

Copyright © 2009:

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Hogeschool Zuyd.

Yvon Bruynen, Georgette Zeijen

Voorwoord

In het kader van onze afstudeeropdracht aan de opleiding fysiotherapie van de Hogeschool Zuyd te Heerlen, hebben wij deze scriptie geschreven. Binnen de zorg is cliëntgerichtheid en cliëntgericht werken op dit moment een hot item. Om deze reden vroegen we ons af of er voor de fysiotherapie een meetinstrument is om de cliëntgerichtheid te meten. We zijn gaan zoeken en hebben geen specifieke vragenlijst voor de fysiotherapie gevonden. Wel hebben we een vragenlijst verkregen die in de thuiszorg gebruikt wordt om de cliëntgerichtheid te beoordelen, dit was de “CliëntCentred Care Questionnaire” (CCCQ). In overleg met de ontwikkelaars van deze vragenlijst is toen het plan ontstaan om deze vragenlijst aan te passen voor de eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Het leek ons een leuke uitdaging om deze vragenlijst aan te passen en te toetsen op kwaliteit.

Achteraf kunnen we zeggen dat het een leuke opdracht was om aan te werken en dat we trots mogen zijn op het resultaat. Een meetinstrument dat cliëntgerichtheid in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk beoogd te meten, de “CliëntCentred Care Questionnaire voor Fysiotherapie” (CCCQ-F).

Wij hebben veel geleerd, ons is duidelijk geworden met hoeveel zaken er rekening gehouden moet worden bij het opzetten van een goed onderzoek en hoe kritisch elk item van een vragenlijst bekeken en getoetst moet worden voor eenduidige uitleg en interpretatie. Naar aanleiding van onze afstudeeropdracht zullen er beslist verdere mogelijkheden zijn om dit onderwerp verder kritisch te laten onderzoeken zodat cliëntgerichtheid in de fysiotherapiepraktijk in de toekomst gemeengoed zal worden.

Dankbetuiging

Graag willen wij ook een aantal mensen hartelijk bedanken, die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze afstudeeropdracht.

Allereerst bedanken we onze afstudeerbegeleider dhr. Raymond Swinkels. Dankzij hem hebben we een kritische blik gehad van die van begin tot eind het proces in de gaten heeft gehouden.

Ook willen we Anita Stevens bedanken, zij heeft als 2^e corrector ervoor gezorgd dat voor ons logische dingen voor leken vaak helemaal niet zo logisch zijn.

Daarnaast willen we Tineke Schoot bedanken voor de nuttige informatie over de CCCQ die we van haar hebben ontvangen en de tijd die ze voor ons heeft vrij kunnen maken.

Ook willen we graag Clint Werner bedanken, voor het vele geduld dat hij had om ons wegwijs te maken met het statistisch programma SPSS.

Uiteraard bedanken we ook alle fysiotherapiepraktijken die hebben meegewerkt aan ons onderzoek, zonder hun hadden we geen patiënten om onze vragenlijsten af te nemen.

Als laatste willen we onze afstudeergroep bedanken voor hun kritische noot, waardoor wij weer eens een andere, frissere kijk op ons project kregen.

Samenvatting

Inleiding

Er is steeds meer vraag naar cliëntgericht zorg. Nu is het de vraag of er in de eerstelijns fysiotherapiepraktijken ook cliëntgericht gewerkt wordt.

Doel

In deze afstudeeropdracht gaan we onderzoeken hoe valide de CCCQ-F vragenlijst is en of er een verschil is tussen patiënten met acute en chronische klachten.

Opzet

Wat is de constructvaliditeit van de CCCQ-F vragenlijst gemeten in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk en is er een verschil in algemene perceptie van de mate van cliëntgerichtheid bij patiënten met acute en chronische klachten?

Methode

Eerst hebben we de CCCQ-vragenlijst, die oorspronkelijk ontwikkeld was om de cliëntgerichtheid te meten bij mensen die thuiszorg ontvangen, aangepast voor de fysiotherapiepraktijk. Verder hebben we de 4-puntsschaal ontwikkeld die de cliëntgerichtheid in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk moet meten. Daarna hebben we de 4-puntsschaal en de CCCQ-F afgenomen in de eerstelijns fysiotherapiepraktijken. Tenslotte gaan we de data-analyse doen met behulp van SPSS.

Resultaten

Aan ons onderzoek hebben 5 praktijken met in totaal 8 locaties meegewerkt. Van die praktijken hebben 108 personen meegedaan, waarvan 49 met acute en 59 chronische klachten. De waarde van de t-toets van de CCCQ-F is 1,867 met een tweezijdige overschrijdingskans van 0,065. Voor de 4-puntsschaal is de waarde van de t-toets -0,140 met een tweezijdige overschrijdingskans van 0,889.

De correlatiecoëfficiënt (Pearson's R) is 0,485.

De interne consistentie van de CCCQ-F vragenlijst (Cronbach's α) is 0,897.

Conclusie

Uit ons onderzoek is gebleken dat er geen significant verschil is tussen patiënten met acute en chronische klachten. Er is geen duidelijke lineaire samenhang tussen de CCCQ-F en de 4-puntsschaal (Pearson's $R = 0,485$). Hierdoor is er een lage convergente constructvaliditeit tussen de CCCQ-F en de 4-puntsschaal.

De CCCQ-F heeft een hoge interne consistentie, want Cronbach's $\alpha > 0,70$.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Dankbetuiging	4
Samenvatting	5
Inhoudsopgave	7
Hoofdstuk 1 Inleiding	10
Hoofdstuk 2 Methode	11
2.1 <u>Aanpassen van de CCCQ-vragenlijst waardoor deze specifiek gericht is op de fysiotherapie</u>	<u>11</u>
2.2 <u>Het meten van de algemene perceptie van patiënten met acute en chronische klachten</u>	<u>12</u>
2.3 <u>Afnemen van de CCCQ-F-vragenlijsten in de fysiotherapiepraktijken</u>	<u>13</u>
2.4 <u>Data-analyse met behulp van SPSS</u>	<u>14</u>
Hoofdstuk 3 Resultaten	16
3.1 <u>Onderzoekspopulatie</u>	<u>16</u>
3.2 <u>Toetsende statistiek</u>	<u>17</u>
3.2.1 <u><i>Verschil acuut-chronisch</i></u>	<u>17</u>
3.2.2 <u><i>Correlatie</i></u>	<u>20</u>
3.2.3 <u><i>Convergente constructvaliditeit</i></u>	<u>21</u>
3.2.4 <u><i>Betrouwbaarheid/interne consistentie</i></u>	<u>22</u>
Hoofdstuk 4 Discussie	23
4.1 <u>Sterke en zwakke punten van ons onderzoek</u>	<u>23</u>
4.1.1 <u><i>Onderzoekspopulatie</i></u>	<u>23</u>
4.1.2 <u><i>Opzet van het onderzoek</i></u>	<u>24</u>
4.1.3 <u><i>Meetinstrumenten</i></u>	<u>24</u>

4.1.4 <u>Uitkomsten van het onderzoek</u>	25
4.1.5 <u>Suggesties voor verder onderzoek</u>	26
Hoofdstuk 5 Conclusie	27
5.1 <u>Vraagstelling</u>	27
5.2 <u>Convergente constructvaliditeit</u>	27
5.3 <u>Verskil acuut en chronisch</u>	27
5.4 <u>Interne consistentie CCCQ-F</u>	27
Literatuurlijst	28
Bijlagen	29
Bijlage 1: CCCQ	30
Bijlage 2: CCCQ-F	32
Bijlage 3: 4-puntsschaal	34
Bijlage 4: Praktijkbrief	35
Bijlage 5: Patiëntbrief	37

Hoofdstuk 1 Inleiding

Binnen het Nederlandse zorgstelsel hebben zich onder invloed van zorginhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen grote veranderingen voorgedaan. De invoering van het persoonsgebonden budget en de toenemende vergrijzing zijn hierin belangrijke factoren.

