

Fontys Paramedische Hogeschool

Opleiding tot fysiotherapeut



De 4DKL; enthousiast gebruikt of overgeslagen door de eerstelijns fysiotherapeut?

Versienummer: 1.0

Sanne van der Vleuten

Begeleidster: Anke Lahaije

Januari 2014

Personalia

Student

Naam	Sanne van der Vleuten
Adres	Janssenstraat 14, 5708KK Helmond
Telefoonnummer	0620166372
E-mailadres	s.vandervleuten@fontys.student.nl
Studentnummer	2206407

Instelling

Naam	Fontys Paramedische Hogeschool
Adres	Ds. Th. Fliednerstraat 2, 5631BN Eindhoven
Postbus	Postbus 347, 5600 AH Eindhoven
Telefoonnummer	0885077011

Begeleidster

Naam	Anke Lahaije
Telefoonnummer	0885081081
E-mailadres	a.lahaije@fontys.nl

In dit verslag staat mijn onderzoek naar het gebruik en nut van de 4DKL in de praktijk beschreven. Dit onderzoek is gedaan in het kader van het afstuderen aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven, opleiding tot fysiotherapeut. De afstudeerperiode liep van 26-08-2013 tot 31-01-2014. Deze afstudeerscriptie betreft een survey onderzoek. De keuze voor een survey is gemaakt door een gebrek aan vernieuwende literatuur en nieuwsgierigheid naar de mening van fysiotherapeuten. Zelf ben ik overtuigd van het nut van klinimetrie. Ook op het gebied van psychosomatiek kan het gebruik van klinimetrie een positief effect hebben op het behandeltraject. Ik vraag me echter af hoe hier in de dagelijkse praktijk over wordt gedacht en wat ermee wordt gedaan. Door middel van dit survey onderzoek heb ik deze vragen kunnen beantwoorden.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van dit survey onderzoek. Allereerst wil ik mijn begeleidster Anke Lahaije bedanken voor haar ideeën, altijd snelle reactie op vragen en kritische feedback. Daarnaast wil ik mijn projectgroep bedanken voor het nuttige, maar ook gezellige overleg tijdens de bijeenkomsten en voor de feedback die ik van hen heb mogen ontvangen.

Helmond, Januari 2014

Sanne van der Vleuten

Achtergrond: Psychosociale problematiek in de eerstelijns zorg kan worden onderverdeeld in vier symptoomdimensies: depressie, angst, somatisatie en distress. Onderliggende psychosociale factoren, met name somatisatie, kunnen een belemmerende factor vormen tijdens het fysiotherapeutisch behandelproces. Uit onderzoek van Van der Horst (2005) blijkt dat in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk bij 32% van de patiënten sprake is van somatisatie. Gemiste diagnoses zijn met name problematisch bij stoornissen die een specifieke, aanvullende behandeling vragen. Het wordt daarom sterk aanbevolen onderzoek te doen naar de aanwezigheid van psychosociale factoren. De fysiotherapeut kan psychosociale factoren objectiveren met behulp van de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL). Tevens kan de fysiotherapeut beslissen of hij/zij de patiënt met enkel fysiotherapie kan behandelen of dat een verdere diagnosestelling en aanvullende behandeling noodzakelijk zijn. Over het gebruik van de 4DKL in de praktijk is echter weinig bekend. De onderzoeksvraag luidt dan ook: 'Wat is de mening van de eerstelijns fysiotherapeut over het nut van de 4DKL?'.

Methode: 250 eerstelijns fysiotherapiepraktijken in Zuidoost Brabant zijn via e-mail benaderd om een gestandaardiseerde, gestructureerde vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is afgenomen met behulp van het online enquête programma ThesisTools. De resultaten van de survey zijn uitgewerkt met beschrijvende statistiek.

Resultaten: 65 eerstelijns fysiotherapeuten hebben de vragenlijst ingevuld. 60% van de respondenten gebruikt de 4DKL nooit. 35% van de respondenten die de 4DKL nooit gebruiken, kent de vragenlijst niet en bij 20% is de 4DKL niet in het gebruikte registratiesysteem opgenomen. Nadelen die worden genoemd zijn de lengte en de 'te confronterende' vragen. Voordelen daarentegen volgens de respondenten zijn de mogelijkheid tot objectiveren en bespreekbaar maken van psychosociale problematiek en het onderscheid tussen de vier dimensies.

Conclusie: De fysiotherapeuten die de 4DKL gebruiken, geven aan dit te doen om psychosociale problematiek te objectiveren en bespreekbaar te maken. Daarnaast wordt het onderscheid tussen de vier dimensies als zeer nuttig beschouwd. Meer dan de helft van de eerstelijns fysiotherapeuten, namelijk 60%, gebruikt de 4DKL echter nooit. Een groot deel van deze groep geeft als reden aan dat de 4DKL onbekend is bij hen of niet in het gebruikte registratiesysteem is opgenomen. Andere veel genoemde nadelen zijn de lengte van de vragenlijst en de 'te confronterende' vragen. Uit dit survey onderzoek blijkt daarnaast dat ook andere psychosociale meetinstrumenten weinig gebruikt worden.

Background: Psychosocial problems in primary health care can be divided in four dimensions: depression, anxiety, somatization and distress. Underlying psychosocial factors, especially somatization, may have a negative effect on physiotherapeutic treatment. A study by Van der Horst et al. (2005) showed that 32% of the patients in primary care physiotherapy suffer from somatization. Missed diagnoses are especially problematic in disorders that require specific treatment. It is therefore recommended to explore the existence of psychosocial factors in patients requiring physiotherapy. Physiotherapists can objectify the existence of these psychosocial factors with the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ). Based on the 4DSQ physiotherapists can also decide whether to treat the patient with physiotherapy alone or whether further diagnosis and additional treatment is required. Little is known about the use of the 4DSQ in daily practice. The research question that follows, is: 'What is the opinion of the primary care physiotherapist about the usefulness of the 4DSQ?'.

Method: 250 physiotherapy practices in primary care within Zuidoost Brabant are contacted by e-mail to fill in a standardised, structured questionnaire. The questionnaire is conducted with use of the online questionnaire program ThesisTools. The results of the survey are elaborated with descriptive statistics.

Results: 65 primary care physiotherapists filled in the questionnaire. 60% of the respondents never uses the 4DSQ. 35% of the respondents that never uses the 4DSQ is not acquainted with the 4DSQ and 20% answered the 4DSQ is not included in their registration system. Disadvantages that are mentioned, are the length of the questionnaire and that the questions are too confronting. Advantages according to the respondents are the ability to objectify psychosocial problems, the ability to discuss psychosocial problems with the patient and the distinction between the four dimensions.

