze zijn belangrijker voor vrouwen dan voor mannen.

Er zijn ook een aantal verschillen te zien in de resultaten op vlak van de leeftijd van participanten. Oudere patiënten vinden het belangrijk dat een therapeut zijn behandeling aanpast als deze niet het gewenste effect geeft. Deze patiënten leggen ook meer nadruk op de verstandshouding met de therapeut. Hier moet de therapeut tijdens zijn behandeling genoeg tijd voorzien en ook interesse tonen in het persoonlijk leven van de patiënt. Het is hier ook belangrijk dat de klachten snel verminderen, dat de therapeut veel ervaring heeft en dat de therapeut altijd exact doet wat de dokter voorschrijft. Oudere patiënten vinden het ook heel belangrijk dat de therapeut discreet is. Bij de jongere patiënten blijkt dat de nadruk op andere aspecten ligt. Jongere patiënten willen vooral dat een therapeut duidelijk kan communiceren en dat ze snel terecht kunnen bij een therapeut. Hier doet de therapeut het onderzoek en stelt hij een behandeling op.

Er blijken ook verschillen te zijn met betrekking tot het opleidingsniveau. Men ziet dat personen met een lager opleidingsniveau andere items belangrijk vinden in vergelijking met personen met een hoger opleidingsniveau. Personen met een hoger opleidingsniveau vinden het belangrijk dat de therapeut de behandeling uitlegt terwijl mensen met een lager opleidingsniveau daar minder belang aan hechten.

Als men kijkt naar de gezondheid van de patiënt, ziet men dat patiënten met een slechtere gezondheidsstatus veel belang hechten aan hulp van de therapeut tijdens het uitvoeren van oefeningen. Gezondere patiënten willen vooral dat de therapeut de situatie met de dokter bespreekt. Eventuele vorige bezoeken aan een kinesitherapeut hebben ook een invloed op de beoordeling van de patiënt. Patiënten die minder bij een therapeut komen, hechten meer belang aan het feit dat de behandeling effectief is en de symptomen verlicht. Patiënten die al meerdere consultaties gehad hebben, hechten meer belang aan de verstandshouding met de therapeut. Vertrouwen is hier ook veel belangrijker.

In het artikel van Hills et al. (2007 b) wordt er weergegeven wat er misloopt bij patiënten die ontevreden zijn over hun therapeut. Eerst en vooral blijkt er bij het grootste deel van de patiënten een slechte communicatie te zijn tussen patiënt en therapeut. In de meeste gevallen zou de therapeut niet luisteren naar de patiënt of is er een tekort aan empathie. Een minder persoonlijke benadering zou ook voor problemen zorgen bij patiënten met een acuut probleem.

Wat uit deze artikels blijkt, is dat communicatie heel erg belangrijk is. Het opbouwen van een vertrouwelijke, respectvolle relatie met de therapeut is van groot belang. Ook de expertise van de therapeut heeft een belangrijk effect op de verwachtingen van de patiënt. Een therapeut die veel uitleg geeft over het probleem, de behandeling en de vorderingen van de patiënt creëert een grote tevredenheid bij de patiënt. Daarom zijn de meest voorkomende redenen van ontevredenheid bij de patiënt ook vooral de patiënt-therapeut relatie en tegenvallende resultaten van de behandeling.

Tabel 4: overzicht data-extractie van de geïnccludeerde studies in alfabetische volgorde (n = 6)

Titel, jaartal	Del Bano-Aledo et al., 2014
Onderzoeksvraag	Relevante percepties en ervaringen van patiënten voor een evaluatie van de kwaliteit van de interactie met de kinesitherapeut in privépraktijken.
In- en exclusiecriteria	Inclusiecriteria: 18 jaar of ouder, musculoskeletale problemen, al meer dan 10 beurten kinesitherapie gekregen Exclusiecriteria: patiënten die geen Spaans praten of patiënten met communicatieve beperkingen
Aantal participanten	57 participanten
Karakteristieken participanten	33 mannen, 24 vrouwen 12 participanten jonger dan 30, 21 tussen de 31 en 45 jaar en 24 participanten ouder dan 45 Problematiek: fracturen (49%), weke delen letsels (44%) en amputaties (7%)
Methode van datacollectie	9 focusgroepen, 3 per centra: 6-7 deelnemers per groep
Onderzoekresultaten	<p>Uit de focusgroepen kwamen 3 belangrijke thema's: interpersoonlijke belangen, informatieverlening aan de patiënt en technische expertise.</p> <p>Interpersoonlijke belangen: perceptie van kwaliteit van verleende diensten werd bepaald door de manier waarop therapeuten, in relatie tot patiënten, hun werk uitvoeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vriendelijke en respectvolle communicatie is een belangrijk item weergegeven door elke focusgroep - respectvol gedrag alleen is niet genoeg - emotionele ondersteuning om patiënten te leren omgaan met hun beperkingen en om zelfvertrouwen op te bouwen, is ook een belangrijke factor die een invloed heeft op de kwaliteit van de hulpverlening - sensitiviteit om veranderingen in functionele en/of emotionele status van de patiënt op te merken werd door patiënten geapprecieerd en zorgde ook voor een hoge perceptie van kwaliteit - professionele respons moet dus continu aangepast zijn aan de verworven vaardigheden en functies van de patiënt <p>Informatieverlening aan de patiënt: therapeut moet gemotiveerd zijn om de situatie van de patiënt te begrijpen en informatie te verlenen, vooral in het begin van de behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - meedelen van informatie over het probleem, de prognose en de behandeling van de patiënt zorgt voor een betere perceptie van kwaliteit - kwaliteit van hulpverlening wordt vooral bepaald door attitude en gedrag van de therapeut tijdens deze informatieverlening - regelmatig verlenen van informatie zorgt voor een betere kwaliteit van hulpverlening terwijl geen duidelijke of accurate informatie een negatieve impact heeft op de perceptie van kwaliteit van service <p>Technische expertise: de gevoelens van de patiënt over de mogelijkheden van de therapeut hebben een invloed op de perceptie van kwaliteit van hulpverlening</p>

Titel, jaartal	Hills et al., 2007 a
Onderzoeksvraag	Beschrijving van de ontwikkelingsstadia en een finaal model van patiënt-tevredenheid, onderzoek van de visie van de patiënt op zorg
In- en exclusiecriteria	Inclusiecriteria: - acute groep: patiënten met een fractuur of trauma opgelopen in de maand voor de behandeling gestart wordt - chronische groep: patiënten met de diagnose van degeneratieve spinale of perifere gewrichtsaandoeningen, met symptomen in de voorbije 6 maanden of langer Exclusiecriteria: patiënten onder 18 jaar, niet-Engelssprekend of met diagnose van een cognitieve aandoening
Aantal participanten	Pilootstudie: 4 participanten Deel 1 (interviews): 8 participanten Deel 2 focusgroepen): 30 participanten Deel 3 (interviews): 66 participanten
Karakteristieken participanten	Kenmerken van de participanten van de eerste interviews en de focusgroepen staan beschreven bij Hills et al (2007b). Deel 3: 34 patiënten met acute aandoeningen, 32 met chronische aandoeningen, uit de ontslaglijst van 2 deelnemende kinesitherapie-afdelingen, patiënten kregen in de voorgaande 4 maanden kinesitherapie, leeftijd van 19 tot 85 jaar.
Methode van datacollectie	Eerste interviews en focusgroepen staan beschreven bij Hills et al. (2007b) Deel 3: patiënten werden telefonische gecontacteerd en uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. De interviews duurden 40-60 minuten en bestonden uit 3 fases. - Initiële ongestructureerde fase: eerdere ervaring met kinesitherapie en kennis te weten komen, dan moet patiënt vrij praten over de laatste behandeling en de aspecten die voor hem belangrijk zijn. - Kaart-orden fase: 6 elementen die bleken uit de interviews en focusgroepen werden op kaartjes geschreven, patiënten werd gevraagd deze kaartjes te ordenen op basis van belangrijkheid voor hen. - Als laatste discussie over de statements van de descriptor: op de achterkant van de kaartjes stonden stellingen, waardoor de patiënt de kans kreeg om de stellingen verder uit te diepen.
Onderzoekresultaten	Resultaten van de eerste interviews en de focusgroepen staan beschreven bij Hills et al. (2007b). Als algemene conclusie hieruit zeggen ze dat er een verschil is tussen inhoud/proces van de behandeling en het resultaat van de zorg. Patiënten kunnen tevreden zijn met de therapeut en de behandeling, maar hebben niet noodzakelijk de symptomatische verbetering die ze hoopten. er worden 2 modellen voorgesteld om tot het finale model van patiënttevredenheid te komen. In het eerste model stellen ze dat er 5 principiële dimensies zijn die tevredenheid voorspellen (zoals besproken in Hills et al. (2007b)) en er is een logische progressie doorheen de stadia van de therapeutische benadering: presentatie van het probleem, verwachtingen van zorg, relatie met de therapeut, communicatie tijdens de behandeling, volhouden van de behandeling/motivatie, resultaat. Het tweede model geeft de relatie weer tussen het effect van de behandeling, op vlak van symptomatische verlichting) en patiënttevredenheid. Op basis van deze twee modellen is er een framework voor een theoretische onderbouwing van het concept tevredenheid binnen de kinesitherapie. In de meer diepgaande interviews (deel 3) die hierop volgen wordt er gekeken naar volgende aspecten: inhoud van de behandeling, het verkrijgen van informatie en uitleg, organisatie van de behandeling, de therapeut, eigen verwachtingen, resultaat van de behandeling, kennis over de aandoening en thuisoefeningen. In tabel 5 wordt een gedetailleerd overzicht gegeven van het rangschikken van de kaartjes. Als algemene conclusie blijkt dat kinesitherapie meer succesvol zou zijn bij patiënten met acute aandoeningen ten opzichte van patiënten met chronische aandoeningen.