De sterk sturende rol van de overheid is teruggebracht waardoor de dominante centrale sturing is komen te vervallen. Positieve ontwikkeling hierin is dat de het aanbod van de zorg nu beter aansluit bij de vraag naar zorg binnen de samenleving.¹

De maatschappelijke ontwikkeling binnen de zorg kan omschreven worden als een sterk groeiproces naar vraaggerichte zorg. Cliënten zijn steeds beter geïnformeerd naar de mogelijkheden binnen de zorg en wenden dit aan in hun vraag naar zorg. De cliënt bepaalt hierdoor steeds meer mee hoe zijn behandelproces er zal uitzien. Dit vraagt dan ook om een meer cliëntgerichte benadering door de therapeut of behandelaar.

Binnen het vakgebied van de fysiotherapie is deze ontwikkeling ook duidelijk merkbaar, de therapeut reikt de mogelijkheden van behandeling aan en zal in overleg met de cliënt het behandelplan bepalen.

Cliëntgerichte zorg heeft binnen de vakliteratuur verschillende benamingen zoals vraaggerichte zorg, behoeftegestuurde zorg of ook wel vraaggestuurde zorg. Allen verschillende benamingen, echter allemaal met dezelfde intentie namelijk een zorgverlening waarbij niet de zorgverlener en het beschikbare aanbod bepalen welke zorg er verleend zal worden, maar waarbij vooral gekeken wordt naar wat de cliënt in zijn/haar situatie met zijn/haar (on)mogelijkheden nodig heeft.

Cliëntgecentreerde zorg geeft nadrukkelijker het belang van de cliënt aan. Hierin staat de persoon van de cliënt centraal, en spelen de zorgverlener, het zorgaanbod, de zorginstelling en ook de zorgvraag of –behoefte een minder belangrijke rol.²

Binnen de cliëntgerichte zorg dienen zorgverleners over 3 belangrijke vaardigheden te beschikken om de zorgvrager een zo goed mogelijke keuze voor zichzelf te maken.

1. Het aangaan van het gesprek ofwel het voeren van de dialoog: het optimaal ondersteunen van de cliënt bij het stellen van zijn vragen, zijn keuzes voor de behandeling respecteren en overleggen over het hoe en wanneer van zijn behandeling.

2. De cliënt ondersteunen in zijn/haar participatie: de cliënt ertoe aanzetten ook zelf informatie te verzamelen, zijn opgedane kennis in te brengen en ook zelf meebeslissen over de te ontvangen zorg.
3. Omgaan met spanningsvelden: de zorgverlener moet de cliënt kunnen uitleggen wanneer wensen niet te realiseren zijn of niet stroken met evidence based inzichten. Daarnaast moeten er alternatieven door de therapeut aan de cliënt aangeboden worden om de cliënt tegemoet te komen.³

Middels de CCCQ-vragenlijst (Client-Centred-Care Questionnaire) (zie bijlage 1) kan gemeten worden in hoeverre de cliënt en diens hulpvraag centraal staan in de zorg. Deze vragenlijst is in principe ontwikkeld en gevalideerd voor de verpleegkundige setting. Daarna is hij aangepast voor het revalidatiecentrum, en de naam CCCQ-R gekregen. Hier is hij getest op inhoudsvaliditeit. Wij gaan de CCCQ aanpassen voor de fysiotherapeutische setting, dit gaat de CCCQ-F (zie bijlage 2) worden. Deze willen daarna gaan valideren door hem te vergelijken met een ander meetinstrument wat ook de cliëntgecentreerdheid meet.

In deze afstudeeropdracht gaan we onderzoeken hoe valide de CCCQ-F is en of er een verschil is tussen patiënten met acute en chronische klachten. De onderzoeksvraag voor deze opdracht luidt als volgt:

Wat is de constructvaliditeit van de CCCQ-F vragenlijst gemeten in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk en is er een verschil in algemene perceptie van de mate van cliëntgerichtheid bij patiënten met acute en chronische klachten?

We kiezen ervoor om onderscheid te maken tussen chronisch en acuut, omdat er een verschil kan zijn in de beleving van de cliëntgerichtheid. Dit komt doordat patiënten met chronische klachten al langere tijd bij dezelfde therapeut komen en hierdoor waarschijnlijk ook een andere band hebben met de therapeut dan een patiënt die incidenteel komt. Hierbij gelden voor chronisch en acuut de volgende definities:

Acuut:

Mensen die maximaal 6 weken klachten hebben. Kanttekening daarbij: indien het gaat om een nieuwe episode van een bekende klacht moet de voorlaatste episode minimaal 1 jaar geleden zijn.⁴

Chronisch:

Mensen die langer dan 6 maanden klachten hebben én langer dan 3 maanden aaneengesloten in behandeling zijn voor dezelfde indicatie.⁴

Hoofdstuk 2 Methode

Tijdens ons onderzoek willen we antwoord krijgen op de vraag:

Wat is de constructvaliditeit van de CCCQ-F vragenlijst gemeten in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk en is er een verschil in algemene perceptie van de mate van cliëntgerichtheid bij patiënten met acute en chronische klachten?

Om een gedegen onderzoek uit te voeren en een goed antwoord op onze vraagstelling te krijgen doorlopen we een aantal stappen. Deze stappen zijn:

- Aanpassen van de CCCQ-vragenlijst waardoor deze specifiek gericht is op de fysiotherapie.
- Het meten van de algemene perceptie van patiënten met acute en chronische klachten.
- Afnemen van de CCCQ-vragenlijst in een fysiotherapiepraktijk
- Data-analyse met behulp van *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 16.0

2.1 Aanpassen van de CCCQ-vragenlijst waardoor deze specifiek gericht is op de fysiotherapie

Om de CCCQ-vragenlijst (Client-Centred Care Questionnaire) te kunnen gebruiken bij ons onderzoek, is eerst kritisch gekeken naar de 15 items waarop gescoord wordt. Dit komt doordat de CCCQ-vragenlijst van oorsprong een vragenlijst is om de thuiszorg te beoordelen, die mensen met een chronische aandoening ontvingen. De vragenlijst is bedoeld om inzicht te krijgen in de zorg die deze mensen ontvangen van verpleegkundigen en verzorgenden in hun thuissituatie.⁵

Met enkele aanpassingen kan deze vragenlijst ook gebruikt worden in de fysiotherapiepraktijk. Dit is de eerste stap die we ondernemen in ons onderzoek. We bekijken elk item van de vragenlijst kritisch, waarbij we kijken of de inhoud van het betreffende item van toepassing is op de fysiotherapie en of de juiste woordkeuze is toegepast. Indien nodig wordt het item aangepast. Ook kan het zijn dat een item niet relevant is voor de fysiotherapie. Dit item wordt dan vervangen door een relevanter item.

2.2 Meten van de algemene perceptie van patiënten met acute en chronische klachten.

Om de constructvaliditeit van de CCCQ-F-vragenlijst te bepalen gaan we uit van de algemene perceptie van de patiënten inzake de mate van cliëntgerichtheid. We laten de patiënten naast het invullen van de CCCQ-F-vragenlijst ook de cliëntgerichtheid tijdens de fysiotherapeutische sessies in het algemeen beoordelen. Hierbij hoort een duidelijke vraagstelling. Om alle patiënten duidelijk te maken wat er wordt bedoeld met cliëntgecentreerdheid schrijven we een inleidend stukje voor de cliënt, waarin helder wordt omschreven wat er wordt verstaan onder het begrip cliëntgerichtheid. We zijn niet geïnteresseerd in het effect van de behandeling, ook niet geïnteresseerd in de patiënt zelf of de fysiotherapeut. Het gaat om de algemene perceptie van de patiënt, of deze voldoende inspraak heeft. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om de praktijk of de fysiotherapeut te beoordelen.