Conclusion: Two important reasons to use the 4DSQ according to the respondents are that it allows one to objectify a patient's psychosocial problems and that it allows discussion of these problems with the patients. Besides that, the fact that the questionnaire can make a distinction between the four dimensions is experienced as useful. Nevertheless, 60% of the respondents never uses the 4DSQ. The major part of them is not acquainted with the 4DSQ or the 4DSQ is not included in their registration system. Other disadvantages that are often mentioned, are the length of the questionnaire and the confronting questions. Besides that, this study shows that other psychosocial questionnaires are rarely used as well.

	Pagina
Personalia.....	3
Voorwoord	4
Samenvatting.....	5
Abstract.....	6
1. Inleiding	8
2. Methode.....	10
2.1 Patiëntpopulatie	10
2.2 Deelnamepopulatie	10
2.3 Vragenlijst	10
2.4 Data-analyse	12
2.5 Ethische aspecten.....	12
3. Resultaten.....	13
3.1 Selectieprocedure	13
3.2 Vragenlijst	13
4. Discussie	18
4.1 Interpretatie van de resultaten	18
4.2 Sterke punten.....	20
4.3 Beperkingen.....	20
5. Conclusie en aanbevelingen	22
5.1 Conclusie	22
5.2 Aanbevelingen	22
6. Literatuurlijst	23
Bijlagen	XXV

1. Inleiding

Psychosociale problematiek in de eerstelijns zorg kan voor een groot deel worden beschreven aan de hand van vier symptoomdimensies: depressie, angst, somatisatie en distress (1). Somatisatie houdt in dat psychische problemen zich als lichamelijke klachten uiten, zonder dat er voor deze klachten een lichamelijke oorzaak is (2). Met distress worden specifieke klachten als gespannenheid, lusteloosheid, labiliteit en slecht slapen bedoeld (1). De afgelopen jaren komt het belang van deze psychosociale problematiek binnen de fysiotherapie steeds meer onder de aandacht. Onderliggende psychosociale factoren kunnen namelijk een belemmerende factor vormen tijdens het fysiotherapeutisch behandelproces (3).

In een onderzoek door M. van der Horst (2005) (4) is uitgezocht wat de omvang van de psychosociale problematiek in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk is. Uit dit onderzoek blijkt dat in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk bij maar liefst 32% van de patiënten sprake is van somatisatie. Daarnaast heeft ongeveer een derde van de patiënten distress klachten, 14% depressieve klachten en 6% kampt met een angststoornis (4). Ondanks de toegenomen aandacht blijkt er binnen de gehele eerstelijns zorg sprake van 'ondersignalering, onderdiagnostiek en onderbehandeling' van psychosociale problematiek (5–7). Gemiste diagnoses zijn met name problematisch bij stoornissen die een specifieke, aanvullende behandeling vragen (6).

Wanneer er voornamelijk sprake is van distress, is het veelal voldoende wanneer de fysiotherapeut op de stressproblematiek in gaat en de copingstrategieën van de patiënt ondersteunt (4). Wanneer er echter sprake is van somatisatie bestaat een grotere kans op een negatief fysiotherapeutisch behandelresultaat dan wanneer geen psychisch probleem aanwezig is of wanneer uitsluitend sprake is van stress (4). Het effect van depressie en angst op het fysiotherapeutisch behandelresultaat is tot nu toe onduidelijk (4). Heeft de patiënt duidelijke symptomen van depressie, angst en/of somatisatie, dan is een specifieke aanpak van deze stoornissen gewenst, zoals medicatie of cognitieve gedragstherapie (3,6).

Het wordt daarom sterk aanbevolen onderzoek te doen naar de aanwezigheid van psychosociale factoren die mogelijk de lichamelijke klachten beïnvloeden (4). Om de aanwezigheid van deze psychosociale factoren vast te stellen, zijn verschillende vragenlijsten opgesteld. Voorbeelden van deze vragenlijsten zijn de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), General Health Questionnaire (GHQ) en de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) (1).

De laatstgenoemde, de 4DKL, is een vragenlijst bestaande uit vijftig items voor het meten van de vier symptoomdimensies: distress, depressie, angst en somatisatie (8). Uit onderzoek is gebleken dat de 4DKL een betrouwbaar meetinstrument is (8). Het voordeel van de 4DKL ten opzichte van andere psychosociale vragenlijsten is dat de 4DKL is ontworpen om alle eerdergenoemde symptoomdimensies van de psychosociale problematiek te meten (8). De andere meetinstrumenten meten slechts één of twee dimensies. De 4DKL detecteert daardoor praktisch alle patiënten die psychisch lijden, ongeacht de specifieke oorzaken (9). Daarnaast maakt de 4DKL in tegenstelling tot de andere klachtenlijsten onderscheid tussen algemene distress enerzijds en angst, depressie en somatisatie anderzijds (10). Daarmee is het in theorie mogelijk om een onderscheid te maken tussen 'normale' stress- of spanningsklachten en 'abnormale' psychische stoornissen (1,10).

De fysiotherapeut kan aan de hand van de 4DKL dus beoordelen of er sprake is van psychosociale problematiek. Tevens kan de fysiotherapeut beslissen of hij/zij de patiënt met fysiotherapie alleen kan behandelen of dat een verdere diagnosestelling en mogelijk aanvullende behandeling noodzakelijk zijn. Het is echter onduidelijk of de fysiotherapeut de 4DKL in de dagelijkse praktijk daadwerkelijk gebruikt. Mogelijk geven fysiotherapeuten de voorkeur aan andere psychosociale vragenlijsten of gebruiken ze geen psychosociale vragenlijsten.

De onderzoeksvraag die hieruit volgt, luidt: Wat is de mening van de eerstelijns fysiotherapeut over het nut van de 4DKL?

- Deelvraag 1; In hoeverre wordt door de eerstelijns fysiotherapeut aandacht besteed aan psychosociale problematiek?
- Deelvraag 2; Welke klinimetrie wordt door de eerstelijns fysiotherapeut gebruikt om psychosociale problematiek te kwalificeren en kwantificeren?
- Deelvraag 3; Wat zijn volgens de eerstelijns fysiotherapeut de voordelen, dan wel de nadelen van het gebruik van de 4DKL?