Titel, jaartal	Hills et al., 2007 b
Onderzoeksvraag	Focusgroepen worden gebruikt in een multimethodische benadering, als een van de drie initiële kwalitatieve stadia om een nieuwe tevredenheidsenquête te ontwikkelen
In- en exclusiecriteria	Deel 1 (interviews): patiënten met acute aandoeningen en patiënten met chronische aandoeningen (meer dan 6 maanden) Deel 2 (interviews): patiënten die in de laatste 4 maanden kinesitherapie kregen in het ziekenhuis waar de onderzoeker werkt Deel 3 (focusgroepen): kinesitherapie gehad in de voorbije 4 maanden, voor acute of chronische aandoeningen
Aantal participanten	Deel 1: 4 participanten Deel 2: 8 participanten Deel 3: 30 participanten
Karakteristieken participanten	Deel 1: patiënten met acute aandoeningen (fractuur of trauma) en chronische aandoeningen (in de laatste 6 maanden, degeneratief spinaal of gewrichtsaandoeningen) Deel 2: geen gedetailleerd overzicht van de participanten Deel 3: patiënten met acute aandoeningen (leeftijd van 36 tot 79 jaar), chronische aandoeningen (leeftijd van 46 tot 82 jaar)
Methode van datacollectie	Eerst werden er 4 interviews uitgevoerd om te bepalen wat de ervaringen met kinesitherapie zijn en om de aspecten te bepalen waar patiënten het meest en minst tevreden over zijn. Daarna worden er nog eens 8 interviews uitgevoerd om hier dieper op in te gaan. Dan werden er focusgroepen georganiseerd met 6 tot 8 deelnemers, waarbij de vragen gebaseerd waren op thema's die naar boven kwamen tijdens de interviews.
Onderzoekresultaten	Deel 1: algemene tevredenheid, vooral over het resultaat van de behandeling. Deel 2: 12 thema's komen naar boven, maar er is nood aan verder onderzoek met een grotere onderzoeksgroep. Deel 3: Er worden 5 thema's gevonden die patiënten belangrijk vinden bij evaluatie van de zorg: verwachtingen, communicatie/informatie/ uitleg, visie van de therapeut, proces/inhoud van de behandeling, resultaat van de behandeling. er wordt ook gevonden dat patiënten in 3 groepen kunnen verdeeld worden a.d.h.v. de evaluatie die ze geven. - Positieve groep: er is voldaan aan de verwachtingen die ze hadden, of hun verwachtingen zijn overstegen (17 patiënten) <ul style="list-style-type: none"> o Verwachtingen van de behandeling: In de acute groep wisten de patiënten niet wat te verwachten omdat ze geen eerdere ervaring hadden met kinesitherapie, maar ze waren wel optimistisch en verwachtten dat de behandeling hun probleem zou oplossen en waren verrast door het feit dat ze niet lang moesten wachten voor ze een behandeling konden starten. In de chronische groep waren de patiënten minder optimistisch, hun verwachtingen waren gerelateerd aan de graad van symptoomverlichting, maar door de chronische aard van hun aandoeningen passen ze hun verwachtingen wel aan. o Communicatie/informatie/uitleg: onderzoek wordt als essentieel gezien voor het verder plannen van de behandeling. Patiënten appreciëren dat ze uitleg krijgen over hun aandoening en welke vooruitgang ze gaan maken. Hierdoor stijgt hun vertrouwen en motivatie om door te zetten. Bij patiënten met een fractuur was het belangrijk dat ze wisten of er geen gevaar meer was als ze zouden bewegen. Als ze hier uitleg over kregen hadden ze minder schrik en werd de behandeling effectiever. Als er bij het initiële contact geen foto's of nota's beschikbaar waren was de patiënt bezorgd dat de therapeut geen goed zicht had op de situatie van de patiënt en dat de behandeling gestart wordt zonder de nodige voorkennis. Als er functionele thuisoefeningen gegeven worden, zijn patiënten meer geneigd de behandeling vol te houden. En als patiënten aangemoedigd worden doen ze beter hun best. Bij chronische patiënten is het belangrijk ook verantwoordelijkheid bij de patiënt te leggen.

- Visie van de therapeut: goede relatie met de therapeut is belangrijk, het is ook van belang dat de therapeut interesse toont in de persoon.
 - Proces/inhoud van de behandeling: flexibiliteit van de afspraak uren wordt geapprecieerd. Patiënten met acute klachten vinden het fijn dat ze als de sessies afgelopen zijn toch nog contact kunnen opnemen. Chronische patiënten vinden het dan weer belangrijk dat ze niet te lang moeten wachten voor de behandeling getart kan worden en dat ze regelmatig zijn.
 - Resultaat: De acute groep ervaart de behandelingen als positief en zijn bereid de oefeningen thuis verder te zetten indien nodig. Ze zien het nut in van het uitvoeren van oefeningen om zo ADL te verbeteren. Bij de chronische groep was er spraken van verbetering in ROM of verlichting van pijn
 - Negatieve groep: er is niet voldaan aan hun verwachtingen (8 patiënten)
 - Verwachtingen van de behandeling: Patiënten met acute aandoeningen hebben duidelijke verwachtingen van de behandeling. Patiënten uit de chronische groep twijfelden aan het effect van de behandeling, wat kan wijzen op onderliggende onrealistische verwachtingen. Sommigen hadden specifieke verwachtingen op vlak van pijnverlichting, maar werden in een vroeg stadia gezegd dat ze waarschijnlijk teleurgesteld zouden zijn
 - Communicatie/informatie/uitleg: er blijkt bij deze groep een slechte communicatie te zijn tussen patiënt en therapeut
 - Visie van de therapeut: Veel verschil, maar algemeen ongunstige reacties in verband met de relatie met de therapeut. Commentaar op dat therapeut niet zou luisteren, niet informeert, of er is een tekort aan empathie. Sommige patiënten zijn wel positief over de inspanningen van de therapeut, ookal zijn hun symptomen niet verbeterd.
 - Proces/inhoud van de behandeling: Minder persoonlijke benadering dan ze verwachtten bij de acute patiënten was vaak de inhoud van de behandeling niet volgens verwachtingen. Als er geen Rx beschikbaar is bij de eerste behandeling is de patiënt bezorgd.
 - Resultaat: Patiënten met chronische gewrichtsproblemen, die al eerder therapie gehad hebben zonder het gewenste resultaat, blijven toch verder zoeken naar een permanente oplossing voor hun probleem. Dit zijn patiënten die continue steun nodig hebben om om te gaan met hun symptomen en niet kunnen accepteren dat er geen 'magische' behandeling is. Bij de acute patiënt was het resultaat niet goed omwille van vele annulering van behandelingen en uiteindelijk een frequentie van 1 sessie per week
 - Tegenstrijdige groep: Geven sommige positieve aspecten aan, appreciëren de zorg wel, maar hun verwachtingen i.v.m. klinische verbetering zijn niet voldaan (5 patiënten).
 - Verwachtingen van de behandeling: Patiënten hebben verwachtingen in verband met verlichting van symptomen, maar deze zijn realistisch; ze willen eerder verbetering in plaats van genezing. Eén patiënt was ontevreden omdat hij niet de behandeling kreeg waarbij hij al eerder succes ervaren had en dat er geen ruimte was om de behandelmogelijkheden te bespreken.
 - Communicatie/informatie/uitleg: Er werd niet altijd uitleg gegeven over het belang van een onderzoek. Sommigen vinden wel dat er genoeg informatie gegeven wordt, maar dat er onvoldoende ruimte is om alternatieven te bespreken.
 - Visie van de therapeut: In deze groep was de relatie met de therapeut eerder afstandelijk, maar meer positief dan in de negatieve groep.
 - Proces/inhoud van de behandeling: Eén patiënt gaf commentaar op de inhoud van de behandeling, omdat het resultaat niet naar verwachtingen was. Er wordt wel aangegeven dat er te weinig follow up is enkele maanden na de behandeling.
- Resultaat: Geen volledige verlichting van symptomen, maar wel verbetering. Patiënten ervaren de resultaten wel als positief, omdat ze leren om te gaan met hun aandoening.

Titel, jaartal	Knight et al., 2010
Onderzoeksvraag	Resultaten van een vragenlijst m.b.t. patiënt-tevredenheid tijdens een kinesitherapeutische behandeling in een privépraktijk
In- en exclusiecriteria	Inclusiecriteria: patiënten komen uit privépraktijken die al meer dan 5 jaar bestaan, behandelingen vinden plaats 40 uur per week, voor minstens 5 dagen en er zijn 1 tot 5 werkende kinesitherapeuten aanwezig, 18 jaar of ouder en nodige vragenlijst zelfstandig kunnen invullen. Exclusiecriteria: praktijken waar alleen specifieke problemen behandeld worden of die zich richten op een specifieke doelgroep
Aantal participanten	320 participanten
Karakteristieken participanten	45% mannen, 55% vrouwen, leeftijd: 18-66+ Het grootste deel van de klachten duurde 5-12 maanden en hadden een gemiddelde impact op het dagelijkse leven Hoofdzakelijk klachten van lage rugpijn en kniepijn. 46,8% (de meerderheid) kreeg 1-5 behandelingen 38,1% (de meerderheid) kreeg een kinesitherapeut aanbevolen door de huisarts 34% had al een andere medische specialist geraadpleegd, 34% had geen andere therapeuten geraadpleegd
Methode van datacollectie	Vragenlijsten die, samen met instructies, door de secretaresse van de praktijk afgegeven werden aan de patiënten voor hun sessie; na de sessie werd de vragenlijst ingevuld en in de collectebox gestoken De data-collectie duurde 10 maanden 6 dimensies beoordelen aan de hand van de Likert schaal: begrip, scholing, uitleg, empathie, tijd, beleefdheid, fysiek, comfort, begrip medewerkers, punctualiteit en privacy.
Onderzoekresultaten	De dimensie 'begrip werknemers' had het laagste aantal 'tevreden' en 'zeer tevreden' antwoorden. Grootste ontevredenheid ging over de stiptheid maar werd slechts door 3% van de patiënten gerapporteerd. Het gedrag van de therapeut tijdens een gesprek over positieve en negatieve elementen van de behandeling, is de factor die het sterkste gecorreleerd is met de algemene tevredenheid van de patiënt. 76% van de patiënten gaf aan tevreden te zijn over de behandeling in het algemeen → hogere tevredenheid zorgt er ook voor dat mensen hun therapeut meer zullen aanbevelen aan andere mensen. Vrouwen hebben hogere verwachtingen dan mannen in verband met de privacy van de behandelingsruimte. Er is geen significant verschil in de verwachting als je patiënten met een ernstige aandoening vergelijkt met patiënten met een minder erge aandoening. Patiënten ouder dan 35 jaar hechten meer belang aan informatie die de therapeut geeft over de behandeling in vergelijking met jongere patiënten. Patiënt die voordien al bij een andere therapeut geweest waren, rapporteerden ontevredenheid over deze therapeut. Er zijn een aantal verschillen tussen patiënten die voorheen als eens ontevreden waren over hun therapeut in vergelijking met patiënten die dat nog niet waren: - geen significante verschillen in de verwachting - een aantal dimensies zijn wel belangrijker voor patiënten die voorheen al ontevreden geweest zijn - de score van de geleverde prestaties van de therapeut was lager bij patiënten die voorheen al ontevreden geweest zijn. De meest voorkomende redenen van ontevredenheid over een vorige behandeling zijn: problemen met de patiënt-therapeut interactie en tegenvallende resultaten van de behandeling. Factoren die tevredenheid beïnvloeden zijn dezelfde in verschillende Westerse landen ondanks het verschil in de manier van zorgverlening.