Om de algemene perceptie van de cliënten in kaart te brengen moeten ze de cliëntgerichtheid tijdens de fysiotherapeutische sessies beoordelen op een 4-puntsschaal (zie bijlage 3). Omdat er geen gouden standaard is om de cliëntgerichtheid te beoordelen, hebben we een eigen schaal gemaakt. Dit is een 4-puntsschaal, waarbinnen geldt dat:

1. = Geheel ontevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen
2. = Gedeeltelijk ontevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen
3. = Gedeeltelijk tevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen
4. = Geheel tevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen

We hebben bewust gekozen voor deze indeling, omdat de cliënten dan een keuze moeten maken om tevredenheid of ontevredenheid uit te spreken over de cliëntgerichtheid tijdens de behandeling. Zo is er een duidelijk onderscheid te maken tussen cliënten die wel of niet tevreden zijn en wordt er voorkomen dat er een groep cliënten is die geen mening geeft.

Omdat de 4-puntsschaal een zelfgemaakt meetinstrument is wat we als “gouden standaard” gaan gebruiken, moeten we er rekening mee houden dat we werken met een mank construct. De 4-puntsschaal is nog niet beoordeeld op kwaliteit, maar we gaan ervan uit dat deze hetzelfde meet als de CCCQ-F, namelijk de mate van cliëntgerichtheid in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk.

Verder willen we onderzoeken of er een verschil is tussen cliënten met acute klachten en cliënten met chronische klachten binnen de cliëntgecentreerde zorg. Dit komt doordat patiënten met chronische klachten al langere tijd bij de therapeut komen en hierdoor mogelijk ook een andere band hebben met de therapeut dan een patiënt die incidenteel komt. Hierbij definiëren we acuut en chronisch als volgt:

Acuut: mensen die maximaal 6 weken klachten hebben. Kanttekening hierbij is: indien het gaat om een nieuwe episode van een bekende klacht moet de voorgaande episode minimaal 1 jaar geleden zijn.

Chronisch: mensen die langer dan 6 maanden klachten hebben én langer dan 3 maanden aaneengesloten in behandeling zijn voor dezelfde indicatie.

2.3 Afnemen van de CCCQ-F vragenlijst in de fysiotherapeutische praktijk

Ons onderzoek willen we uitvoeren in eerstelijns fysiotherapiepraktijken. Hiervoor willen we minimaal 6 praktijken benaderen. Als later blijkt dat we niet genoeg patiënten hebben voor ons onderzoek, dan benaderen we nog andere praktijken. Een belangrijk criterium hierbij is dat er zowel cliënten met acute klachten als cliënten met chronische klachten behandeld worden.

Ook willen we graag van beide groepen evenveel patiënten hebben die deelnemen aan ons onderzoek. We streven naar 60 patiënten per groep. Hierbij houden we ook rekening met enkele patiënten die we niet bruikbaar achten voor ons onderzoek. Om deze uitval te beperken hebben we de volgende in- en exclusiecriteria opgesteld.

Inclusiecriteria

- Beheersen Nederlandse taal
- Leeftijd > 18 jaar
- Verbaal en cognitief adequaat (te beoordelen door de therapeut)

Exclusiecriteria

- Het niet beheersen van de Nederlandse taal
- Jonger dan 18 jaar

Als we de praktijken benaderen om te vragen of ze mee willen werken aan ons onderzoek, is het belangrijk dat we duidelijk maken dat het niet onze bedoeling is de praktijk te beoordelen. Nadrukkelijk zullen we aangeven dat het gaat om het bepalen van de constructvaliditeit van de aangepaste CCCQ-vragenlijst voor een fysiotherapiepraktijk met onderscheid tussen acute en chronische cliënten. De benadering zal in eerste instantie telefonisch plaats vinden en als er interesse is zullen we de praktijk bezoeken en een toelichtende brief (zie bijlage 4) achterlaten. We verwachten dat we meerdere praktijken moeten benaderen, omdat niet iedereen aan ons onderzoek zal willen meewerken.

We selecteren alleen praktijken in de eerste lijn. Dit doen we omdat hier het grootste aanbod is van de combinatie acute en chronische patiënten. De eisen die we aan de praktijken stellen zijn:

- Het is een praktijk in de eerste lijn.
- Er worden acute en chronische patiënten behandeld.
- De vragenlijst kan bij ongeveer evenveel acute als chronische patiënten afgenomen worden.

Verder zijn er nog een paar aandachtspunten voor het invullen van de CCCQ-F. Deze zijn:

- Het is niet de bedoeling dat de vragenlijst ingevuld wordt in aanwezigheid van de fysiotherapeut.
- Bij onduidelijkheden en/of opmerkingen is er onderaan de vragenlijst een open ruimte om dit te noteren.

Om de praktijken zo min mogelijk werk te bezorgen met ons onderzoek hebben we een pakketje samengesteld. We hebben een inleidende brief geschreven met uitleg voor de patiënt (zie bijlage 5). Achter de inleidende brief komt de 4-puntsschaal gevolgd door de CCCQ-F. Deze pakketjes dienen uitgedeeld te worden aan de patiënt. We willen graag per praktijk van beide patiëntengroepen (acuut en chronisch) ongeveer evenveel patiënten de vragenlijsten in laten vullen.

2.4 Data-analyse met behulp van SPSS 16.0

Zodra we de uitgedeelde pakketjes voor de patiënten ingevuld terug hebben gekregen, kunnen we starten met de data-analyse. We gaan hiervoor het statistiekprogramma SPSS 16.0 gebruiken.

Als eerste moeten we bepalen welke gegevens we willen invoeren in SPSS. We hebben ervoor gekozen om alle gegevens van de ondervraagde patiënten in te voeren. Zo houden we de mogelijkheid open om dingen later nog te kunnen herleiden, indien er opmerkelijke uitkomsten bij de resultaten naar voren komen. Wanneer de indeling is gemaakt in het tabblad *variable view*, kunnen we de data invoeren in het tabblad *data view*.⁶ Om er naderhand makkelijker mee te kunnen rekenen, hebben we besloten om alle variabele data een cijfer te geven (bijvoorbeeld de praktijken nummeren, zodat we ook per praktijk kunnen gaan rekenen).

Nadat alle data zijn ingevoerd, wordt begonnen met de daadwerkelijke data-analyse om de constructvaliditeit van de CCCQ-F te bepalen. Hiervoor gaan we gebruik maken van het boek 'Basishandboek SPSS 16 voor Windows' en kunnen we ondersteuning vragen aan Eveline van Engelen en Clint Werner.

Hoofdstuk 3 Resultaten

3.1 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in 5 praktijken, waarvan 2 praktijken met meerdere locaties hebben meegewerkt. In totaal kwamen we hiermee op 8 locaties uit.

Van de 117 retour gekregen ingevulde vragenlijsten, hebben we er uiteindelijk 108 kunnen gebruiken. Er zijn 9 vragenlijsten geëxcludeerd van ons onderzoek op grond van niet correct of niet volledig invullen van de vragenlijsten of omdat de personen niet aan onze inclusiecriteria voldeden. Van deze bruikbare vragenlijsten, zijn er 49 acuut en 59 chronisch.

De gemiddelde leeftijd van de gehele onderzoekspopulatie is 48 jaar. De oudste proefpersoon is 80 jaar en de jongste 18 jaar.