2. Methode

De vraagstelling is beantwoord door het uitvoeren van een survey onderzoek. Middels een gestandaardiseerde, gestructureerde vragenlijst (bijlage II) is onderzoek gedaan naar de mening van de eerstelijns fysiotherapeut over het nut van de 4DKL.

2.1 Patiëntpopulatie

De doelgroep van de 4DKL zijn patiënten met psychische symptomatologie. Tijdens dit onderzoek betrof het patiënten met lichamelijke klachten die daarvoor onder behandeling zijn bij de fysiotherapeut, maar tevens psychosociale problematiek vertonen.

2.2 Deelnamepopulatie

De respondenten waren fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de eerste lijn. De praktijken die zijn benaderd, liggen in Zuidoost Brabant. Deze praktijken zijn geselecteerd aan de hand van de website www.defysiotherapeut.com (11). Via deze website of de eigen website van de praktijk is het e-mailadres opgezocht.

Inclusiecriteria:

- Fysiotherapeuten werkzaam in de eerstelijnszorg,
- Fysiotherapeuten werkzaam in Zuidoost Brabant,
- Praktijk aangesloten bij de database van www.defysiotherapeut.com,
- Praktijk beschikt over een e-mailadres.

In totaal zijn er 320 eerstelijns fysiotherapiepraktijken of praktijkorganisaties in Zuidoost Brabant. 250 van deze praktijken konden worden benaderd via e-mail. Aan deze ontvangers werd tevens gevraagd of ze de e-mail wilden doorsturen naar de fysiotherapeuten die werkzaam zijn binnen hun praktijk.

2.3 Vragenlijst

De vragenlijst is opgesteld met behulp van het boek 'Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn'. In hoofdstuk 17, de gestructureerde vragenlijst, is de gefaseerde werkwijze bij het maken van een vragenlijst beschreven (12). Dit stappenplan is weergegeven in figuur 1.

Fases van de ontwikkeling van een vragenlijst



Figuur 1. Het opstellen van een vragenlijst in stappen aan de hand van het boek 'Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn'.

De vragenlijst die voorgelegd is aan de respondenten was opgebouwd uit meerdere onderdelen. De vragenlijst begon met algemene gegevens. Deze algemene vragen zijn voornamelijk gebruikt om een globaal beeld te krijgen van de respondenten. Vervolgens werden vragen gesteld over psychosociale factoren en de klinimetrie op dit gebied. Daarna werd toegespitst op de 4DKL. De vragenlijst bevatte multiple choice, multiple response en open vragen.

Het merendeel van de vragen ging over 'hoe vaak' de respondent een bepaalde actie onderneemt. Dit begrip is geoperationaliseerd door het maken van antwoordcategorieën. De antwoordcategorieën bij deze vragen waren ordinaal opgebouwd en bestonden uit; 'nee, nooit', 'ja, soms', 'ja, regelmatig', 'ja, vaak' en 'ja, altijd'.

Alle respondenten hebben een uitnodigingse-mail (bijlage III) gekregen met daarin informatie over het onderzoek en een link naar de vragenlijst. Aan deze uitnodigingse-mail werd tevens een geheimhoudingsverklaring (bijlage IV) toegevoegd. De vragenlijsten zijn anoniem verwerkt. De eerste uitnodigingse-mail is verstuurd op 29 oktober 2013. 13 november 2013 is een herinnering gestuurd naar dezelfde praktijken.

2.4 Data-analyse

De resultaten van de vragenlijst zijn door www.thesistools.nl online opgeslagen (13). Uiteindelijk is een bestand met de afzonderlijke antwoorden per respondent vanuit Thesistools aangeleverd. Om de resultaten van de vragen te analyseren is Microsoft Excel en SPSS gebruikt.

Voor de beschrijving van de resultaten is beschrijvende statistiek gebruikt. Van de continue data wordt een gemiddelde met standaarddeviatie of mediaan met interkwartielrange gegeven. Van de categorische data, zoals bij de multiple choice en multiple response vragen, wordt het percentage respondenten gegeven dat een bepaalde antwoordcategorie heeft gekozen. Door middel van figuren worden deze resultaten overzichtelijk weergegeven.

De laatste drie vragen waren open vragen. Deze vragen zijn kwalitatief geanalyseerd. Dit is handmatig gedaan. De gegeven antwoorden zijn gecategoriseerd. De resultaten hiervan worden in tabellen weergegeven.

2.5 Ethische aspecten

De respondenten zijn middels een e-mail geïnformeerd over het onderzoek. De vragenlijst is volledig anoniem afgenomen. Daarnaast is een geheimhoudingsverklaring opgesteld en ondertekend door student, begeleider en de Fontys Paramedische Hogeschool. Dit werd tevens vermeld in de e-mail aan de respondenten.

3. Resultaten

3.1 Selectieprocedure

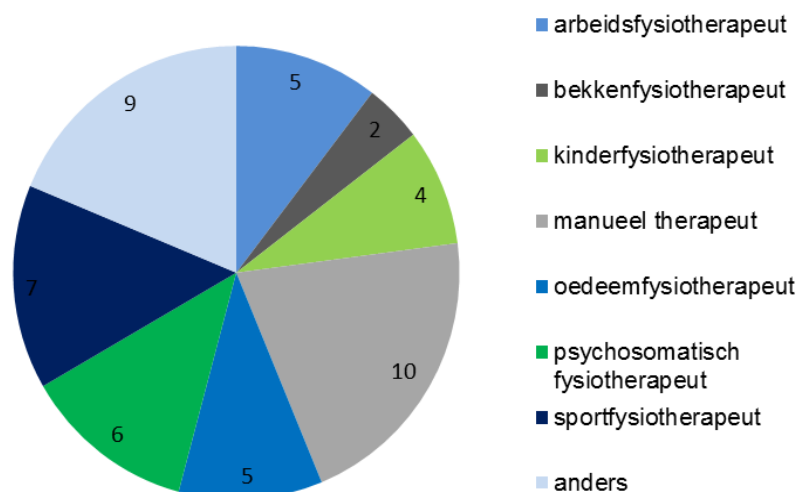
De resultaten zijn verzameld tot 27 november 2013. De response rate van het survey onderzoek kan niet berekend worden om verschillende redenen. Ten eerste is er geen controle over een mogelijk dubbele invoer door fysiotherapeuten. Daarnaast is aan de ontvangers van de e-mail gevraagd om deze door te sturen naar alle werkzame fysiotherapeuten in de praktijk. Het is daardoor niet bekend hoeveel therapeuten de e-mail met de link ontvangen hebben. Uiteindelijk hebben 69 respondenten de vragenlijst ingevuld. 11 van deze respondenten heeft de vragenlijst niet compleet ingevuld. Vier respondenten zijn gestopt na de algemene vragen. Van deze vier respondenten zijn de resultaten niet meegenomen. De resultaten van de overige zeven respondenten die de vragenlijst niet compleet hebben ingevuld, zijn wel meegenomen. Per vraag is aangegeven hoeveel respondenten de vraag hebben beantwoord.