Titel, jaartal	Peersman et al., 2013
Onderzoeksvraag	De prioriteiten van patiënten bepalen en de belangrijkheid van de prioriteiten ordenen. Ook nagaan of er een relatie is tussen de karakteristieken van de patiënt en hun prioriteiten.
In- en exclusiecriteria	Deel 1: 18 jaar of ouder, Nederlandse taal begrijpen en cognitief in staat zijn om deel te nemen aan een groepsdiscussie Deel 2: Deel 1: 18 jaar of ouder, Nederlandse taal begrijpen en cognitief in staat zijn om een vragenlijst te beantwoorden
Aantal participanten	Deel 1: 53 participanten (gerekruteerd uit 10 praktijken) Deel 2: 358 participanten (voornamelijk patiënten met musculoskeletale aandoeningen en klachten)
Karakteristieken participanten	Leeftijd van 21 tot 84 jaar, verschillend opleidingsniveau, verschillende aandoeningen, verschillende ervaring met kinesitherapie
Methode van datacollectie	Deel 1: 8 focusgroepen om relevante aspecten van de zorg te bepalen. Focusgroepen duurden 1-1.5 u. (introdactie en uitleg van de procedure, in stilte bedenken van prioriteiten, delen met de groep en groepsdiscussie) Deel 2: vragenlijsten werden uitgedeeld aan kinesitherapeuten die deze uitdelen aan patiënten (vragenlijst bestaat uit de items die aan bod kwamen in de focusgroepen)
Onderzoekresultaten	Belangrijkste aspecten voor patiënt: 'therapeut is expert in zijn professioneel gebied', 'therapeut stuurt door als hij je niet kan helpen', 'behandeling werkt', 'therapeut geeft advies ter preventie van problemen', 'therapeut past behandeling aan als de resultaten niet voldoende zijn', 'therapeut is enthousiast bij zijn werk'. Minst belangrijk voor patiënten: 'therapeut is beschikbaar als het u past', 'therapeut is geïnteresseerd in je sociale situatie', 'bij de groepstherapie is er een goede verstandhouding met de andere patiënten'. Verschillen tussen M/V: vrouwen leggen meer nadruk op privacy, veiligheid, en vrijheid van keuze en worden liever door dezelfde kinesitherapeut behandeld in plaats van door stagiair Leeftijdsverschillen: ouderen vinden het belangrijk dat: 'therapeut past de behandeling aan als het niet het gewenste resultaat geeft' en vinden 'therapeut legt de behandeling uit' minder belangrijk dan jongeren. Ouderen leggen meer nadruk op: 'verstandhouding met therapeut is goed', 'therapeut heeft tijd tijdens de behandeling om zich met u persoonlijk bezig te houden', 'therapeut kan snel klachten verlichten', 'therapeut heeft veel ervaring', 'altijd behandeld door dezelfde therapeut' en 'therapeut voert altijd exact uit wat de dokter voorschrijft'. De oudste en middelste groep vinden 'therapeut is discreet' heel belangrijk (top 10). De jongste groep vindt volgende items meer belangrijk: 'therapeut kan duidelijk communiceren', 'je kan op korte tijd een afspraak maken met de kinesitherapeut' en 'therapeut doet onderzoek voor de behandeling'. Verschillen met betrekking tot opleidingsniveau: bijna de helft van de items wordt anders gescoord tussen mensen zonder educatie en mensen met hoger opleidingsniveau; meeste verschil bij 'therapeut is behulpzaam', 'je kan praten met de therapeut' en 'praktijk is makkelijk te bereiken'. Mensen met een hoger opleidingsniveau vinden het belangrijk dat de therapeut de behandeling uitlegt Verschillen met betrekking tot gezondheid: participanten met de slechtste gezondheidsstatus scoren het item 'therapeut assisteert tijdens het uitvoeren van de oefeningen'. Gezondere patiënten scoren het item 'therapeut bespreekt dingen met de dokter indien nodig' als belangrijker dan de patiënten met een slechtere gezondheid. Verschillen met betrekking tot aantal bezoeken aan kinesitherapeut: patiënten met minder bezoeken vinden 'de behandeling werkt' belangrijker. Patiënten met meer bezoeken vinden volgende items belangrijker: 'er wordt voldoende aandacht gegeven aan veiligheid', 'er is een goede verstandhouding met therapeut, 'je kan je therapeut vertrouwen', 'je therapeut is bewust van je medische voorgeschiedenis'.

Titel, jaartal	Potter et al., 2003
Onderzoeksvraag	De ervaring van kinesithérapie in een privépraktijk: het perspectief van de patiënt
In- en exclusiecriteria	Inclusiecriteria: niet beschreven in de tekst Exclusiecriteria: niet beschreven in de tekst.
Aantal participanten	26 participanten
Karakteristieken participanten	39% mannen, 62% vrouwen, leeftijd: 20-79 jaar 58% was getrouwd, 65% had een hoger diploma 39% was op het moment van het onderzoek in behandeling, 42% had een behandeling afgesloten in de laatste 6 maanden, 19% had een behandeling afgesloten in het laatste jaar 15% had nog geen andere therapeut gehad, 58% had al een of twee andere therapeuten gehad en 23% had al drie of meer andere therapeuten gehad
Methode van datacollectie	6 focusgroepen: 3-5 deelnemers per groep 2 uur-durend gesprek met introductie en uitleg, brainstorming in stilte, uitwisseling van ideeën, discussie, stemming en ranken van ideeën
Onderzoekresultaten	Kwaliteiten van een goede therapeut: 3 grote categorieën - communicatievaardigheden - andere attributen van de therapeut (professioneel gedrag en organisatie) - karakteristieken van de toegediende behandeling Communicatieve vaardigheden: staat op de eerste of tweede plaats in alle focusgroepen - meest belangrijke vaardigheden = interpersoonlijke vaardigheden, gedrag en 'lesgevend' vermogen - therapeuten moeten georganiseerd en professioneel gedrag vertonen - niet alleen een goede diagnose maar ook het aanbieden van goede zelfhulpstrategieën is belangrijk vorige ervaringen zijn meestal een mix van goede en slechte ervaringen - slechts een klein deel van de deelnemers rapporteert alleen goede of alleen slechte ervaringen Goede ervaringen ontstaan door effectieve communicatievaardigheden en een hoge kwaliteit van de verleende diensten van de therapeut. Slechte ervaringen ontstaan dan door ineffektieve communicatievaardigheden en een slechte kwaliteit van de verleende diensten van de therapeut.

5. Discussie

5.1. Reflectie over kwaliteit studies

Uit de beoordeling van de artikels blijkt dat er toch wel wat onderlinge verschillen zijn. Inhoudelijk komen alle artikels grotendeels overeen, maar toch gaan ze allemaal op een andere manier te werk. In de meeste studies wordt er gebruik gemaakt van focusgroepen. Bij sommige studies worden er ook nog extra interviews afgenomen, voor of na de focusgroepen. De onderzoekspopulatie verschilt zeer sterk en valt dus ook niet met elkaar te vergelijken. Er zijn heel wat verschillende demografische kenmerken die bij de ene studie wel in rekening gebracht worden, terwijl er in de andere studie niets over vermeld wordt. De onderzoekspopulatie is ook niet bij alle onderzoeken even groot. Bij de studies met een kleine onderzoekspopulatie kan de betrouwbaarheid dan ook in vraag gesteld worden. De in- en exclusiecriteria staan bij de meeste artikels wel duidelijk vermeld. Uit de artikels blijkt dat de analyse op een gelijkaardige manier uitgevoerd is, maar deze staat meestal niet verder in detail beschreven. Bij alle geïnccludeerde studies is de methode heel goed beschreven en meten de onderzoekers ook effectief wat ze willen meten. De studies zijn dus valide, betrouwbaar en zeker ook herhaalbaar in de toekomst.

5.2. Reflectie over bevindingen in functie van onderzoeksvraag

Met de onderzoeksvraag in het achterhoofd, lijkt het zo dat alle interessante en nuttige artikels - die aansluiten bij deze onderzoeksvraag - naar boven zijn gekomen tijdens deze literatuursearch. Als alle studies naast elkaar gelegd worden, blijkt dat alle studies gelijkaardige resultaten weergeven. Toch zijn er een aantal verschillen tussen de artikels onderling. De artikels verschillen van elkaar op basis van de informatie die uit de focusgroepen gehaald wordt. In de meeste artikels worden dezelfde belangrijke aspecten aangehaald, maar op een andere manier geformuleerd. Dit wil toch zeggen dat er een aantal vaste factoren zijn in het bepalen van de tevredenheid van patiënten die steeds terugkomen en dus ook belangrijk zijn. De focusgroepen in de verschillende studies zijn ook anders met betrekking tot de demografische kenmerken. Dit kan er ook voor zorgen dat de resultaten verschillend zijn. De studie van Hills et al. (2007 a) kan niet echt vergeleken worden met de andere studies omdat men hier eerder focust op de theoretische kant van het verhaal.

5.3. Reflecties over de sterktes en beperkingen van de literatuurstudie

Er zijn al veel onderzoeken uitgevoerd naar de verwachtingen van patiënten met specifieke pathologieën, maar nog niet naar de verwachtingen van patiënten in het algemeen. Dit maakt het moeilijk om bruikbare, kwaliteitsvolle artikels te vinden die zich toespitsen op dit onderwerp. Desondanks zijn alle bruikbare en beschikbare artikels die voldoen aan de onderzoeksvraag geïnccludeerd in deze literatuurstudie. Dit omwille van het feit dat er ook gekeken werd naar de 'related citations' van een bruikbaar artikel. Afgezien daarvan werd er maar een klein aantal bruikbare artikels gevonden, wat een zwakte van deze literatuurstudie kan zijn. Omdat een eerste zoektocht weinig resultaat met zich meebracht, was een tweede screening noodzakelijk. Hierdoor werd nog één extra bruikbaar artikel gevonden.

Enkel Pubmed en Web of Science werden gebruikt om te zoeken naar bruikbare artikels, wat een eventuele zwakte van deze studie kan zijn.

De kwaliteitsbeoordeling van de artikels is niet gebaseerd op een bestaande checklist en dit kan daarom ook als minpunt beschouwd worden. Eind april werd een checklist voor kwalitatief onderzoek gepubliceerd door 'The Dutch Cochrane Centre'. Deze werd niet gebruikt voor de kwaliteitsanalyse, maar de aspecten die in deze vragenlijst aangehaald worden komen wel overeen met de checklist die gebruikt werd voor deze literatuurstudie. Door het beperkt aantal artikels, is de screening van de bruikbare artikels wel grondig gebeurd.

5.4. Aanbevelingen voor toekomstige studies

Toekomstige studies in verband met dit onderwerp moeten zich vooral focussen op het ontwikkelen van een valide, gestandaardiseerde vragenlijst om naar de verwachtingen van een patiënt te polsen. Focusgroepen zijn hiervoor ook heel bruikbaar, maar dit is echter een tijdrovende methode. Er zijn al veel studies die allemaal op eenzelfde manier te werk gaan, maar er wordt nog geen eenduidige conclusie getrokken.

6. Conclusie

De visie van de patiënt in verband met kinesitherapie is een heel breed domein dat moeilijk te onderzoeken valt. Door gebruik te maken van focusgroepen kan deze informatie op een relatief gemakkelijke, betrouwbare en valide manier gemeten worden.