De gemiddelde leeftijd van de groep acute patiënten is 40. De oudste is 75 jaar en de jongste acute patiënt is 18 jaar. Voor de chronische patiëntengroep geldt dat de gemiddelde leeftijd 54 jaar is. Hier is de oudste patiënt 80 jaar en de jongste 21 jaar oud. Deze gegevens staan nog een in onderstaande tabellen.

Voor de gehele populatie geldt dat ze van Nederlandse afkomst zijn en de Nederlandse taal correct beheersen. Daarnaast heeft de therapeut bepaald of de patiënt verbaal en cognitief adequaat genoeg was om de vragenlijsten in te vullen. Omdat de CCCQ-F een algemene vragenlijst is en voor alle aandoeningen te gebruiken is, hebben we geen onderscheid gemaakt in aandoening of indicatie.

Tabel 1: Gehele populatie

N	Valid	105,00
	Mean	48,3519
	Minimum	18,00
	Maximum	80,00

Tabel 2: Acute populatie

N	Valid	49,00
	Mean	40,6122
	Minimum	18,00
	Maximum	75,00

Tabel 3: Chronisch populatie

N	Valid	59,00
	Mean	54,7797
	Minimum	21,00
	Maximum	80,00

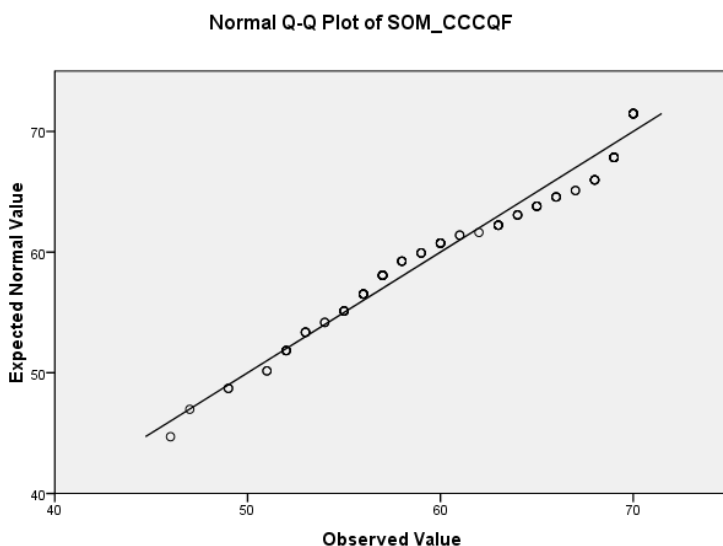
Tabel 1, 2 en 3: aantal proefpersonen (valid), gemiddelde leeftijd (mean), minimum leeftijd en maximum leeftijd van de gehele populatie (tabel 1), acute populatie (tabel2) en chronische populatie (tabel 3).

3.2 Toetsende statistiek

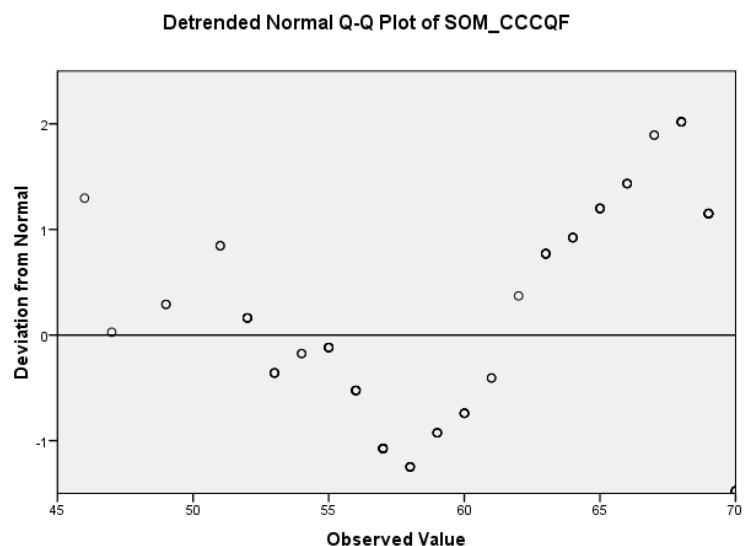
3.2.1 Verskil acuut - chronisch

Om te berekenen of er een significant verschil is tussen de acute en chronische populatie op de somscore van de CCCQ-F en de 4-puntsschaal, wordt gebruik gemaakt van de t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven te kunnen (*Independent-Samples T Test*). Om deze te kunnen gebruiken, moet de steekproefverdeling normaal verdeeld zijn. Om hierachter te komen zijn de uitkomsten van de somscore van CCCQ-F getoetst op normaliteit.⁶

In figuur 1 (*Normal Q-Q Plot*) is te zien dat de punten een vrijwel rechte lijn vormen en dus is er sprake van een normale verdeling. In figuur 2 (*Detrended Normal Q-Q plot*) worden de feitelijke afwijkingen van alle punten tot de rechte lijn weergegeven. De variabelen zijn normaal verdeeld, want de punten liggen rond (of op) de horizontale lijn, zonder dat er een systematisch patroon te ontdekken valt.⁶



Figuur 1



Figuur 2

CCCQ-F

Om te onderzoeken of er al dan niet een significant verschil is tussen het gemiddelde van de somscore van de CCCQ-F bij acute patiënten ($59,5714 \pm 6,21825$) en chronische patiënten ($61,8475 \pm 6,37834$) maken we gebruik van de t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven (*Independent-Samples T Test*) waarbij we uitgaan van $\alpha = 0,05$.

In tabel 7: *Independent Samples Test*, is te zien aan de uitkomst van de *Levene's Test for Equality of Variances* dat de t-toets voor gelijke varianties (*Equal variances assumed*) gebruikt moet worden. De F-waarde van Levene's toets is hier namelijk 0,322 en de daarbij

behorende significantie is 0,572. De significantie is groter dan $\alpha = 0,05$ en dus verschillen de varianties niet significant van elkaar.

De waarde van de t-toets voor *Equal variances assumed* is in ons onderzoek 1,867 en de tweezijdige overschrijdingskans (*Sig. 2-tailed*) is 0,065 bij 106 vrijheidsgraden (*df*). Dit betekent dus dat met een betrouwbaarheid van 95% ($\alpha = 0,05$) kan worden gezegd dat het verschil tussen de gemiddelden van de somscores van de CCCQ-F bij acute en chronische patiënten niet significant is.

Uit het betrouwbaarheidsinterval (*95% Confidence Interval of the Difference*) blijkt het verschil tussen de gemiddelden van de somscores van de CCCQ-F bij acute en chronische patiënten in 95% van de gevallen tussen -0,14055 (*Lower*) en 4,69261 (*Upper*) ligt.⁶

4-puntsschaal

Om te kijken of er bij de 4-puntsschaal een significant verschil is tussen gemiddelde van de acute patiënten ($3,86 \pm 0,354$) en de chronische patiënten ($3,85 \pm 0,363$) moeten we ook gebruik maken van de t-toets voor gelijke varianties (*Equal variances assumed*), uitgaande van $\alpha = 0,05$. De F-waarde van Levene's toets is hier namelijk 0,078 met een significantie van 0,780.

De waarde van de t-toets voor *Equal variances assumed* is - 0,140 met een tweezijdige overschrijdingskans (*Sig. 2-tailed*) van 0,889 bij 106 vrijheidsgraden (*df*). Dit betekent dus dat ook hier met een betrouwbaarheid van 95% ($\alpha = 0,05$) kan worden gezegd dat het verschil tussen de gemiddelden van de scores op de 4-puntsschaal tussen acute- en chronische patiënten niet significant is.