3.2 Vragenlijst

Deelnamepopulatie

Het aantal dienstjaren van de respondenten is niet normaal verdeeld. De mediaan van het aantal dienstjaren van de respondenten ligt op 22 [IQR 7 ; 31]. Het minimum ligt op één en het maximum op 40 dienstjaren. 75,4% van deze fysiotherapeuten is werkzaam in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Daarnaast is 13,8% werkzaam in een gezondheidscentrum en 10,8% van de fysiotherapeuten heeft gekozen voor 'anders'. Deze fysiotherapeuten gaven aan werkzaam te zijn in een eerstelijns praktijk in een verpleeghuis of in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. In totaal is 64,6% van de respondenten gespecialiseerd in één of meerdere vakgebieden. In figuur 2 is de verdeling binnen de specialisaties visueel weergegeven. Gegeven antwoorden bij 'anders' zijn haptotherapeut, handtherapeut, reflexzone-therapeut en acupuncturist.

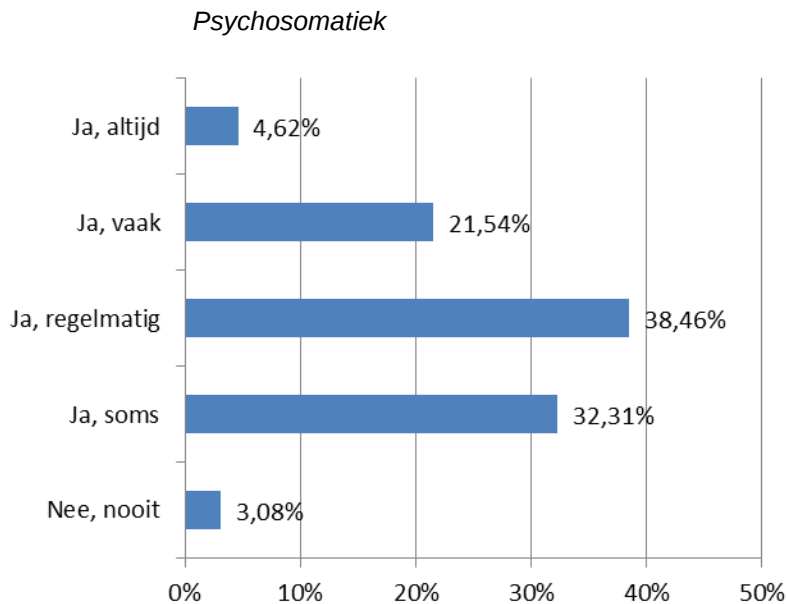
Specialisaties van de respondenten



Figuur 2. Frequentie van antwoorden op de meerkeuze vraag "Wat is uw precieze beroep?".

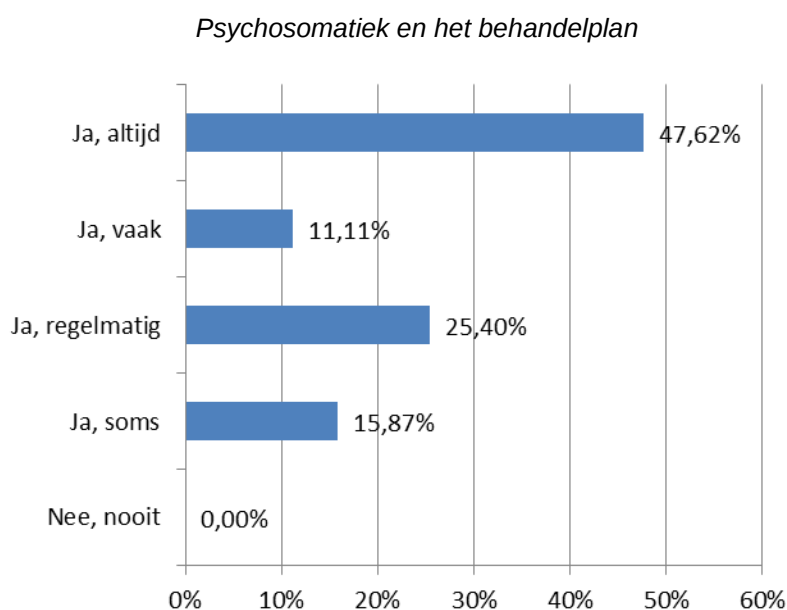
Gesloten vragen

Vraag 4 en 5 uit de vragenlijst betroffen inleidende vragen over psychosomatiek. Vraag 4 luidde: 'Behandelt u patiënten bij wie psychosociale factoren mogelijk de lichamelijke klachten beïnvloeden?'. Alle 65 geïncludeerde respondenten hebben deze vraag ingevuld. Het meest gegeven antwoord is 'ja, regelmatig', zoals is te zien in figuur 3.



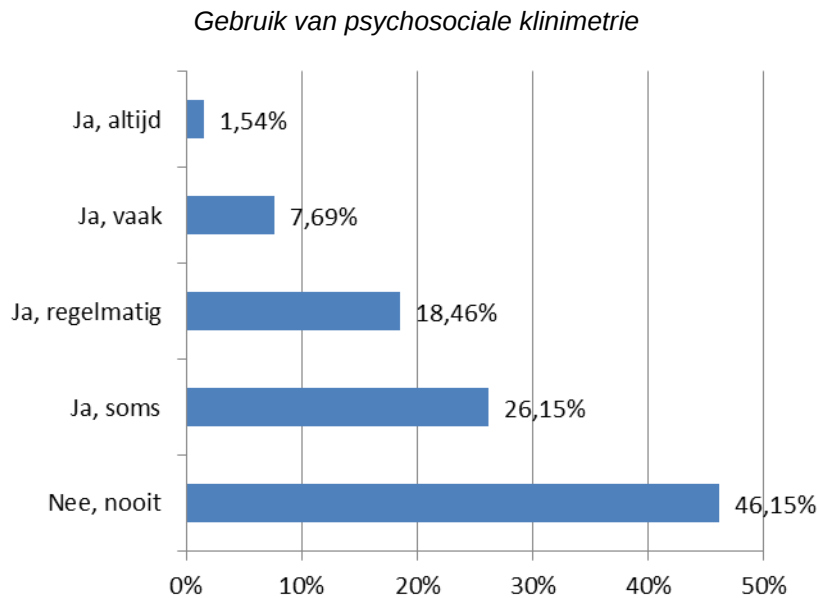
Figuur 3. Percentages per antwoordcategorie van vraag 4: 'Behandelt u patiënten bij wie psychosociale factoren mogelijk de lichamelijke klachten beïnvloeden?'.