7. Referentielijst

(* Geïnccludeerde studies in de literatuurstudie

- Barron, C. J., Moffett, J. A., & Potter, M. (2007). Patient expectations of physiotherapy: definitions, concepts, and theories. *Physiother Theory Pract*, 23(1), 37-46. doi: 10.1080/09593980601147843
- (* Del Bano-Aledo, M. E., Medina-Mirapeix, F., Escolar-Reina, P., Montilla-Herrador, J., & Collins, S. M. (2014). Relevant patient perceptions and experiences for evaluating quality of interaction with physiotherapists during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Physiotherapy*, 100(1), 73-79. doi: 10.1016/j.physio.2013.05.001
- (* Hills, R., & Kitchen, S. (2007 a). Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *Physiother Theory Pract*, 23(5), 255-271. doi: 10.1080/09593980701249929
- (* Hills, R., & Kitchen, S. (2007 b). Satisfaction with outpatient physiotherapy: a survey comparing the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract*, 23(1), 21-36. doi: 10.1080/09593980601147876
- Hills, R., & Kitchen, S. (2007 c). Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: exploring the concept of satisfaction. *Physiother Theory Pract*, 23(5), 243-254. doi: 10.1080/09593980701209394
- (* Knight, P. K., Cheng, A. N., & Lee, G. M. (2010). Results of a survey of client satisfaction with outpatient physiotherapy care. *Physiother Theory Pract*, 26(5), 297-307. doi: 10.3109/09593980903164058
- Mortelmans, D. (2013). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Acco. Leuven
- Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC – UvA (2002). Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek. Amsterdam.
- (* Peersman, W., Rooms, T., Bracke, N., Van Waelvelde, H., De Maeseneer, J., & Cambier, D. (2013). Patients' priorities regarding outpatient physiotherapy care: a qualitative and quantitative study. *Man Ther*, 18(2), 155-164. doi: 10.1016/j.math.2012.09.007
- (* Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003b). The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective. *Aust J Physiother*, 49(3), 195-202.
- Sheppard, L. A., Anaf, S., & Gordon, J. (2010). Patient satisfaction with physiotherapy in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 18(4), 196-202. doi: 10.1016/j.ienj.2009.11.008

Geëxcludeerde studies:

- Abdel Maqsood, A. S., Oweis, A. I., & Hasna, F. S. (2012). Differences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *Int J Nurs Pract*, 18(2), 140-146. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02008.x
- Akishita, M., Ishii, S., Kojima, T., Kozaki, K., Kuzuya, M., Arai, H., Toba, K. (2013). Priorities of health care outcomes for the elderly. *J Am Med Dir Assoc*, 14(7), 479-484. doi: 10.1016/j.jamda.2013.01.009
- al-Faris, E. A. (1993). The selection of appropriate health education topics for publication in the press. *Scand J Prim Health Care*, 11(3), 163-168.
- Alami, S., Desjeux, D., Lefevre-Colau, M. M., Boisgard, A. S., Bocard, E., Rannou, F., & Poiraudou, S. (2011). Management of pain induced by exercise and mobilization during physical therapy programs: views of patients and care providers. *BMC Musculoskelet Disord*, 12, 172. doi: 10.1186/1471-2474-12-172

- Albaladejo, C., Kovacs, F. M., Royuela, A., del Pino, R., & Zamora, J. (2010). The efficacy of a short education program and a short physiotherapy program for treating low back pain in primary care: a cluster randomized trial. *Spine (Phila Pa 1976)*, 35(5), 483-496. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181b9c9a7
- Allen, D., & Rixson, L. (2008). How has the impact of 'care pathway technologies' on service integration in stroke care been measured and what is the strength of the evidence to support their effectiveness in this respect? *Int J Evid Based Healthc*, 6(1), 78-110. doi: 10.1111/j.1744-1609.2007.00098.x
- Amato, L., Colais, P., Davoli, M., Ferroni, E., Fusco, D., Minozzi, S., Perucci, C. A. (2013). [Volume and health outcomes: evidence from Systematic Reviews and from evaluation of Italian hospital data]. *Epidemiol Prev*, 37(2-3 Suppl 2), 1-100.
- Asenlof, P., Denison, E., & Lindberg, P. (2006). Idiographic outcome analyses of the clinical significance of two interventions for patients with musculoskeletal pain. *Behav Res Ther*, 44(7), 947-965. doi: 10.1016/j.brat.2005.07.005
- Azoulay, L., Ehrmann-Feldman, D., Truchon, M., & Rossignol, M. (2005). Effects of patient--clinician disagreement in occupational low back pain: a pilot study. *Disabil Rehabil*, 27(14), 817-823. doi: 10.1080/09638280400018684
- Babb, R. (2009). Low back pain recovery. *Rehab Manag*, 22(5), 22-23.
- Behavioural interventions for type 2 diabetes: an evidence-based analysis. (2009). *Ont Health Technol Assess Ser*, 9(21), 1-45.
- Bener, A., & Ghuloum, S. (2013). Gender difference on patients' satisfaction and expectation towards mental health care. *Niger J Clin Pract*, 16(3), 285-291. doi: 10.4103/1119-3077.113448
- Benson, J., Quince, T., Hibble, A., Fanshawe, T., & Emery, J. (2005). Impact on patients of expanded, general practice based, student teaching: observational and qualitative study. *Bmj*, 331(7508), 89. doi: 10.1136/bmj.38492.599606.8F
- Berk, C., Carr, J., Sinden, M., Martzke, J., & Honey, C. R. (2002). Thalamic deep brain stimulation for the treatment of tremor due to multiple sclerosis: a prospective study of tremor and quality of life. *J Neurosurg*, 97(4), 815-820. doi: 10.3171/jns.2002.97.4.0815
- Bethel, J. (2005). The role of the physiotherapist practitioner in emergency departments: a critical appraisal. *Emerg Nurse*, 13(2), 26-31. doi: 10.7748/en2005.05.13.2.26.c1185
- Bitterli, R., Sieben, J. M., Hartmann, M., & de Bruin, E. D. (2011). Pre-surgical sensorimotor training for patients undergoing total hip replacement: a randomised controlled trial. *Int J Sports Med*, 32(9), 725-732. doi: 10.1055/s-0031-1271696
- Bjorngaard, J. H., Ruud, T., Garratt, A., & Hatling, T. (2007). Patients' experiences and clinicians' ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway. *Psychiatr Serv*, 58(8), 1102-1107. doi: 10.1176/appi.ps.58.8.1102
- Boskovic, K., Todorovic-Tomasevic, S., Naumovic, N., Grajjic, M., & Knezevic, A. (2009). The quality of life of lumbar radiculopathy patients under conservative treatment. *Vojnosanit Pregl*, 66(10), 807-812.
- Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, K. R., Kenten, C., Francis, S. A. (2012). The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess*, 16(30), i-xii, 1-509. doi: 10.3310/hta16300
- Bradbury, K. J., Bishop, F. L., Yardley, L., & Lewith, G. (2013). Patients' appraisals of public and private healthcare: a qualitative study of physiotherapy and osteopathy. *J Health Psychol*, 18(10), 1307-1318. doi: 10.1177/1359105312465101
- Bramesfeld, A., Wedegartner, F., Elgeti, H., & Bisson, S. (2007). How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Serv Res*, 7, 99. doi: 10.1186/1472-6963-7-99

- Brinkmann, A., Steffen, P., & Pfaff, H. (2007). [Patient surveys as an element of quality management in outpatient care: development and assessment of a questionnaire]. *Gesundheitswesen*, 69(11), 585-592. doi: 10.1055/s-2007-990307
- Bruner, P., Waite, R., & Davey, M. P. (2011). Providers' perspectives on collaboration. *Int J Integr Care*, 11, e123.
- Casserley-Feeney, S. N., Daly, L., & Hurley, D. A. (2012). The access randomized clinical trial of public versus private physiotherapy for low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 37(2), 85-96. doi: 10.1097/BRS.0b013e3182127457
- Casserley-Feeney, S. N., Phelan, M., Duffy, F., Roush, S., Cairns, M. C., & Hurley, D. A. (2008). Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disord*, 9, 50. doi: 10.1186/1471-2474-9-50
- Cedraschi, C., Robert, J., Perrin, E., Fischer, W., Goerg, D., & Vischer, T. L. (1996). The role of congruence between patient and therapist in chronic low back pain patients. *J Manipulative Physiol Ther*, 19(4), 244-249.
- Chan, E. Y., & Hui-Ling Ng, I. (2012). Oral care practices among critical care nurses in Singapore: a questionnaire survey. *Appl Nurs Res*, 25(3), 197-204. doi: 10.1016/j.apnr.2010.12.002
- Cheraghi-Sohi, S., Hole, A. R., Mead, N., McDonald, R., Whalley, D., Bower, P., & Roland, M. (2008). What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiment to identify patients' priorities. *Ann Fam Med*, 6(2), 107-115. doi: 10.1370/afm.816
- Clemence, M. L., & Seamark, D. A. (2003). GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions - a qualitative study. *Family Practice*, 20(5), 578-582. doi: 10.1093/fampra/cm515
- Conde, C. (2013). Healthy priorities. *Tex Med*, 109(2), 27-33.
- Cooper, K., Smith, B. H., & Hancock, E. (2009). Patients' perceptions of self-management of chronic low back pain: evidence for enhancing patient education and support. *Physiotherapy*, 95(1), 43-50. doi: 10.1016/j.physio.2008.08.005
- Cortesi, E. (1998). [The impact of cancer on the healing status of patients]. *Tumori*, 84(1 Suppl), S20-23.
- Cross, V., Leach, C. M., Fawkes, C. A., & Moore, A. P. (2013). Patients' expectations of osteopathic care: a qualitative study. *Health Expect*. doi: 10.1111/hex.12084
- De Andres, J., Quiroz, C., Villanueva, V., Valia, J. C., Lopez Alarcon, D., Moliner, S., & Monsalve, V. (2007). [Patient satisfaction with spinal cord stimulation for failed back surgery syndrome]. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 54(1), 17-22.
- de Beer, J., Petruccelli, D., Adili, A., Piccirillo, L., Wismer, D., & Winemaker, M. (2012). Patient perspective survey of total hip vs total knee arthroplasty surgery. *J Arthroplasty*, 27(6), 865-869.e861-865. doi: 10.1016/j.arth.2011.12.031
- de Sa, M. R., & Gomes, R. (2013). [Child health promotion: a physiotherapeutic approach]. *Cien Saude Colet*, 18(4), 1079-1088.
- dela Cruz, G. G., Rozier, R. G., & Slade, G. (2004). Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*, 114(5), e642-652. doi: 10.1542/peds.2004-1269
- Donaldson, M., Learman, K., O'Halloran, B., Showalter, C., & Cook, C. (2013). The role of patients' expectation of appropriate initial manual therapy treatment in outcomes for patients with low back pain. *J Manipulative Physiol Ther*, 36(5), 276-283. doi: 10.1016/j.jmpt.2013.05.016
- Dowswell, G., Dowswell, T., Lawler, J., Green, J., & Young, J. (2002). Patients' and caregivers' expectations and experiences of a physiotherapy intervention 1 year following stroke: a qualitative study. *J Eval Clin Pract*, 8(3), 361-365.
- Edward, G. M., de Haes, J. C., Oort, F. J., Lemaire, L. C., Hollmann, M. W., & Preckel, B. (2008). Setting priorities for improving the preoperative assessment clinic: the patients' and the professionals' perspective. *Br J Anaesth*, 100(3), 322-326. doi: 10.1093/bja/aem393