Uit het betrouwbaarheidsinterval (*95% Confidence Interval of the Difference*) blijkt het verschil tussen de gemiddelden van de scores op de 4-puntsschaal tussen acute- en chronische patiënten in 95% van de gevallen tussen -0,147 (*Lower*) en 0,128 (*Upper*) ligt.⁶

Tabel 5: Statistieken acute populatie

	SOM_CCCQF	4-puntsschaal
N Valid	49	49
Mean	59,5714	3,86
Std. Deviation	6,21825	,354
Minimum	47,00	3
Maximum	70,00	4

Tabel 6: Statistieken chronische populatie

	SOM_CCCQF	4-puntsschaal
N Valid	59	59
Mean	61,8475	3,85
Std. Deviation	6,37834	,363
Minimum	46,00	3
Maximum	70,00	4

Tabel 7: Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Vierpunts schaal	Equal variances assumed	,078	,780	-,140	106	,889	-,010	,069	-,147	,128
	Equal variances not assumed			-,140	103,274	,889	-,010	,069	-,147	,127
SOM CCCQF	Equal variances assumed	,322	,572	1,867	106	,065	2,27603	1,21889	-,14055	4,69261
	Equal variances not assumed			1,872	103,276	,064	2,27603	1,21600	-,13555	4,68761

3.2.2 Correlatie

Om de correlatiecoëfficiënt van de CCCQ-F en de vierpuntsschaal uit te rekenen, wordt gebruik gemaakt van de Pearson's correlatiecoëfficiënt (R). Omdat er sprake is van normaal verdeelde variabelen, gebruiken we Pearson's correlatiecoëfficiënt en niet Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt.

Hoe verder de correlatiecoëfficiënt verwijderd is van 0, hoe nauwkeuriger men de uitslag van de ene variabele kan voorspellen op grond van de uitslag van de andere variabele.^{6,8}

Uit onderstaande tabel blijkt dat de Pearson's R tussen de somscore van de CCCQ-F en de vierpuntsschaal 0,485 is. Deze waarde ligt dicht bij de 0 dan bij +1. Dit wil zeggen dat er geen sprake is van een duidelijke lineaire samenhang.

Tabel 8 : Correlatie SOM_CCCQF en vierpuntsschaal voor de gehele populatie

		SOM_CCCQF	Vierpuntsschaal
SOM_CCCQF	Pearson Correlation	1,000	,485
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	108,000	108
Vierpuntsschaal	Pearson Correlation	,485	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	108	108,000

3.2.3 Convergente constructvaliditeit

Validiteit betekent de mate waarin een test of vragenlijst meet wat hij beoogt te meten. Hierbij ga je een nieuw construct vergelijken met een gouden standaard. Bij gebrek aan een gouden standaard spreekt men van constructvaliditeit. Deze constructvaliditeit kan nog verdeeld worden in 3 vormen: divergente constructvaliditeit, convergente constructvaliditeit en discriminante constructvaliditeit.^{7,8}

Het niet samenhangen van meetinstrumenten die iets anders meten wordt divergente validiteit genoemd. Hoe lager de correlatie, hoe beter de validiteit.⁸ De samenhang tussen 2 meetinstrumenten die hetzelfde begrip beogen te meten, wordt convergente validiteit genoemd. Hoe hoger de correlatie, hoe beter de validiteit.^{8,9} Discriminante validiteit is dat aspect van constructvaliditeit dat betrekking heeft op de vraag of een bepaalde methode in staat is verschillende begrippen van elkaar te onderscheiden. Als die samenhang groot is, is de discriminante validiteit slecht.⁹

Zoals in § 3.2.2 *Correlatie* is beschreven, is de correlatiecoëfficiënt tussen de somscore van de CCCQ-F en de 4-puntsschaal voor de gehele populatie 0,485. Dit betekent dat we kunnen spreken van een lage convergente constructvaliditeit van de CCCQ-F gemeten met een mank construct.

3.2.4 Interne consistentie CCCQ-F

Om de interne consistentie van de 14 items tellende CCCQ-F vragenlijst te bepalen wordt gebruik gemaakt van Cronbachs alpha (α). Cronbachs α geeft een soort gemiddelde correlatie weer tussen alle items in een schaal. Deze waarde moet ten minst 0,70 om te kunnen spreken van een goede interne consistentie.^{7,8}

Voor de CCCQ-F geldt dat Cronbachs $\alpha = 0,897$ (tabel 9), dit is groter dan 0,70 en betekent dat de CCCQ-F een hoge interne consistentie heeft. De 14 items van deze vragenlijst meten inderdaad hetzelfde concept (de cliëntgerichtheid).

In de 3^e kolom van tabel 10 (*Cronbach's Alpha if Item Deleted*) staan de waarden die Cronbachs α aanneemt als die vraag verwijderd wordt. Hieruit blijkt dat er geen vraag is, die de interne consistentie duidelijk verbeterd, mocht die verwijderd worden.

Tabel 9: Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,897	,900	14

Tabel 10: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Vraag1	56,14	,891
Vraag2	56,11	,891
Vraag3	56,19	,889
Vraag4	56,47	,887
Vraag5	56,77	,889
Vraag6	56,40	,890
Vraag7	56,67	,900
Vraag8	56,76	,884
Vraag9	56,34	,897
Vraag10	56,73	,883
Vraag11	56,69	,888
Vraag12	56,72	,886
Vraag13	56,06	,899
Vraag14	56,55	,890

Hoofdstuk 4 Discussie

4.1 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

4.1.1 Onderzoekspopulatie

Voordat de patiënten de vragenlijsten konden invullen, moesten ze een kort lijstje invullen met specifieke kenmerken zoals leeftijd, nationaliteit, beroep/opleidingsniveau, aandoening, sinds wanneer klachten, sinds wanneer in behandeling (om acuut/chronisch te bepalen) en in welke praktijk ze onder behandeling zijn. Voor enkele praktijken die het onderzoek willen gebruiken als intern onderzoek, hebben we hier nog regio aan toegevoegd. Hiermee bedoelen we in welke regio de patiënt klachten heeft. In deze praktijken zijn er therapeuten werkzaam die zich vooral bezig houden met een bepaalde regio/gewricht en hierdoor kunnen ze opvallende uitkomsten bij de resultaten beter herleiden.

Bij de specifieke kenmerken van de patiënt staat ook aandoening. Dit hebben we uit voorzorg toegevoegd, ondanks dat de CCCQ-F een algemene en niet aandoeningsgerelateerde vragenlijst hoort te zijn. We hebben aandoening toch toegevoegd, om achteraf eventuele opmerkelijkheden te kunnen herleiden. Zo zouden we kunnen nagaan of een patiënt met een bepaalde aandoening anders scoort op de CCCQ-F.

Daarnaast hebben we bij het opstellen van de vragenlijst besloten om geen onderscheid te maken tussen mannen en vrouwen. De patiënten hoefden hun geslacht niet in te vullen, want we gingen immers kijken of er een verschil was tussen acute en chronische patiënten en niet of er een verschil is tussen mannen en vrouwen. Achteraf gezien was het misschien toch interessant geweest voor ons onderzoek om te zien of er een verschil is tussen mannen en vrouwen bij het meten van cliëntgerichtheid binnen de eerstelijns fysiotherapiepraktijk.

We hebben bij ons onderzoek gekeken naar het verschil in beleving van cliëntgerichtheid tussen acute en chronische patiënten. Tussen acuut en chronisch zit echter nog een grote groep, namelijk de subacute patiënten. Hier kwamen we achter toen we de data aan het invoeren waren. Er waren veel patiënten die we eigenlijk niet konden gebruiken voor ons onderzoek. Ze hadden langer dan 6 weken en korter dan 6 maanden klachten. We hebben besloten om deze patiënten toe te voegen aan de acute patiëntengroep, omdat het zonde is om deze niet te gebruiken in ons onderzoek, terwijl dit een relatief grote groep is. Achteraf blijkt dus dat we onze onderzoekspopulatie beter in 3 groepen hadden kunnen verdelen, acuut, subacuut en chronisch.