Vraag 5 luidde: 'Houdt u rekening met deze factoren in uw behandelplan?'. Het vaakst gekozen antwoord op deze vraag is 'ja, altijd'. De twee respondenten die 'nee, nooit' hebben ingevuld bij vraag 4, mochten deze vraag overslaan. Hierdoor hebben 63 respondenten deze vraag ingevuld. In figuur 4 is een overzicht gegeven van de antwoorden gegeven op vraag 5.



Figuur 4. Percentages per antwoordcategorie van vraag 5: 'Houdt u rekening met deze factoren in uw behandelplan?'

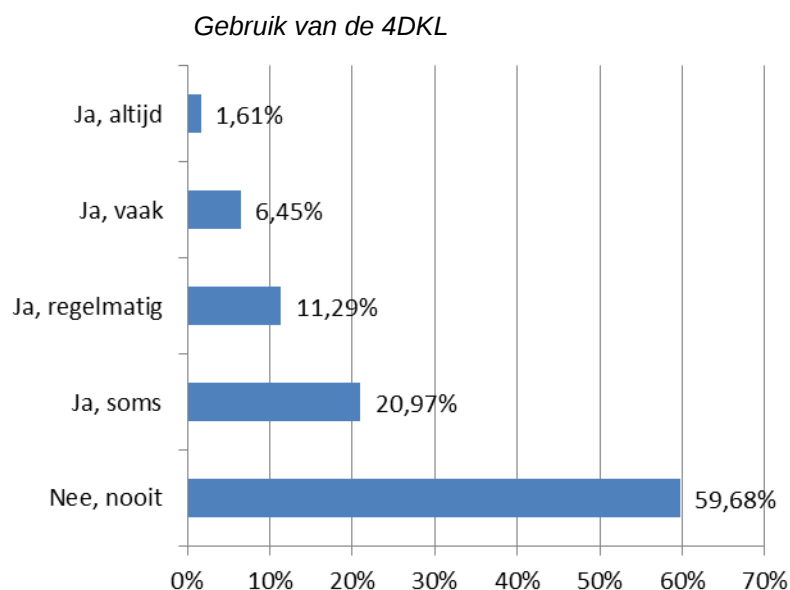
Vraag 6 tot en met 9 betroffen de klinimetrie op het gebied van psychosociale problematiek. Vraag 6 betrof het algemene gebruik van klinimetrie op het gebied van psychosociale problematiek. 65 respondenten hebben deze vraag beantwoord. Het meest gekozen antwoord is 'nee, nooit', zoals te zien is in figuur 5.



Figuur 5. Percentages per antwoordcategorie van vraag 6: 'Maakt u gebruik van klinimetrie op het gebied van psychosociale problematiek?'.

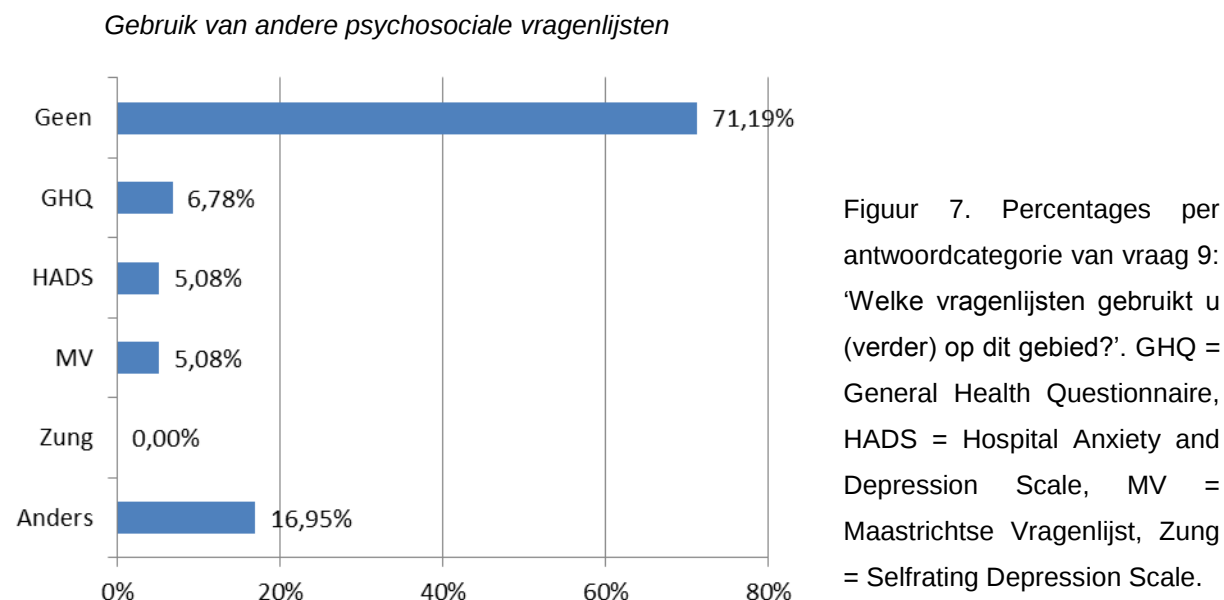
Vraag 7 luidde: 'Kent u de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL)?'. 62 respondenten hebben deze vraag beantwoord. 65% van deze respondenten beantwoordde deze vraag met 'ja'. 35% gaf daarentegen aan de 4DKL niet te kennen.

Middels vraag 8 werd onderzocht of de 4DKL ook daadwerkelijk gebruikt wordt voor het opsporen van psychosociale problematiek. 62 respondenten hebben deze vraag ingevuld. Zoals in figuur 6 te zien is, is 'nee, nooit' het meest gekozen antwoord.



Figuur 6. Percentages per antwoordcategorie van vraag 8: 'Gebruikt u de 4DKL voor het opsporen van psychosociale problematiek?'.