- Ehlebracht-Konig, I., & Bonisch, A. (2004). [Inpatient aftercare in rheumatic diseases--concept, trial, and acceptance]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 43(6), 358-367. doi: 10.1055/s-2004-828530
- Fheodoroff, K., Wissel, J., Entner, T., & Freimuller, M. (2001). [Measuring outcome in spasticity rehabilitation]. *Wien Klin Wochenschr*, 113 Suppl 4, 11-15.
- Fletcher, R. H., O'Malley, M. S., Earp, J. A., Littleton, T. A., Fletcher, S. W., Greganti, M. A., Taylor, J. (1983). Patients' priorities for medical care. *Med Care*, 21(2), 234-242.
- Foffi, G., Pastore, A., Piazza, F., & Temussi, P. A. (2013). Macromolecular crowding: chemistry and physics meet biology (Ascona, Switzerland, 10-14 June 2012). *Phys Biol*, 10(4), 040301. doi: 10.1088/1478-3975/10/4/040301
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Phelan, S., Sarwer, D. B., & Sanderson, R. S. (2001). Obese patients' perceptions of treatment outcomes and the factors that influence them. *Arch Intern Med*, 161(17), 2133-2139.
- Fragar, L. J., & Depczynski, J. C. (2011). Beyond 50. Challenges at work for older nurses and allied health workers in rural Australia: a thematic analysis of focus group discussions. *BMC Health Serv Res*, 11, 42. doi: 10.1186/1472-6963-11-42
- French, H. P., Keogan, F., Gilsenan, C., Waldron, L., & O'Connell, P. (2010). Measuring patient satisfaction with exercise therapy for knee osteoarthritis: evaluating the utility of the physiotherapy outpatient survey. *Musculoskeletal Care*, 8(2), 61-67. doi: 10.1002/msc.166
- Fritz, J. M., Delitto, A., Welch, W. C., & Erhard, R. E. (1998). Lumbar spinal stenosis: a review of current concepts in evaluation, management, and outcome measurements. *Arch Phys Med Rehabil*, 79(6), 700-708.
- Gage, H., Dickinson, A., Victor, C., Williams, P., Cheynel, J., Davies, S. L., Goodman, C. (2012). Integrated working between residential care homes and primary care: a survey of care homes in England. *BMC Geriatr*, 12, 71. doi: 10.1186/1471-2318-12-71
- Galvin, R., Cusack, T., & Stokes, E. (2009). Physiotherapy after stroke in Ireland: a qualitative insight into the patients' and physiotherapists' experience. *Int J Rehabil Res*, 32(3), 238-244. doi: 10.1097/MRR.0b013e32832b083c
- Garrino, L., Curto, N., Decorte, R., Felisi, N., Matta, E., Gregorino, S., Carone, R. (2011). Towards personalized care for persons with spinal cord injury: a study on patients' perceptions. *J Spinal Cord Med*, 34(1), 67-75.
- George, S. Z., & Hirsh, A. T. (2005). Distinguishing patient satisfaction with treatment delivery from treatment effect: a preliminary investigation of patient satisfaction with symptoms after physical therapy treatment of low back pain. *Arch Phys Med Rehabil*, 86(7), 1338-1344.
- Goldstein, M. S., Morgenstern, H., Hurwitz, E. L., & Yu, F. (2002). The impact of treatment confidence on pain and related disability among patients with low-back pain: results from the University of California, Los Angeles, low-back pain study. *Spine J*, 2(6), 391-399; discussion 399-401.
- Gowers, S. G., Clark, A. F., Roberts, C., Byford, S., Barrett, B., Griffiths, A., Roots, P. (2010). A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOuCAN trial. *Health Technol Assess*, 14(15), 1-98. doi: 10.3310/hta14150
- Greene, K. A., & Harwin, S. F. (2011). Maximizing patient satisfaction and functional results after total knee arthroplasty. *J Knee Surg*, 24(1), 19-24.
- Griffiths, J., Davies, R. D., Price, J., Jenkins, S. C., & Siebert, S. (2008). Expectations and satisfaction with physiotherapy-led musculoskeletal clinics: The effect of patients' age. *Rheumatology*, 47, II142-II142.
- Grimmer, K., Sheppard, L., Pitt, M., Magarey, M., & Trott, P. (1999). Differences in stakeholder expectations in the outcome of physiotherapy management of acute low back pain. *Int J Qual Health Care*, 11(2), 155-162.
- Groenvold, M. (2010). Health-related quality of life in early breast cancer. *Dan Med Bull*, 57(9), B4184.

- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Szecsenyi, J. (1999). Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract*, 16(1), 4-11.
- Guennoc, X., Samjee, I., Jousse-Joulin, S., Devauchelle, V., Roudaut, A., & Saraux, A. (2007). Quality and impact of information about interventional rheumatology: a study in 119 patients undergoing fluoroscopy-guided procedures. *Joint Bone Spine*, 74(4), 353-357. doi: 10.1016/j.jbspin.2006.06.018
- Gutteling, J. J., de Man, R. A., Busschbach, J. J., & Darlington, A. S. (2008). Quality of health care and patient satisfaction in liver disease: the development and preliminary results of the QUOTE-Liver questionnaire. *BMC Gastroenterol*, 8, 25. doi: 10.1186/1471-230x-8-25
- Hancock, K., Chang, E., Chenoweth, L., Clarke, M., Carroll, A., & Jeon, Y. H. (2003). Nursing needs of acutely ill older people. *J Adv Nurs*, 44(5), 507-516.
- Hares, T., Spencer, J., Gallagher, M., Bradshaw, C., & Webb, I. (1992). Diabetes care: who are the experts? *Qual Health Care*, 1(4), 219-224.
- Henoch, I., Lovgren, M., Wilde-Larsson, B., & Tishelman, C. (2012). Perception of quality of care: comparison of the views of patients' with lung cancer and their family members. *J Clin Nurs*, 21(3-4), 585-594. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03923.x
- Hole, E., Stubbs, B., Roskell, C., & Soundy, A. (2014). The Patient's Experience of the Psychosocial Process That Influences Identity following Stroke Rehabilitation: A Metaethnography. *Scientific World Journal*. doi: 10.1155/2014/349151
- Hussain-Gambles, M., Leese, B., Atkin, K., Brown, J., Mason, S., & Tovey, P. (2004). Involving South Asian patients in clinical trials. *Health Technol Assess*, 8(42), iii, 1-109.
- Iversen, M. G., Hansen, K. S., Freil, M., & Kreiner, S. (2009). Do surgical patients differ in the way they prioritise aspects of hospital care? *Scand J Public Health*, 37(3), 295-303. doi: 10.1177/1403494809102774
- Jacobi, C. E., Boshuizen, H. C., Rupp, I., Dinant, H. J., & van den Bos, G. A. (2004). Quality of rheumatoid arthritis care: the patient's perspective. *Int J Qual Health Care*, 16(1), 73-81. doi: 10.1093/intqhc/mzh009
- Jarrett, N., Payne, S., Turner, P., & Hillier, R. (1999). 'Someone to talk to' and 'pain control': what people expect from a specialist palliative care team. *Palliat Med*, 13(2), 139-144.
- Jaussent, S., Labarere, J., Boyer, J. P., & Francois, P. (2004). [Psychometric characteristics of questionnaires designed to assess the knowledge, perceptions and practices of health care professionals with regards to alcoholic patients]. *Encephale*, 30(5), 437-446.
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care*, 11(4), 335-339.
- Jung, H., Wensing, M., de Wilt, A., Olesen, F., & Grol, R. (2000). Comparison of patients' preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. *Fam Pract*, 17(3), 236-242.
- Junod Perron, N., Sommer, J., Hudelson, P., Demaurex, F., Luthy, C., Louis-Simonet, M., Van der Vleuten, C. (2009). Residents' perceived needs in communication skills training across in- and outpatient clinical settings. *Educ Health (Abingdon)*, 22(1), 280.
- Kalauokalani, D., Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Koepsell, T. D., & Deyo, R. A. (2001). Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain: patient expectations and treatment effects. *Spine (Phila Pa 1976)*, 26(13), 1418-1424.
- Kouriefs, C., Quatan, N., Larking, A., Watkin, N. A., & Boyd, P. J. (2004). What is important to patients receiving extracorporeal shock-wave lithotripsy for urinary tract calculi? *Ann R Coll Surg Engl*, 86(6), 432-435. doi: 10.1308/147870804993
- Kravitz, R. L., Callahan, E. J., Azari, R., Antonius, D., & Lewis, C. E. (1997). Assessing patients' expectations in ambulatory medical practice. Does the measurement approach make a difference? *J Gen Intern Med*, 12(1), 67-72.

- Kravitz, R. L., Callahan, E. J., Paterniti, D., Antonius, D., Dunham, M., & Lewis, C. E. (1996). Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med*, *125*(9), 730-737.
- Kuo, R. J., Wu, Y. H., Hsu, T. S., & Chen, L. K. (2011). Improving outpatient services for elderly patients in Taiwan: a qualitative study. *Arch Gerontol Geriatr*, *53*(2), e209-217. doi: 10.1016/j.archger.2010.09.013
- Lamb, S. E., Williams, M. A., Williamson, E. M., Gates, S., Withers, E. J., Mt-Isa, S., Cooke, M. W. (2012). Managing Injuries of the Neck Trial (MINT): a randomised controlled trial of treatments for whiplash injuries. *Health Technol Assess*, *16*(49), iii-iv, 1-141. doi: 10.3310/hta16490
- Langle, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'Ren, R., Schwarzler, F., & Eschweiler, G. W. (2003). Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. *Int J Qual Health Care*, *15*(3), 213-221.
- Larsson, M. E., Kreuter, M., & Nordholm, L. (2010). Is patient responsibility for managing musculoskeletal disorders related to self-reported better outcome of physiotherapy treatment? *Physiother Theory Pract*, *26*(5), 308-317. doi: 10.3109/09593980903082136
- Leach, C. M., Mandy, A., Hankins, M., Bottomley, L. M., Cross, V., Fawkes, C. A., Moore, A. P. (2013). Patients' expectations of private osteopathic care in the UK: a national survey of patients. *BMC Complement Altern Med*, *13*, 122. doi: 10.1186/1472-6882-13-122
- Lee, E. W. C., Twinn, S., Moore, A. P., Jones, M. P., & Leung, S. F. (2008). Clinical encounter experiences of patients with nasopharyngeal carcinoma. *Integrative Cancer Therapies*, *7*(1), 24-32. doi: 10.1177/1534735407313448
- Li, L. C., Westby, M. D., Sutton, E., Thompson, M., Sayre, E. C., & Casimiro, L. (2009). Canadian physiotherapists' views on certification, specialisation, extended role practice, and entry-level training in rheumatology. *BMC Health Serv Res*, *9*, 88. doi: 10.1186/1472-6963-9-88
- Liddle, S. D., Baxter, G. D., & Gracey, J. H. (2007). Chronic low back pain: Patients' experiences, opinions and expectations for clinical management. *Disabil Rehabil*, *29*(24), 1899-1909. doi: 10.1080/09638280701189895
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Murray, A., & Hurley, D. A. (2012). Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT): a cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *BMC Musculoskelet Disord*, *13*, 104. doi: 10.1186/1471-2474-13-104
- Mannheim, E. G., Helmes, A., & Weis, J. (2013). [Dance/movement therapy in oncological rehabilitation]. *Forsch Komplementmed*, *20*(1), 33-41. doi: 10.1159/000346617
- March, S., Swart, E., & Robra, B. (2006). [Patient satisfaction with outpatient/short stay operations in a practice clinic]. *Gesundheitswesen*, *68*(6), 376-382. doi: 10.1055/s-2006-926868
- Marks, M., Herren, D. B., Vliet Vlieland, T. P., Simmen, B. R., Angst, F., & Goldhahn, J. (2011). Determinants of patient satisfaction after orthopedic interventions to the hand: a review of the literature. *J Hand Ther*, *24*(4), 303-312.e310; quiz 312. doi: 10.1016/j.jht.2011.04.004
- May, S. (2007). Patients' attitudes and beliefs about back pain and its management after physiotherapy for low back pain. *Physiother Res Int*, *12*(3), 126-135. doi: 10.1002/pri.367
- Merkesdal, S., & Mau, W. (2005). Prediction of costs-of-illness in patients with low back pain undergoing orthopedic outpatient rehabilitation. *Int J Rehabil Res*, *28*(2), 119-126.
- Miao, E. Y. (2011). Perception of patients, physiotherapists and traditional Chinese medicine practitioners towards manual physiotherapy and Tuina (Chinese manipulative therapy) in Australia: a qualitative research. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*, *9*(7), 737-745.
- Michener, L. A., Kardouni, J. R., Lopes Albers, A. D., & Ely, J. M. (2013). Development of a sham comparator for thoracic spinal manipulative therapy for use with shoulder disorders. *Man Ther*, *18*(1), 60-64. doi: 10.1016/j.math.2012.07.003