4.1.2 Opzet van het onderzoek

Ons onderzoek heeft plaatsgevonden in meerdere praktijken. In eerste instantie was ons idee om zo min mogelijk praktijken te nemen, dit om een grote ruis te voorkomen. Het enige probleem is dan dat het geen heterogeen onderzoek meer is, dan ga je alleen kijken hoe het bij die praktijken is. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen is het dus van belang om meerdere praktijken aan te schrijven en te betrekken bij ons onderzoek. Hierdoor worden de praktijken ook minder belast met ons onderzoek.

4.1.3 Meetinstrumenten

Om de CCCQ in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk te kunnen gebruiken, hebben we hem aan moeten passen. Deze nieuwe vragenlijst, de CCCQ-F moet eerst gevalideerd worden om zo te kunnen bepalen of hij ook daadwerkelijk de cliëntgerichtheid meet. Om een vragenlijst te valideren wordt gebruik gemaakt van een gouden standaard. Helaas is er nog geen gouden standaard om de cliëntgerichtheid te meten, daarom hebben we een 4-puntsschaal opgesteld. Het is de bedoeling dat deze 4-puntsschaal de algemene perceptie van de cliëntgerichtheid in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk meet. Doordat het een zelfgemaakte “gouden standaard” is, moeten we er rekening mee houden dat we de vernieuwde CCCQ, de CCCQ-F, vergelijken met een mank construct. Hierdoor kan wel met zekerheid gezegd worden dat de constructvaliditeit van de CCCQ-F laag is als hij vergeleken wordt met onze 4-puntsschaal. Dit wil nog niet zeggen dat het geen goede vragenlijst is. We zitten met de onzekerheid of we twee gelijke constructen met elkaar vergelijken.

Bij deze 4-puntsschaal hebben we bewust gekozen voor 4 antwoordmogelijkheden zodat de patiënten een keuze moeten maken of ze tevreden of ontevreden zijn over de cliëntgerichtheid. Achteraf gezien zouden we toch kiezen voor een grotere spreiding van de antwoordmogelijkheden, zodat we duidelijker onderscheid hadden kunnen maken in de mate van tevredenheid. Want wanneer er weinig spreiding is op een meetinstrument zullen de correlaties met andere meetinstrumenten vrijwel altijd laag zijn, wat niet hoeft te betekenen dat de validiteit niet goed is.⁷ Waarschijnlijk zouden we dan ook een hogere correlatiecoëfficiënt (meer richting +1) hebben gehad en dus een betere correlatie tussen de 2 vragenlijsten.

Als de vragen van de CCCQ-F bekeken worden, valt op dat vraag 7 “*Ik vind dat de fysiotherapeut soms te snel zegt dat iets niet mogelijk is*” de enige vraag is waar een ontkenning in staat. Alle vragen worden gescoord met een 4 of 5 als de patiënt tevreden is.

Als de patiënt tevreden is bij vraag 7, moet een 1 of 2 ingevuld worden als score. Als dan het gemiddelde berekend wordt van alle vragen samen, ontstaat een vertekend beeld over de tevredenheid. Eigenlijk constateren we nu dus achteraf dat de vraag/stelling anders geformuleerd had moeten worden.

4.1.4 Uitkomsten van het onderzoek

Vanuit de praktijken kwam de opmerking dat het voor de patiënten niet helemaal duidelijk was dat ze zowel de 4-puntsschaal als de CCCQ-F moesten invullen. Er waren patiënten die de 4-puntsschaal niet hadden ingevuld. We vermoeden dat dit komt doordat er niet duidelijk genoeg was aangegeven dat bij het inleidende stukje van de 4-puntsschaal ook nog een score ingevuld moest worden voor de cliëntgerichtheid. Doordat de meeste therapeuten hebben gekeken of de lijsten volledig ingevuld waren, is de schade beperkt gebleven wat betreft niet volledig ingevulde (en dus niet bruikbare) vragenlijsten.

In de CCCQ-F worden de verschillende aspecten van cliëntgerichtheid genoemd. Dit maakt de mensen bewust van wat cliëntgerichtheid allemaal inhoudt. Dit zie je terug in de ingevulde vragenlijsten. De patiënten hebben eerst de 4-puntsschaal moeten invullen, hier waren de meesten helemaal tevreden over de cliëntgerichtheid. Als ze daarna de CCCQ-F invullen valt op dat ze daar niet over alle aspecten helemaal tevreden zijn. Voor de patiënten die hebben deelgenomen aan ons onderzoek is het nu duidelijker wat cliëntgerichtheid inhoudt en wat hen de mogelijkheid biedt om hun wensen meer kenbaar te maken.

Toen we de gegevens aan het invoeren waren, kregen we de indruk dat de acute patiënten meer tevreden waren over de cliëntgerichtheid op de 4-puntsschaal dan op de CCCQ-F. We zouden dit kunnen verklaren doordat de acute patiënten op de CCCQ-F vaak een 3-score (*geen mening*) hebben ingevuld, maar op de 4-puntsschaal wel helemaal tevreden zijn geweest over de cliëntgerichtheid en dus de maximale 4-score hebben ingevuld. Hierdoor hebben ze op de 4-puntsschaal wel de maximale score, maar op de CCCQ-F een relatief lagere score, omdat ze over een paar vragen nog geen duidelijk oordeel kunnen hebben. Daarnaast kennen ze de therapeut nog niet zo goed en hebben ze waarschijnlijk nog niet zo'n goede band met hem/haar. Ook hebben ze nog niet zo goed inzicht in de behandeling, ze zijn nog te kort in behandeling om daar iets over te zeggen.

Ook zou dit te maken kunnen hebben met een punt wat hierboven al eens vermeld is, dat het voor de patiënten niet helemaal duidelijk is wat er bedoeld wordt met cliëntgerichtheid. Een andere mogelijkheid hiervoor zou kunnen zijn dat wij de omschrijving

bij de 4-puntsschaal wat cliëntgerichtheid precies inhoudt niet goed genoeg hebben gemaakt, waardoor het niet duidelijk is wat cliëntgerichtheid nou precies is.

4.1.5 Suggesties voor verder onderzoek

Uit het onderzoek is gebleken dat de constructvaliditeit van de CCCQ-F niet hoog is, maar zoals aangegeven is deze gevalideerd met een mank construct. In de toekomst is het misschien interessant om nogmaals onderzoek te doen naar de kwaliteit van de CCCQ-F en daarbij deze vragenlijst te vergelijken met een ander/beter construct. Hierbij kan dan ook nog gedacht worden aan de punten die we eerder in deze discussie genoemd hebben.

Als de CCCQ-F in de toekomst kwalitatief goed genoeg blijkt te zijn, zou die gebruikt kunnen worden in de praktijken om te onderzoeken hoe het daadwerkelijk gesteld is met de mate van cliëntgerichtheid in de fysiotherapiepraktijken.

Hoofdstuk 5 Conclusie

5.1 Vraagstelling:

Wat is de constructvaliditeit van de CCCQ-F vragenlijst gemeten in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk en is er een verschil in algemene perceptie van de mate van cliëntgerichtheid bij patiënten met acute en chronische klachten?

5.2 Convergente constructvaliditeit:

De correlatiecoëfficiënt (Pearson's R) tussen de somscore van de CCCQ-F en de vierpuntsschaal is 0,485. Er is geen sprake van een duidelijke lineaire samenhang tussen de CCCQ-F en de 4-puntsschaal.