De laatste gesloten vraag luidde: 'Welke vragenlijsten gebruikt u (verder) op dit gebied?' 59 respondenten hebben deze vraag beantwoord. Het merendeel van de respondenten koos voor het antwoord 'geen'. Aangezien de respondenten meerdere antwoorden mochten invullen, is het cumulatieve percentage bij deze vraag hoger dan 100%. Antwoorden die vaker dan één keer zijn gegeven bij 'anders' zijn de Pijn Coping Inventarisatielijst (PCI), de Utrechtse Copinglijst (UCL), en de Tampaschaal voor Kinesiofobie (TSK). PCI en UCL werden het vaakst genoemd, namelijk drie keer.



Open vragen

In totaal hebben 58 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. De respondenten moesten volgens de routing óf vraag 10 invullen óf vraag 11 en 12. De antwoorden op de open vragen zijn gecategoriseerd om zo een overzichtelijk beeld te kunnen creëren. De volledige antwoorden zijn weergegeven in bijlage V. Aangezien de respondenten meerdere antwoorden mochten geven, komt het opgetelde aantal per vraag hoger uit dan het aantal respondenten dat de vraag heeft ingevuld. Vraag 10 luidde: "Indien u de 4DKL niet gebruikt: wat is uw reden hiervoor?".

Tabel 1. Redenen voor het niet gebruiken van de 4DKL. (N = 35)

Antwoord	Aantal respondenten
4DKL is onbekend bij respondent	20
4DKL staat niet in het systeem	7
Te uitgebreide vragenlijst	4
Te confronterende vragen	2
Niet geschikt voor patiëntengroep	2
Geen idee	2
Uitvragen in anamnese is effectiever	1

Vraag 11 en 12 werden ingevuld door de respondenten die de 4DKL wel gebruiken. Deze vragen betroffen respectievelijk de voordelen en de nadelen van het gebruik van de 4DKL. 23 respondenten hebben deze vragen ingevuld.

Tabel 2. Samenvatting van de voordelen van de 4DKL.

Antwoord	Aantal respondenten
Objectiveren van psychosomatiek	10
Onderscheid vier dimensies	10
Duidelijke, eenvoudige vragenlijst	5
Bespreekbaar maken van psychosociale problematiek	4
Geen idee	2

Tabel 3. Samenvatting van de nadelen van de 4DKL.

Antwoord	Aantal respondenten
Uitgebreide vragenlijst / tijd	8
Confronterende vragen	7
Geen nadelen	7
Patiënt heeft te weinig inzicht in eigen klachten	2

4. Discussie

Over het gebruik van de 4DKL door de fysiotherapeut in de praktijk is nauwelijks iets bekend. Middels deze survey wordt daarom een antwoord gezocht op de vraag: “Wat is de mening van de eerstelijns fysiotherapeut over het nut van de 4DKL?”. Aan de hand van de deelvragen worden de resultaten geïnterpreteerd en vergeleken met de literatuur. Ten slotte worden de sterke punten en beperkingen van deze studie besproken.

4.1 Interpretatie van de resultaten

Aangezien de mediaan van het aantal dienstjaren op 22 ligt, kan worden gesteld dat het een ervaren groep fysiotherapeuten betreft. Het aantal dienstjaren loopt echter uiteen van 1 tot 40 jaar. Daarnaast is een groot deel van de respondenten gespecialiseerd en zijn vele specialisaties vertegenwoordigd. De groep respondenten is daardoor zeer divers. Dit komt het onderzoek omtrent psychosomatiek ten goede, omdat het een onderwerp betreft waar alle fysiotherapeuten mee in aanraking komen, ongeacht ervaring of specialisatie.

Deelvraag 1 van deze survey luidde: ‘In hoeverre wordt door de eerstelijns fysiotherapeut aandacht besteed aan psychosociale problematiek?’. De respondenten geven aan regelmatig in aanraking te komen met patiënten waarbij psychosociale problematiek de lichamelijke klachten beïnvloedt. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan deze psychosociale factoren niet altijd mee te nemen in het opgestelde behandelplan. Een oorzaak hiervan zou kunnen zijn dat de fysiotherapeuten het nut hiervan niet inzien of dat ze over te weinig kennis omtrent psychosomatiek beschikken. Verschillende onderzoeken hebben echter de invloed van psychosociale factoren op de behandeling van meerdere, uiteenlopende aandoeningen aangetoond (3,4,14). Een patiënt met een verhoogde somatisatiescore heeft een relatief risico van 1,5 voor het niet slagen van de fysiotherapeutische behandeling (4). Bij patiënten met een verhoogde distress- en somatisatiescore op de 4DKL beëindigde één op de vier vroegtijdig en op eigen initiatief de behandeling (4). Adern et al. (2013) suggereert dat aandacht voor psychisch herstel als toevoeging aan fysiek herstel na een voorste kruisband reconstructie onontbeerlijk is (14). Om de invloed van psychosociale problematiek op de behandeling te kunnen ondervangen, zal deze allereerst moeten worden gediagnosticeerd. Juist nu door de mogelijke directe toegankelijkheid van de fysiotherapie wordt meer eigen diagnostisch vermogen vereist en daarmee dus ook meer kennis (15). Voor het diagnosticeren van psychosociale problematiek kan gebruik worden gemaakt van meetinstrumenten.

De tweede deelvraag in deze survey was: 'Welke klinimetrie wordt door de eerstelijns fysiotherapeut gebruikt om psychosociale problematiek te kwalificeren en kwantificeren?'. Klinimetrie is een belangrijk onderdeel van het evidence-based handelen. Gebruik van betrouwbare en valide klinimetrie verhoogt de consistentie en de objectiviteit bij het beoordelen van functies en vaardigheden van de patiënt (16). Het draagt eveneens bij aan een betere communicatie binnen en tussen de verschillende beroepsgroepen (16). Gezien deze voordelen probeert de beroepsvereniging van fysiotherapie (KNGF) het gebruik van klinimetrie door fysiotherapeuten te bevorderen. Uit dit survey onderzoek blijkt dat op het gebied van psychosociale klinimetrie nog veel winst te behalen is. 46% van de respondenten geeft aan nooit gebruik te maken van psychosociale klinimetrie en slechts 1,5% doet dit daarentegen altijd. Redenen die Swinkels (2003) hiervoor geeft in zijn artikel zijn de benodigde tijd, de kosten, de beschikbaarheid van de meetinstrumenten en problemen bij de interpretatie van scores (17). Met name de benodigde tijd is een veelgenoemde reden door de respondenten van dit survey onderzoek. De KNGF probeert het gebruik te bevorderen door de geadviseerde klinimetrie eenvoudig beschikbaar te stellen via de database van Hogeschool Zuyd te Heerlen (18). De psychosociale meetinstrumenten zijn ook in deze database opgenomen, dus deze vragenlijsten zijn voor alle fysiotherapeuten toegankelijk. Het is echter zo dat de 4DKL niet bij iedereen in het gebruikte registratiesysteem is opgenomen, waardoor deze minder eenvoudig is in te voeren. Hierdoor is de 4DKL minder eenvoudig beschikbaar dan meetinstrumenten die wel in het registratiesysteem zijn opgenomen. Hoogstwaarschijnlijk spelen ook de interpretatie van de score en onbekendheid met de te nemen acties bij een bepaalde score een rol. Daarnaast geeft een van de respondenten aan dat hij/zij het uitvragen van dergelijke problematiek in de anamnese zeker zo effectief vindt. Dit komt ook in de literatuur naar voren. De meeste psychotherapeuten baseren namelijk hun diagnostiek niet op statistische, maar op klinische databronnen: 'kijken en praten' (19).