- Milisen, K., De Busser, T., Kayaert, A., Abraham, I., & de Casterle, B. D. (2010). The evolving professional nursing self-image of students in baccalaureate programs: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 47(6), 688-698. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.008
- Moe, R. H., Haavardsholm, E. A., Grotle, M., Steen, E., Kjekken, I., Hagen, K. B., & Uhlig, T. (2011). Development of a brief multidisciplinary education programme for patients with osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord*, 12, 257. doi: 10.1186/1471-2474-12-257
- Mounasamy, V., Beizile, E. L., Moskal, J. T., & Brown, T. E. (2008). Stillness following total knee arthroplasty: evaluation and treatment. *European Journal of Orthopaedic Surgery and Traumatology*, 18(2), 165-171. doi: 10.1007/s00590-007-0279-0
- Munneke, M., de Jong, Z., Zwinderman, A. H., Runday, H. K., van den Ende, C. H., Vliet Vlieland, T. P., & Hazes, J. M. (2004). High intensity exercise or conventional exercise for patients with rheumatoid arthritis? Outcome expectations of patients, rheumatologists, and physiotherapists. *Ann Rheum Dis*, 63(7), 804-808. doi: 10.1136/ard.2003.011189
- Nicolaisen-Murmann, K., Thiel, F., Mohrmann, S., Grunewald, E., Ackermann, S., Bender, H. G., Fasching, P. A. (2005). Complementary and alternative medicine in women with gynecological and breast malignancies - a multicenter study exploring prevalence and motivation. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 65(2), 178-185. doi: 10.1055/s-2005-837456
- Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull*, 54(4), 306-369.
- Normann, B., Moe, S., Salvesen, R., & Sorgaard, K. W. (2012). Patient satisfaction and perception of change following single physiotherapy consultations in a hospital's outpatient clinic for people with multiple sclerosis. *Physiother Theory Pract*, 28(2), 108-118. doi: 10.3109/09593985.2011.574782
- O'Donoghue, G., Cusack, T., & Doody, C. (2012). Contemporary undergraduate physiotherapy education in terms of physical activity and exercise prescription: practice tutors' knowledge, attitudes and beliefs. *Physiotherapy*, 98(2), 167-173. doi: 10.1016/j.physio.2011.04.348
- Pager, C. K., & McCluskey, P. J. (2004). Surgeons' perceptions of their patients' priorities. *J Cataract Refract Surg*, 30(3), 591-597. doi: 10.1016/s0886-3350(03)00671-0
- Patel, S., Brown, S., Friede, T., Griffiths, F., Lord, J., Ngunjiri, A., Underwood, M. (2011). Study protocol: Improving patient choice in treating low back pain (IMPACT - LBP): A randomised controlled trial of a decision support package for use in physical therapy. *BMC Musculoskelet Disord*, 12. doi: 10.1186/1471-2474-12-52
- Pearse, E. O., Maclean, A., & Ricketts, D. M. (2006). The extended scope physiotherapist in orthopaedic out-patients - an audit. *Ann R Coll Surg Engl*, 88(7), 653-655. doi: 10.1308/003588406x149183
- Peolsson, A., Vavruch, L., & Oberg, B. (2006). Can the results 6 months after anterior cervical decompression and fusion identify patients who will have remaining deficit at long-term? *Disabil Rehabil*, 28(2), 117-124. doi: 10.1080/09638280500163752
- Petersen, T., Larsen, K., & Jacobsen, S. (2007). One-year follow-up comparison of the effectiveness of McKenzie treatment and strengthening training for patients with chronic low back pain: outcome and prognostic factors. *Spine (Phila Pa 1976)*, 32(26), 2948-2956. doi: 10.1097/BRS.0b013e31815cda4a
- Physiotherapy rehabilitation after total knee or hip replacement: an evidence-based analysis. (2005). *Ont Health Technol Assess Ser*, 5(8), 1-91.
- Poole, K., Moran, N., Bell, G., Solomon, J., Kendall, S., McCarthy, M., Shorvon, S. (2000). Patients' perspectives on services for epilepsy: a survey of patient satisfaction, preferences and information provision in 2394 people with epilepsy. *Seizure*, 9(8), 551-558. doi: 10.1053/seiz.2000.0450
- Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003a). The difficult patient in private practice physiotherapy: a qualitative study. *Aust J Physiother*, 49(1), 53-61.

- Poulton, B. C. (1996). Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine patients' satisfaction with general practitioners and community nurses: reliability, replicability and discriminant validity. *Br J Gen Pract*, 46(402), 26-31.
- Pound, P., Bury, M., Gompertz, P., & Ebrahim, S. (1994). Views of survivors of stroke on benefits of physiotherapy. *Qual Health Care*, 3(2), 69-74.
- Praestegaard, J., & Gard, G. (2011). The perceptions of Danish physiotherapists on the ethical issues related to the physiotherapist-patient relationship during the first session: a phenomenological approach. *BMC Med Ethics*, 12, 21. doi: 10.1186/1472-6939-12-21
- Prochazka, P. (2001). [Results of arthroscopic subacromial decompression in 50-year-old patients]. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech*, 68(1), 39-44.
- Pytel, A., & Wrzosek, Z. (2012). Estimation of patient knowledge on rheumatoid arthritis in the range of their own disease--preliminary study. *Adv Clin Exp Med*, 21(3), 343-351.
- Quintana, J. M., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res*, 6, 102. doi: 10.1186/1472-6963-6-102
- Rajendran, D., Bright, P., Bettles, S., Carnes, D., & Mullinger, B. (2012). What puts the adverse in 'adverse events'? Patients' perceptions of post-treatment experiences in osteopathy--a qualitative study using focus groups. *Man Ther*, 17(4), 305-311. doi: 10.1016/j.math.2012.02.011
- Ram, R., Meeuwisse, W., Patel, C., Wiseman, D. A., & Wiley, J. P. (2013). The limited effectiveness of a home-based eccentric training for treatment of Achilles tendinopathy. *Clin Invest Med*, 36(4), E197-206.
- Razmjou, H., Lincoln, S., Axelrod, T., & Holtby, R. (2008). Factors contributing to failure of rotator cuff surgery in persons with work-related injuries. *Physiother Can*, 60(2), 125-133. doi: 10.3138/physio.60.2.125
- Rogers, L. Q., Courneya, K. S., Shah, P., Dunnington, G., & Hopkins-Price, P. (2007). Exercise stage of change, barriers, expectations, values and preferences among breast cancer patients during treatment: a pilot study. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 16(1), 55-66. doi: 10.1111/j.1365-2354.2006.00705.x
- Rubin, H. R., Jenckes, M., Fink, N. E., Meyer, K., Wu, A. W., Bass, E. B., Powe, N. R. (1997). Patient's view of dialysis care: development of a taxonomy and rating of importance of different aspects of care. CHOICE study. Choices for Healthy Outcomes in Caring for ESRD. *Am J Kidney Dis*, 30(6), 793-801.
- Sadeq, M. M., & Adib, S. M. (2002). Satisfaction with physiotherapy among patients at a general hospital in Kuwait. *Saudi Med J*, 23(8), 981-985.
- Saizonou, J., Godin, I., Ouendo, E. M., Zerbo, R., & Dujardin, B. (2006). [Emergency obstetrical care in Benin referral hospitals: 'near miss' patients' views]. *Trop Med Int Health*, 11(5), 672-680. doi: 10.1111/j.1365-3156.2006.01602.x
- Schafer, L. M., Hsu, C., Eaves, E. R., Ritenbaugh, C., Turner, J., Cherkin, D. C., Sherman, K. J. (2012). Complementary and alternative medicine (CAM) providers' views of chronic low back pain patients' expectations of CAM therapies: a qualitative study. *BMC Complement Altern Med*, 12, 234. doi: 10.1186/1472-6882-12-234
- Schoeb, V., Rau, B., Nast, I., Schmid, S., Barbero, M., Tal, A., & Kool, J. (2013). How do Patients, Politicians, Physiotherapists and Other Health Professionals View Physiotherapy Research in Switzerland? A Qualitative Study. *Physiother Res Int*. doi: 10.1002/pri.1560
- Schuessler, B., & Baessler, K. (2003). Pharmacologic treatment of stress urinary incontinence: expectations for outcome. *Urology*, 62(4 Suppl 1), 31-38.
- Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A., & Turner, K. (2011). Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 61(585), 149-156. doi: 10.3399/bjgp11X567054