Door de lage correlatiecoëfficiënt tussen de 2 vragenlijst is er ook een lage convergente constructvaliditeit tussen de CCCQ-F en de 4-puntsschaal.

5.3 Verschil acuut en chronisch:

Er is weliswaar een verschil tussen acute en chronisch patiënten op de somscore van de CCCQ-F en de 4-puntsschaal, maar met een betrouwbaarheid van 95% kan gezegd worden dat dit verschil bij beide vragenlijsten niet significant is.

5.4 Interne consistentie CCCQ-F

Voor de CCCQ-F geldt dat Cronbachs $\alpha = 0,897$, dit is groter dan 0,70 en betekent dat de CCCQ-F een hoge interne consistentie heeft. De 14 items van deze vragenlijst meten inderdaad hetzelfde concept (de cliëntgerichtheid).

Literatuurlijst

1. Bakker L, Beenackers L, IJtsma W. Cliëntgecentreerd werken, dat kun je toch niet weten/meten?
URL: http://infonet.hszuyd.nl/files/grp_bibliotheek/Heerlen/Ergo/Scripties/2005/Cliënt%20gecentreerd%20werken.pdf
2. Schoot T. Cliëntgecentreerde zorg: leren balanceren [Elektronische versie] URL: http://aenp.hszuyd.nl/files/usr_cornipssapm/KenB2008/clientgecentreerdezorg_website.pdf
3. Becqué Y. (September 2007) Zorg thuis, goede voorbeelden van persoonsgericht werken [Elektronische versie] [bezocht op 27 augustus 2008]
URL: <http://www.thuiszorggevraagd.nl/beheer/nm4/articlefiles/z241-Boekje%20Persoonsgerichte%20zorgDef.pdf>
4. Jochems AAF, Joosten FWMG. Zakwoordenboek der Geneeskunde. Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg; 2003
5. De Witte L, Schoot T, Proot I. Uitgebreide toelichting van het meetinstrument ClientCentred Care Questionnaire (CCCQ) [Elektronische versie] [bezocht op 27 augustus 2008] URL: http://www.ecmr.nl/dnn/Portals/0/bestanden/250_1.pdf
6. De Vocht A. Basishandboek SPSS 16 voor Windows. Utrecht: Bijleveld Press; 2008
7. Beurskens S, van Peppen R, Stutterheim E, Swinkels R, Wittink H. Meten in de praktijk: stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008
8. Wikipedia, de vrije encyclopedie [Online] [bezocht op: 6 mei 2009]
URL: <http://www.wikipedia.nl>
9. Universiteit Leiden [Online] [bezocht op 6 mei 2009] URL: <http://www.leidenuniv.nl>

Bijlagen:

Bijlage 1: CCCQ

Bijlage 2: CCCQ-F

Bijlage 3: 4-puntsschaal

Bijlage 4: Praktijkbrief

Bijlage 5: Patiëntbrief

Bijlage 1: CCCQ

Client-centred care questionnaire (CCCQ)
 Vragenlijst cliëntenperspectief
 op vraaggerichtheid van de zorg

HOGESCHOOL ●●● ZUYD

**Invulinstructie**

Vul de vragenlijst in met een **zwarte** of **blauwe** pen.
 Zet een kruisje ☒ in het hokje van uw keuze.
 Er is bij elke vraag **maximaal één antwoord** mogelijk.
 Kies bij twijfel het vakje dat uw mening het beste benadert.

Uitspraken

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken
 door het voor u juiste antwoord aan te kruisen.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ik merk dat de zorgverleners rekening houden met mijn persoonlijke wensen | helemaal niet mee eens | niet mee eens | weet niet / geen mening | mee eens | helemaal mee eens |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Ik merk dat de zorgverleners echt naar mij luisteren | helemaal niet mee eens | niet mee eens | weet niet / geen mening | mee eens | helemaal mee eens |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Ik merk dat zorgverleners rekening houden met wat ik hen verteld heb | helemaal niet mee eens | niet mee eens | weet niet / geen mening | mee eens | helemaal mee eens |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Ik krijg voldoende gelegenheid om te zeggen aan welke zorg ik behoefte heb | helemaal niet mee eens | niet mee eens | weet niet / geen mening | mee eens | helemaal mee eens |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Ik merk dat zorgverleners mijn besluit respecteren als ik het niet met hen eens ben | helemaal niet mee eens | niet mee eens | weet niet / geen mening | mee eens | helemaal mee eens |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Ik vind dat zorgverleners duidelijk zijn over wat zij kunnen en mogen | helemaal niet mee eens | niet mee eens | weet niet / geen mening | mee eens | helemaal mee eens |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Ik vind dat de zorgverleners soms te snel zeggen dat iets niet mogelijk is | helemaal niet mee eens | niet mee eens | weet niet / geen mening | mee eens | helemaal mee eens |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Ik krijg voldoende gelegenheid om eigen kennis en ervaring in te brengen over de zorg die ik nodig heb | helemaal niet mee eens | niet mee eens | weet niet / geen mening | mee eens | helemaal mee eens |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Ik krijg voldoende gelegenheid om zelf te doen wat ik zelf kan | helemaal niet mee eens | niet mee eens | weet niet / geen mening | mee eens | helemaal mee eens |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over welke zorg ik krijg | helemaal niet mee eens | niet mee eens | weet niet / geen mening | mee eens | helemaal mee eens |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

B. Uitspraken (vervolg)**11. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over hoe vaak ik zorg krijg**

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

12. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over hoe de zorg wordt uitgevoerd

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

13. Ik kan meebepalen op welk tijdstip de zorgverleners mij komen helpen

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

14. Ik vind dat er voldoende met mij overlegd wordt over wie de zorg verleent

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

15. Ik krijg voldoende gelegenheid om zelf de zorg te regelen en te organiseren

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
☐	☐	☐	☐	☐

OPEN RUIMTE:

Indien u op één of meerdere items uit de vragenlijst nader wilt reageren, dan kunt u in deze ruimte uw reactie aangeven.

Bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 2: CCCQ-F**Client-centred care questionnaire (CCCQ-F)**

Vragenlijst cliëntenperspectief op vraaggerichtheid binnen de fysiotherapie.

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken door het voor u juiste antwoord aan te kruisen.

Invulinstructie

Vul de vragenlijst in met een **zwarte** of **blauwe** pen.
Zet een kruisje in het hokje van uw keuze.
Er is bij elke vraag **maximaal één antwoord** mogelijk.
Kies bij twijfel het vakje dat uw mening het beste benadert.

Leeftijd:

Nationaliteit:

Beroep/opleiding:

Regio:

Aandoening:

Klachten sinds:

Behandeld sinds:

Praktijk:

Uitspraken

1. Ik merk dat de fysiotherapeut rekening houdt met mijn persoonlijke wensen.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

2. Ik merk dat de fysiotherapeut echt naar mij luistert.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

3. Ik merk dat fysiotherapeut rekening houdt met wat ik hem verteld heb.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

4. Ik krijg voldoende gelegenheid om te zeggen aan welke behandeling ik behoefte heb.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

5. Ik merk dat fysiotherapeut mijn besluit respecteert als ik het niet met hem eens ben.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

6. Ik vind dat fysiotherapeut duidelijk is over wat hij kan en mag.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

7. Ik vind dat de fysiotherapeut soms te snel zegt dat iets niet mogelijk is.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

8. Ik krijg voldoende gelegenheid om eigen kennis en ervaring in te brengen over de behandeling die ik nodig heb.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

9. Ik krijg voldoende informatie en oefenstof om ook thuis ermee bezig te zijn.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

10. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over welke behandeling ik krijg.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

11. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over hoe vaak ik behandeld wordt.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

12. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over hoe de behandeling wordt uitgevoerd.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

13. Ik kan meebepalen op welk tijdstip de fysiotherapeut mij behandelt.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

14. Ik vind dat er voldoende met mij overlegd wordt over wie mij behandelt.

☐ helemaal niet mee eens ☐ niet mee eens ☐ weet niet / geen mening ☐ mee eens ☐ helemaal mee eens

OPEN RUIMTE:

Indien u op één of meerdere items uit de vragenlijst nader wilt reageren, dan kunt u in onderstaande ruimte uw reactie aangeven:

Bijlage 3: 4-puntsschaal**4-PUNTSSCHAAL CLIËNTGERICHTHEID****Uitleg:**

Voor onze afstudeeropdracht onderzoeken we de cliëntgerichtheid tijdens de fysiotherapeutische sessie in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Hiervoor hebben we een 4-puntsschaal ontwikkeld. Wij willen graag weten hoe tevreden u bent over uw inspraak bij de fysiotherapeutische behandelingen.