Verder maakt het enorme aantal verschillende meetinstrumenten het moeilijk een keuze te maken (17). Dit geeft ook een verklaring voor het lage aantal respondenten dat de 4DKL regelmatig tot altijd gebruikt, namelijk 17%. Een aantal respondenten geeft aan andere psychologische meetinstrumenten te gebruiken, zoals de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), General Health Questionnaire (GHQ), Maastrichtse Vragenlijst (MV), Pijn Coping Inventarisatielijst (PCI), de Utrechtse Copinglijst (UCL) en de Tampaschaal voor Kinesiofobie (TSK). Ook hier is het aantal respondenten per vragenlijst telkens laag.

De derde deelvraag luidde: 'Wat zijn volgens de eerstelijns fysiotherapeut de voordelen, dan wel de nadelen van het gebruik van de 4DKL?'. Veelgenoemde voordelen zijn het objectiveren en bespreekbaar maken van psychosomatiek. Tevens wordt het onderscheid in de vier dimensies, namelijk depressie, angst, somatisatie en distress, regelmatig genoemd. Dit wordt ook in de literatuur als belangrijk voordeel van de 4DKL genoemd (4,7–9), zeker ook ten opzichte van andere psychosociale vragenlijsten (1). Uit de literatuur komt daarnaast naar voren dat de 4DKL een

betrouwbaar meetinstrument is (Cronbach's α 0,84-0,94)(8). Nadelen die door de respondenten veelvuldig worden genoemd, zijn de lengte van de vragenlijst en de confronterende vragen. Dit is in de literatuur niet terug te vinden. Alle gevonden artikelen specifiek over de kenmerken van de 4DKL zijn geschreven door de copyrighthouder van de 4DKL; B. Terluin (1,6,8–10). Dit kan leiden tot belangenverstrengeling. De inzichten over de 4DKL in de literatuur zijn hierdoor mogelijk eenzijdig. In een van de artikelen van B. Terluin wordt de 4DKL juist 'handzaam' genoemd (9). B. Terluin heeft daarnaast onderzoek gedaan naar de tijd die patiënten nodig hebben om de 4DKL in te vullen. Uit dit onderzoek onder 110 patiënten bleek dat 75% van de patiënten de 4DKL binnen tien minuten heeft ingevuld (20). Tijd is objectief te meten, waardoor belangenverstrengeling geen invloed op het resultaat kan hebben. Mogelijk overschatten de respondenten de duur van het afnemen. Een andere mogelijkheid is dat de fysiotherapeuten deze tien minuten niet kunnen missen tijdens een behandeling. Dit kan worden voorkomen door de patiënt de 4DKL in eigen tijd in te laten vullen.

4.2 Sterke punten

Een aantal factoren onderbouwen de relevantie en betrouwbaarheid van dit onderzoek. De onderzoeksvraag van deze survey is een unieke vraag. Er is weinig bekend over de 4DKL, met name over het gebruik in de praktijk. Middels het afnemen van de specifiek voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijst is recente en relevante data ontstaan. Daarnaast is de vragenlijst volledig anoniem afgenomen, waardoor de betrouwbaarheid van deze survey toeneemt. Fysiotherapeuten kunnen hun mening geven zonder dat gecontroleerd kan worden van wie deze afkomstig is.

Dit survey onderzoek is uitgevoerd in Zuidoost Brabant. Uit een onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek uit 2011 blijkt dat de prevalentie van geestelijke ongezondheid per provincie tussen de 11,3 en 15,3% ligt (21). Noord-Brabant staat op de 6^e plek van 12 provincies en wijkt niet statistisch significant af van enige, andere provincie (21). Hierdoor kan verondersteld worden dat de uitkomsten van dit onderzoek wat dat betreft te generaliseren zijn naar de rest van Nederland.

4.3 Beperkingen

Dit onderzoek kent daarentegen ook een aantal zwakke punten. Allereerst bestond de mogelijkheid tot dubbel invullen van de vragenlijst, doordat een algemene link is gemaakt door ThesisTools. De vragenlijst kon via deze link een onbeperkt aantal keer worden ingevuld. Dit zou kunnen leiden tot een vertekend beeld. Het is echter niet aannemelijk dat dezelfde fysiotherapeut twee keer de vragenlijst invult. De algemene gegevens zijn gecontroleerd op overeenkomsten. Hierbij zijn geen identieke gegevens aangetroffen. Een ander bekend nadeel van het gebruik van een gestandaardiseerde, gestructureerde vragenlijst is dat het niet mogelijk is om door te vragen op gegeven antwoorden. Wanneer verder doorgevraagd zou kunnen worden op antwoorden van respondenten, zou nog meer inzicht verkregen worden. Ten derde kan er sprake zijn van sociaal wenselijke antwoorden. Met name

bij vraag 5: 'Houdt u rekening met deze factoren in uw behandelplan?', zou dit het geval kunnen zijn. Doordat de vragenlijst volledig anoniem is afgenomen, is de kans hierop verkleind.