- Serwint, J. R. (2001). Multisite survey of pediatric residents' continuity experiences: their perceptions of the clinical and educational opportunities. *Pediatrics*, *107*(5), E78.
- Skargren, E. I., Carlsson, P. G., & Oberg, B. E. (1998). One-year follow-up comparison of the cost and effectiveness of chiropractic and physiotherapy as primary management for back pain. Subgroup analysis, recurrence, and additional health care utilization. *Spine (Phila Pa 1976)*, *23*(17), 1875-1883; discussion 1884.
- Smeulders, E. S., van Haastregt, J. C., van Hoef, E. F., van Eijk, J. T., & Kempen, G. I. (2006). Evaluation of a self-management programme for congestive heart failure patients: design of a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*, *6*, 91. doi: 10.1186/1472-6963-6-91
- Sneed, R. C., May, W. L., & Stencel, C. (2004). Policy versus practice: comparison of prescribing therapy and durable medical equipment in medical and educational settings. *Pediatrics*, *114*(5), e612-625. doi: 10.1542/peds.2004-1063
- Sonneveld, R. E., Brands, W. G., Bronkhorst, E. M., Welie, J. V., & Truin, G. J. (2013). Patients' priorities in assessing organisational aspects of a general dental practice. *Int Dent J*, *63*(1), 30-38. doi: 10.1111/idj.12001
- Steinert, Y., Naismith, L., & Mann, K. (2012). Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 19. *Med Teach*, *34*(6), 483-503. doi: 10.3109/0142159x.2012.680937
- Stenberg, G., Fjellman-Wiklund, A., & Ahlgren, C. (2012). "Getting confirmation": gender in expectations and experiences of healthcare for neck or back patients. *J Rehabil Med*, *44*(2), 163-171. doi: 10.2340/16501977-0912
- Suarez-Almazor, M. E., Looney, C., Liu, Y., Cox, V., Pietz, K., Marcus, D. M., & Street, R. L., Jr. (2010). A randomized controlled trial of acupuncture for osteoarthritis of the knee: effects of patient-provider communication. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, *62*(9), 1229-1236. doi: 10.1002/acr.20225
- Swancutt, D. R., Greenfield, S. M., & Wilson, S. (2008). Women's colposcopy experience and preferences: a mixed methods study. *BMC Womens Health*, *8*, 2. doi: 10.1186/1472-6874-8-2
- Tapia-Cruz, J. A. (2006). [Mexico health care system's objectives: importance to its population and determining factors]. *Salud Publica Mex*, *48*(2), 113-126.
- Thigpen, C., & Shanley, E. (2011). Clinical assessment of upper extremity injury outcomes. *J Sport Rehabil*, *20*(1), 61-73.
- Thorne, L., Ellamushi, H., Mtandari, S., McEvoy, A. W., Powell, M., & Kitchen, N. D. (2002). Auditing patient experience and satisfaction with neurosurgical care: results of a questionnaire survey. *Br J Neurosurg*, *16*(3), 243-255.
- Turner, A., Kimble, F., Gulyas, K., & Ball, J. (2010). Can the outcome of open carpal tunnel release be predicted?: a review of the literature. *ANZ J Surg*, *80*(1-2), 50-54. doi: 10.1111/j.1445-2197.2009.05175.x
- Underwood, M. R., Harding, G., Moffett, J. K., & Collaboration, U. K. B. T. T. (2006). Patient perceptions of physical therapy within a trial for back pain treatments (UK BEAM) ISRCTN32683578. *Rheumatology*, *45*(6), 751-756. doi: 10.1093/rheumatology/kei254
- van Eijk-Hustings, Y., Ammerlaan, J., Voorneveld-Nieuwenhuis, H., Maat, B., Veldhuizen, C., & Repping-Wuts, H. (2013). Patients' needs and expectations with regard to rheumatology nursing care: results of multicentre focus group interviews. *Ann Rheum Dis*, *72*(6), 831-835. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202810
- Vergara, C., Martin, A. M., Wang, F., & Horowitz, S. (2004). Awareness about factors that affect the management of hypertension in Puerto Rican patients. *Conn Med*, *68*(5), 269-276.
- Voigt, I., Wrede, J., Diederichs-Egidi, H., Dierks, M. L., & Junius-Walker, U. (2010). Priority setting in general practice: health priorities of older patients differ from treatment priorities of their physicians. *Croat Med J*, *51*(6), 483-492.

- Wiles, R., Ashburn, A., Payne, S., & Murphy, C. (2004). Discharge from physiotherapy following stroke: the management of disappointment. *Soc Sci Med*, 59(6), 1263-1273. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.12.022
- Wilson, I. B., Dukes, K., Greenfield, S., Kaplan, S., & Hillman, B. (2001). Patients' role in the use of radiology testing for common office practice complaints. *Arch Intern Med*, 161(2), 256-263.
- Wittmer, M., Volpatti, M., Piazzalonga, S., & Hoffmann, A. (2012). Expectation, satisfaction, and predictors of dropout in cardiac rehabilitation. *Eur J Prev Cardiol*, 19(5), 1082-1088. doi: 10.1177/1741826711418163
- Wong, E. L., Coulter, A., Cheung, A. W., Yam, C. H., Yeoh, E. K., & Griffiths, S. (2013). Item generation in the development of an inpatient experience questionnaire: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 13, 265. doi: 10.1186/1472-6963-13-265
- Wood, H., Connors, S., Dogan, S., & Peel, T. (2013). Individual experiences and impacts of a physiotherapist-led, non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy: a qualitative study. *Palliat Med*, 27(6), 499-507. doi: 10.1177/0269216312464093
- Woods, M. (2003). The experience of manual lymph drainage as an aspect of treatment for lymphoedema. *Int J Palliat Nurs*, 9(8), 336-342; discussion 342.
- Worsfold, C., Langridge, J., Spalding, A., & Mullee, M. A. (1996). Comparison between primary care physiotherapy education/advice clinics and traditional hospital based physiotherapy treatment: a randomized trial. *Br J Gen Pract*, 46(404), 165-168.
- Zanello, A., Weber Rouget, B., Gex-Fabry, M., Maercker, A., & Guimon, J. (2006). [Validation of the QFS measuring the frequency and satisfaction in social behaviours in psychiatric adult population]. *Encephale*, 32(1 Pt 1), 45-59.
- Zuidegeest, M., Hendriks, M., Koopman, L., Spreeuwenberg, P., & Rademakers, J. (2011). A comparison of a postal survey and mixed-mode survey using a questionnaire on patients' experiences with breast care. *J Med Internet Res*, 13(3), e68. doi: 10.2196/jmir.1241

8. Bijlagen literatuurstudie

8.1. Bijlage 1: checklist kwaliteitsbeoordeling

1. De onderzoeksvraag is duidelijk geformuleerd.
 - a. Ja
 - b. Nee
 - c. Onvoldoende informatie in het artikel/niet van toepassing
2. De studieopzet is duidelijk beschreven, m.a.w. de studie is herhaalbaar.
 - a. Ja
 - b. Nee
 - c. Onvoldoende informatie in het artikel/niet van toepassing
3. De onderzochte populatie is duidelijk omschreven.
 - a. Ja
 - b. Nee
 - c. Onvoldoende informatie in het artikel/niet van toepassing
4. In- en exclusiecriteria zijn duidelijk beschreven
 - a. Ja
 - b. Nee
 - c. Onvoldoende informatie in het artikel/niet van toepassing
5. De steekproef is voldoende representatief voor de onderzochte populatie.
 - a. Ja
 - b. Nee
 - c. Onvoldoende informatie in het artikel/niet van toepassing
6. De uitkomstmaten van de studie zijn goed omschreven en worden op gepaste manier gemeten.
 - a. Ja
 - b. Nee
 - c. Onvoldoende informatie in het artikel/niet van toepassing
7. De studie is betrouwbaar, m.a.w. de analyse van de resultaten is op een adequate manier uitgevoerd en duidelijk beschreven en dus is de studie herhaalbaar.
 - a. Ja
 - b. Nee
 - c. Onvoldoende informatie in het artikel/niet van toepassing
8. De studie is valide, m.a.w. men meet wat men beweert te meten (interne validiteit).
 - a. Ja
 - b. Nee
 - c. Onvoldoende informatie in het artikel/niet van toepassing
9. De resultaten van de studie zijn generaliseerbaar naar de populatie (externe validiteit).
 - a. Ja
 - b. Nee
 - c. Onvoldoende informatie in het artikel/niet van toepassing

8.2. Bijlage 2: zoekstrategie en resultaat

<u>Zoektermen</u>	<u># hits PubMed maart 2014</u>	<u># hits PubMed april 2014</u>	<u># hits WoK april 2014</u>
#1 Patients expectations	11302	11386	14469
#2 Patients priorities	63405	4001	11053
#3 Patients satisfaction	63405	63735	46396
#4 Physiotherapy	134997	135443	10727
#5 Outpatient physiotherapy	2553	2563	527
#6: #1 AND #4	227	232	90
#7: #1 AND #5	14	15	3
#8: #2 AND #4	42	42	63
#9: #2 AND #5	6	6	8
#10: #3 AND #4	1692	1697	286
#11: #3 AND #5	143	144	43
#12: #6 AND #2	3	3	1
#13: #7 AND #2	1	1	1
#14: #6 AND #3	57	60	16
#15: #7 AND #3	8	9	1
#16: #10 AND #2	3	3	7
#17: #11 AND #2	1	1	1

DEEL 2: ONDERZOEKSPROTOCOL

1. Inleiding

Uit bovenstaande literatuurstudie blijkt dat het merendeel van de artikels vooral buitenlandse publicaties zijn. Peersman et al. (2013) was de enige beschikbare studie die onderzoek gedaan heeft bij een Vlaamse onderzoekspopulatie. Het is vanzelfsprekend dat dit te weinig is en dat er dus dringend nood is aan meer onderzoek hier in Vlaanderen. Tevredenheid over de kwaliteit van service is uiteraard een belangrijk aspect voor patiënten. Waardoor deze tevredenheid juist ontstaat, is voor de kinesitherapeutische wereld nog niet duidelijk omschreven. Om beter te kunnen inspelen op deze tevredenheid, is het ook belangrijk om na te gaan wat nu juist leidt tot tevredenheid bij patiënten. Dit is ook wat wij willen nagaan met ons onderzoek. Door na te gaan wat nu net belangrijk is voor patiënten, kan de therapeut daar beter op inspelen. Wanneer therapeuten weten wat patiënten belangrijk vinden, kunnen ze ook beter voldoen aan de verwachtingen van de patiënt. Op deze manier wordt de kwaliteit van hulpverlening geoptimaliseerd en zal de tevredenheid van patiënten toenemen. Het concrete doel van ons onderzoek is nagaan welke factoren - tijdens een consultatie bij de kinesitherapeut - nu belangrijk zijn om er voor te zorgen dat patiënten een gevoel van tevredenheid krijgen. Dit zullen wij doen aan de hand van focusgroepen. Op basis van de resultaten die uit deze focusgroepen komen, zullen wij proberen een vragenlijst op te stellen die gebruikt kan worden om de tevredenheid van patiënten na te gaan.

2. Doel onderzoek

2.1. Onderzoeksvragen

De concrete onderzoeksvraag die voor dit onderzoek opgesteld wordt, is de volgende: 'Wat is de visie van de algemene bevolking op kinesitherapie?'. Met dit onderzoek wordt nagegaan wat de algemene bevolking denkt over kinesitherapie en wat een kinesitherapeut volgens hen moet zijn en kunnen, met andere woorden wat ze verwachten en belangrijk vinden.

2.2. Hypothesen

Wij verwachten dat wij enigszins gelijkaardige resultaten zullen bekomen als de artikels die wij geanalyseerd hebben tijdens onze literatuurstudie. Het lijkt ons logisch dat patiënten dezelfde aspecten belangrijk achten, of ze nu in het buitenland wonen of in België.