We zijn dus geïnteresseerd in hoe u, als patiënt zijnde, de cliëntgerichtheid ervaart. Of u voldoende inspraak heeft tijdens het gehele behandelproces van aanmelding en onderzoek tot behandeling toe. Benadrukt moet worden dat het er **niet** om gaat te beoordelen of de behandeling effectief is en of de klachten vermindert zijn.

Evenmin gaat het erom de praktijk of de therapeut te beoordelen; het is aan anoniem onderzoek, alleen naar de perceptie van de patiënt omtrent de cliëntgerichtheid.

Omcirkel beneden het cijfer dat u wilt geven voor de cliëntgerichtheid tijdens de fysiotherapeutische sessies:

1 = Geheel ontevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen

2 = Gedeeltelijk ontevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen

3 = Gedeeltelijk tevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen

4 = Geheel tevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen

Bijlage 4: Praktijkbrief

Beste Fysiotherapeuten,

We zullen ons eerst voorstellen...

Wij zijn Yvon Bruynen en Georgette Zeijen, 4^e-jaars studenten fysiotherapie aan de Hogeschool Zuyd in Heerlen. Op dit moment zijn wij bezig met een onderzoek in kader van onze afstudeeropdracht. Deze gaat over de cliëntgerichtheid tijdens de fysiotherapeutische sessies in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk.

Om dit te meten maken we gebruik van de ClientCenteredCare-Questionnaire (CCCQ-V). Van oorsprong is deze vragenlijst ontwikkeld voor de verpleging. Wij hebben de lijst aangepast naar de fysiotherapeutische setting, daarom is de naam ook veranderd naar CCCQ-F.

Om te kijken of de aangepaste CCCQ-F-vragenlijst valide genoeg is om de cliëntgerichtheid in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk te meten, gaan we de score vergelijken met een score op een 4-puntsschaal.

Op deze 4-puntsschaal wordt de algemene perceptie van de cliënt over de cliëntgerichtheid tijdens de fysiotherapeutische sessies in kaart gebracht. Dit is een 4-puntsschaal, waarbinnen geldt dat:

- 1 = Geheel ontevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen
- 2 = Gedeeltelijk ontevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen
- 3 = Gedeeltelijk tevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen
- 4 = Geheel tevreden over de mate waarin ik inspraak heb bij de fysiotherapeutische behandelingen

We willen de vragenlijst graag afnemen bij patiënten met acute en chronische klachten om te kijken of er een verschil is tussen beide patiëntengroepen in de beleving van de cliëntgerichtheid. We kiezen ervoor om onderscheid te maken tussen chronisch en acuut, omdat er een verschil kan zijn in de beleving van de cliëntgerichtheid. Dit komt doordat patiënten met chronische klachten al langere tijd bij de therapeut komen en hierdoor waarschijnlijk ook een andere band hebben met de therapeut dan een patiënt die incidenteel komt.

Onder acuut en chronisch verstaan we het volgende:

- Acuut: mensen die maximaal 6 weken klachten hebben. Kanttekening hierbij is: indien het gaat om een nieuwe episode van een bekende klacht moet de voorgaande episode minimaal 1 jaar geleden zijn.
- Chronisch: mensen die langer dan 6 maanden klachten hebben én langer dan 3 maanden aaneengesloten in behandeling zijn voor dezelfde indicatie.

De vragenlijst meet in hoeverre de patiënt en zijn hulpvraag centraal staan bij de behandeling. Het gaat er dus om hoe de patiënt de cliëntgerichtheid ervaart. Benadrukt moet worden dat het er niet om gaat te beoordelen of de behandeling werkt en of de klachten vermindert zijn.

Evenmin gaat het er om de praktijk of de therapeut te beoordelen; het is aan anoniem onderzoek, alleen naar de perceptie van de patiënt inzake cliëntgecentreerdheid. De effectiviteit van een behandeling doet daarbij niet ter zake en wordt buiten beschouwing gelaten.

Om de uitval van patiënten te beperken hebben we de volgende in- en exclusiecriteria opgesteld.

Inclusiecriteria:

- Beheersen Nederlandse taal
- Leeftijd > 18 jaar
- Verbaal en cognitief adequaat (te beoordelen door de fysiotherapeut)

Exclusiecriteria:

- Het niet beheersen van de Nederlandse taal
- Jonger dan 18 jaar

Als u aan ons onderzoek wilt meewerken, krijgt u van ons een pakketje met uitleg voor de patiënt, de CCCQ-F en de 4-puntsschaal. Deze moeten dan uitgedeeld worden aan de patiënt. We willen graag per praktijk van beide patiëntengroepen (acuut en chronisch) ongeveer evenveel patiënten de vragenlijsten in laten vullen. Aangezien we niet weten hoeveel patiënten u ons kunt leveren, zouden we het op prijs stellen als u ons tussen de 10 en de 15 patiënten kunt aanreiken voor ons onderzoek (meer mag altijd). Zoals u kunt zien, is het voor uw praktijk en de therapeuten weinig tijdrovend om mee te doen aan ons onderzoek, maar voor ons van groot belang voor ons afstudeeropdracht.

We willen graag vragen of jullie willen meewerken aan ons onderzoek.

Voor verdere vragen of bevestiging van deelname kunnen jullie contact opnemen met onderstaand e-mailadres of telefonisch met een van ons!

Vriendelijke groet,

Yvon Bruynen
06-51748419

Georgette Zeijen
06-52474974

cccq-f@hotmail.com

Bijlage 5: Patiëntbrief

Beste Patiënt,

We zullen ons eerst voorstellen, wij zijn Georgette Zeijen en Yvon Bruynen, studenten fysiotherapie aan de Hogeschool Zuyd in Heerlen. Op dit moment zijn wij bezig met ons afstudeeronderzoek. Dit gaat over de cliëntgerichtheid binnen de fysiotherapeutische praktijk.

Voor u ligt een pakketje met 2 vragenlijsten die de cliëntgerichtheid binnen de fysiotherapie praktijk trachten te meten, de 4-puntsschaal en de CCCQ-F (CliëntCenteredCare Questionnaire voor Fysiotherapiepraktijken) vragenlijst.

De vragenlijsten meten in hoeverre u, als patiënt zijnde, en uw hulpvraag centraal staan bij de behandeling. Benadrukt moet worden dat het er niet om gaat te beoordelen of de behandeling werkt en of de klachten verminderd zijn. Evenmin gaat het erom de praktijk of de therapeut te beoordelen; het is aan anoniem onderzoek, alleen naar uw perceptie wat betreft cliëntgerichtheid.

Wij willen u vragen om deze 2 lijsten zo eerlijk mogelijk in te vullen. Vragen, onduidelijkheden of opmerkingen kunt u onderaan de vragenlijst noteren.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Georgette Zeijen en Yvon Bruynen