Uit onze literatuurstudie blijkt dat er drie grote factoren zijn die steeds terug aangehaald worden binnen een focusgroep. De relatie tussen de patiënt en de therapeut is er daar één van en is ook heel erg belangrijk. Dit is een factor waarvan wij verwachten dat ook de Vlaamse bevolking deze belangrijk acht. Daarnaast blijkt dat communicatie ook een bepalende factor is voor de kwaliteit van service. Ook hier zijn wij er van overtuigd dat deze terug te vinden zijn in onze focusgroepen. Technische expertise wordt ook vermeld in een aantal artikels en zal ongetwijfeld ook aan bod komen in de focusgroepen die wij zullen organiseren.

De informatie die uit de focusgroepen wordt gehaald, wordt in het grootste deel van de artikels ook onderverdeeld in een aantal thema's. Wij veronderstellen dat we dit ook zullen moeten en dat we ongeveer op gelijkaardige thema's zullen uitkomen.

3. Methode

3.1. Onderzoeksdesign

Er wordt gebruik gemaakt van focusgroepen om de ideeën van de onderzoeksgroep te verzamelen en te structureren. Tijdens deze focusgroepen worden een aantal thema's besproken die uit de literatuurstudie gehaald werden. Op basis van de resultaten van deze focusgroepen, wordt een vragenlijst opgesteld om de tevredenheid van patiënten na te gaan. De belangrijke aspecten die uit de focusgroepen komen, worden dan in een vragenlijst gegoten. Hierdoor proberen wij een gestandaardiseerde, valide vragenlijst te creëren die in de toekomst ook effectief gebruikt kan worden. Een gedetailleerde beschrijving van de methode wordt gegeven bij 3.4. Interventie.

3.2. Participanten

Omwille van het feit dat de Vlaamse bevolking in zijn geheel een te grote en onbereikbare onderzoekspopulatie is, hebben wij beslist om het onderzoek vooral te richten op de plaatselijke bevolking. Vermits wij afkomstig zijn uit verschillende provincies, zullen wij er wel in slagen om een onderzoekspopulatie te bereiken die zich verspreidt over twee provincies. Verder hebben wij ook nog beslist om een onderscheid te maken tussen competitiesporters en recreatieve sporters/niet-sporters. Competitiesporters zijn mensen die minstens twee keer per week actief bezig zijn met sport en deelnemen aan een competitie binnen de sport. De anderen zijn personen die niet sporten of niet competitief bezig zijn met sport. De beslissing om dit onderscheid te maken, hebben wij gedaan op basis van het feit dat wij graag een onderzoeksgroep willen verkrijgen waarin de deelnemers al een aantal keer in contact gekomen zijn met een kinesitherapeut. Enerzijds zijn wij op zoek naar deelnemers die ons kunnen vertellen wat ze belangrijk vinden bij een bezoek aan de kinesitherapeut en wat ze verlangen van hun therapeut. Dit wordt natuurlijk moeilijk als er deelnemers bij zijn die nog nooit een bezoek gebracht hebben aan de kinesitherapeut. Anderzijds lijkt het ons logisch dat een kinesitherapeut een andere rol vervult bij competitiesporters in vergelijking met recreatieve sporters of personen die niet sporten. Bij de competitiesporters moet een kinesitherapeut er vooral voor zorgen dat ze snel terug hun sport kunnen hervatten. Vaak moet een kinesitherapeut zijn patiënt hier afremmen omdat ze te hard hun best willen doen en zo blessures nog erger kunnen maken. Bij recreatieve sporters of niet-sporters zal een kinesitherapeut waarschijnlijk meer moeten aanmoedigen om bepaalde oefeningen ook thuis te blijven doen. Communicatie en de relatie tussen patiënt en therapeut is hier net iets belangrijker dan bij competitiesporters.

3.2.1. Inclusiecriteria

Volgende inclusiecriteria worden gehanteerd voor groep 1: participanten ouder dan 18 jaar, participant heeft al minstens vijf sessies bij de kinesitherapeut achter de rug, begrijpt de Nederlandse taal, kan deelnemen aan een groepsdiscussie en doet minstens twee keer per week intensief aan sport.

Volgende inclusiecriteria worden gehanteerd voor groep 2: participanten ouder dan 18 jaar, participant heeft al minstens vijf sessies bij de kinesitherapeut achter de rug, begrijpt de Nederlandse taal, kan deelnemen aan een groepsdiscussie en doet geen (competitie)sport.

3.2.2. Exclusicriteria

Volgende exclusiecriteria worden gehanteerd, zowel voor groep 1 als voor groep 2: participant jonger dan 18 jaar, kinesitherapeut van beroep of student revalidatiewetenschappen en kinesitherapie, psychische problemen en nog geen eerdere ervaringen met een kinesitherapeut.

3.2.3. Rekrutering

Voor de rekrutering van onze onderzoekspopulatie hebben wij vooral rekening gehouden met de praktische kant. Daarom hebben wij beslist om patiënten te rekruteren in de buurt. Hierdoor kunnen wij een grotere onderzoekspopulatie verkrijgen. De onderzoekspopulatie van groep 1 bestaat uit sporters. Deze sporters worden gerekruteerd in omliggende sportclubs. De onderzoekspopulatie van groep 2 kan bestaan uit familie of kennissen, maar ook uit personen die we op straat tegenkomen.

3.3. Medische ethiek

Voor aanvang van het onderzoek wordt gevraagd de 'informed written consent' te ondertekenen. Er werd ook een aanvraag gedaan bij de Medisch Ethische Commissie.

3.4. Interventie

Er wordt gebruik gemaakt van focusgroepen om patiënten bij elkaar te brengen. Tijdens deze focusgroepen worden een aantal thema's besproken. Het grote voordeel van een focusgroep is dat patiënten met elkaar kunnen discussiëren en dat door de interactie tussen deelnemers nieuwe inzichten aan het licht komen. De resultaten die uit deze focusgroepen komen zijn dan ook geen individuele visies, maar het resultaat van een discussie in groep. Het is belangrijk dat het homogene groepen zijn zodat een vlot gesprek gevoerd kan worden. Daarom zijn er aparte focusgroepen met de competitieporters en de recreatieve sporters/niet-sporters. De focusgroepen bevatten zes tot tien deelnemers. Dit lijkt het ideale aantal, niet te veel maar ook niet te weinig zodat ieder zijn mening gehoord kan worden. De focusgroepen starten met een inleiding en wat uitleg over wat er zal gebeuren. Dan worden de thema's overlopen en kan iedereen even in stilte nadenken over deze thema's. Wanneer iedereen rustig heeft kunnen nadenken, worden alle ideeën op tafel gelegd. Iedereen krijgt de kans om zijn mening over een bepaald thema naar voor te brengen. Op het einde van een focusgroep worden alle ideeën gebundeld en bondig samengevat. De focusgroepen zullen maximaal twee uur duren en de gesprekken worden opgenomen en neergeschreven door een onderzoeker (Mortelmans, 2013). Volgende thema's komen aan bod: 'verwachtingen van de behandeling', 'relatie met de therapeut', 'kennis van de therapeut' en 'communicatie'.

Na het uitvoeren van deze focusgroepen worden alle data geanalyseerd. Deze analyse wordt dan uitvoerig beschreven in het onderzoek. Op basis van de resultaten van deze focusgroepen trachten we een vragenlijst op stellen om de tevredenheid van patiënten na te gaan.

De belangrijke aspecten die uit de focusgroepen komen, worden dan in een vragenlijst gegoten. Hierdoor proberen we een gestandaardiseerde, valide vragenlijst te creëren die in de toekomst ook effectief gebruikt kan worden.

3.5. Uitkomstmaten

3.5.1. Primaire uitkomstmaten

Als primaire uitkomstmaat wordt gekeken naar verwachtingen die de participanten hebben met betrekking tot een behandeling bij de kinesitherapeut. Daarnaast wordt gepolst wat participanten belangrijk vinden tijdens een behandeling bij de kinesitherapeut. Ook wordt gekeken naar wat patiënten van de therapeut zelf verlangen.

3.5.2. Secundaire uitkomstmaten

Als secundaire uitkomstmaat worden de verschillen met betrekking tot demografische factoren bekeken. Daarnaast wordt gemeten of er een valide en betrouwbare vragenlijst opgesteld werd.

3.6. Data-analyse

Er bestaan een aantal methodes om de data uit focusgroepen te analyseren. Eerst en vooral wordt er een telling uitgevoerd van de meningen binnen een bepaalde subgroep. Daarnaast gaat men ook kijken hoeveel mensen een bepaalde mening delen. Men gaat na hoe vaak een mening bij een bepaalde groep voorkomt. Zo kunnen subgroepen onderling met elkaar vergeleken worden. Er moet uiteraard wel rekening gehouden worden met de context waarin het gesprek gevoerd wordt. Het is ook van belang om na te gaan hoe belangrijk sommige uitspraken geacht worden door de mensen die deelnemen aan het gesprek. Er wordt ook een bepaald groepseffect teweeg gebracht waardoor het belangrijk is om na te gaan hoe het gesprek en de meningen van participanten evolueren tijdens het gesprek (Mortelmans, 2013).

De gesprekken zullen opgenomen en door een onderzoeker genoteerd worden. Dit doet men om zo weinig mogelijk informatie verloren te laten gaan. Nadien wordt gekeken naar de aspecten die patiënten het meest belangrijk achten.

4. Time planning

	Aug '14	Sept '14	Okt '14	Nov '14	Dec '14	Jan '15	Feb '15	Maa '15	Apr '15	Mei '15
Rekrutering participanten deel 1	X	X								
Uitvoeren van de focusgroepen		X	X							
Analyse van de resultaten uit deel 1			X	X						
Opstellen van de vragenlijst				X	X					
Rekruteren participanten deel 2				X	X	X				
Verzamelen van de informatie uit de vragenlijsten				X	X	X				
Analyse van de resultaten uit deel 2						X	X	X		
Afwerken MP 2								X	X	X



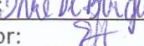

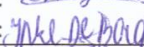



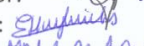






5. Referentielijst

Mortelmans, D. (2013). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Acco. Leuven

Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC – UvA (2002). Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek. Amsterdam.

APPENDIX - voortgangsformulier

VOORTGANGSFOMULIER MASTERPROEF DEEL 1

DATUM	OVERLEG	HANDTEKENINGEN
9/10/13	tekenen contract	Promotor:  Student:  Student: 
16/12/13	oriëntatie m.b.t. zoekstrategie	Promotor:  Student:  Student: 
27/2/14	Bespreken zoekstrategie	Promotor:  Student:  Student: 
6/3/14	Mitwerking zoekstrategie + bespreking methodologie	Promotor:  Student:  Student: 
3/5/14	Feedback / afwerking methodologisch deel	Promotor:  Student:  Student: 
		Promotor: Student: Student:
		Promotor: Student: Student:
		Promotor: Student: Student:
		Promotor: Student: Student:
		Promotor: Student: Student:
		Promotor: Student: Student:
		Promotor: Student: Student:
		Promotor: Student: Student:
		Promotor: Student: Student:

Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

De visie van de algemene bevolking op kinesitherapie

Richting: **master in de revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie-revalidatiewetenschappen en kinesitherapie bij kinderen**

Jaar: **2014**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

De Borger, Inke

Huybrichs, Emily

Datum: **16/05/2014**