65 eerstelijns fysiotherapeuten hebben de vragenlijst ingevuld. Wanneer meer tijd beschikbaar was geweest, had een grotere groep respondenten aangeschreven kunnen worden. De onderzoeksgroep was dan hoogstwaarschijnlijk groter geweest. Daarnaast was het mogelijk geweest voor de auteur om zich meer te verdiepen in het opstellen en voorbereiden van een survey onderzoek. De vragenlijst had dan uitgebreider getest kunnen worden alvorens deze naar de respondenten werd verstuurd. Het was onder andere beter geweest wanneer vraag 1 gesteld was als meerkeuzevraag waarbij slechts één antwoord gegeven mocht worden. Op die manier had het verschil in het gebruik van klinimetrie binnen de verschillende specialisaties geanalyseerd kunnen worden. De auteur van dit onderzoek heeft slechts beperkte ervaring met survey onderzoek en het analyseren en interpreteren van data. Het is geprobeerd dit te ondervangen door continue feedback van derden.

5. Conclusie en aanbevelingen

5.1 Conclusie

De fysiotherapeuten die de 4DKL gebruiken, geven aan dit te doen om psychosociale problematiek te objectiveren en bespreekbaar te maken. Daarnaast wordt het onderscheid tussen de vier dimensies als zeer nuttig beschouwd. Meer dan de helft van de eerstelijns fysiotherapeuten, namelijk 60%, gebruikt de 4DKL echter nooit. Een groot deel van deze groep geeft als reden hiervoor dat de 4DKL onbekend is bij hen of niet in het gebruikte registratiesysteem is opgenomen. Andere veel genoemde nadelen zijn de lengte van de vragenlijst en de 'te confronterende' vragen. Uit dit survey onderzoek blijkt daarnaast dat ook andere psychosociale meetinstrumenten weinig gebruikt worden.

5.2 Aanbevelingen

Een aanbeveling voor de toekomst is het grootschalig herhalen van het onderzoek van Van der Horst uit 2005. Op die manier kan een recenter en completer beeld worden gecreëerd van de prevalentie van psychosomatiek in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Daarnaast wordt psychosociale problematiek zo weer meer onder de aandacht gebracht. Een andere manier om de invloed van psychosociale problematiek meer onder de aandacht te brengen, is bijvoorbeeld het houden van een symposium op het jaarlijkse fysiocongres. Naast aandacht voor de klinimetrie, moet er aandacht komen voor de actie die fysiotherapeuten moeten ondernemen na het herkennen van specifieke psychosociale problematiek.

6. Literatuurlijst

1. Terluin B. *Wat meet de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten*. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 1998;76:435–41.
2. Van Everdingen J, van den Eerenbeemt A. *Pinkhof Geneeskundig Woordenboek*. 12th ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012.
3. Van der Berg-Mooij A. *Psychische klachten in de fysiotherapiepraktijk*. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 2001;111:23–7.
4. Van der Horst M, Lindeboom R, Lucas C. *De aanwezigheid van psychische problematiek in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk: een clusteranalyse. De prognostische waarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)*. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 2005;115(4):106-11.
5. Van Rhenen W, van Dijk FJH, Schaufeli WB, et al. *Distress or no distress , that's the question : A cutoff point for distress in a working population*. Journal of Occupational Medicine and Toxicology. 2008;3:3.
6. Terluin B, Brouwers EPM, van Marwijk HWJ, et al. *Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. BMC family practice. 2009;10:58.
7. Van Burken P, Swank J. *Gezondheidspsychologie voor de Fysiotherapeut*. Diegem: Bohn Stafleu van Loghum; 2000.
8. Terluin B. *De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie*. Huisarts en wetenschap. 1996;39(12):538–47.
9. Terluin B, Terluin M, Prince K, et al. *De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op*. Huisarts en wetenschap. 2008;51(5):251–55.
10. Terluin B, van Marwijk HWJ, Adèr HJ, et al. *The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization*. BMC psychiatry. 2006;6:34.
11. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. *de Fysiotherapeut* [Internet]. [cited 2013 Oct 1]. Available from: <http://www.defysiotherapeut.com/>

12. Migchelbrink F. *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. 14th ed. Amsterdam: Uitgeverij SWP Amsterdam; 1996. p. 177–91.
13. Joan van Rixtel. *ThesisTools* [Internet]. [cited 2013 Sep 17]. Available from: <http://www.thesistools.com/>
14. Arden CL, Taylor NF, Feller JA, et al. *Psychological Responses Matter in Returning to Preinjury Level of Sport After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Surgery*. The American Journal of Sports Medicine. 2013;41:1549–58.
15. Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek. *Domeinomschrijving* [Internet]. 2005. [Cited 2013 dec 6]. Available from: <http://www.psychosomatische fysiotherapie.nl/pdf/domeinpsychosomatische fysiotherapie.pdf>
16. Vogels EMHM, Hendriks HJM, van Baar ME, et al. *KNGF-richtlijn Beroerte*. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 2004;114(5):Supplement.
17. Swinkels RAHM. *Welke vragenlijst bij welke patiënt?* Stimulus. 2003;(22):156–61.
18. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. *Kennisplein Vakinhoud: Klinimetrie* [Internet]. [cited 2013 dec 6]. Available from: <http://www.fysionet.nl/producten-diensten/kennisplein/vakinhoud/klinimetrie.html>
19. Hafkenscheid A. *Psychotherapeutische diagnostiek: kanttekeningen bij Van der Heijden, Derksen en Egger*. Tijdschrift voor Psychotherapie. 2009;(34):294–303.
20. Terluin B, van Marwijk HWJ, Adèr HJ, et al. *The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. Additional file 3; Respondent burden*. BMC psychiatry. 2006;6:34:supplement.
21. Driessen M. *Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht* [Internet]. 2011. [cited 2013 dec 6]. Available from: <http://www.cbs.nl/nr/rdonlyres/ef66d80a-c019-4ef0-8d13-4a54999c37ee/0/2011geestelijkeongezondheidinnederlandinkaartgebrachtart.pdf>

Bijlage I; De 4DKL

Bijlage II; De vragenlijst

Bijlage III; Informatiebrief respondenten

Bijlage IV; Geheimhoudingsverklaring

Bijlage V; Overzicht antwoorden open vragen

Bijlage VI; Goedkeuring projectplan

VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL)

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee. Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord.

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u de afgelopen week last van:					
1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd? ----	☐	☐	☐	☐	☐
2. pijnlijke spieren? -----	☐	☐	☐	☐	☐
3. flauw vallen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
4. pijn in de nek? -----	☐	☐	☐	☐	☐
5. pijn in de rug? -----	☐	☐	☐	☐	☐
6. overmatige transpiratie? -----	☐	☐	☐	☐	☐
7. hartkloppingen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
8. hoofdpijn? -----	☐	☐	☐	☐	☐
9. een opgeblazen gevoel in de buik? -----	☐	☐	☐	☐	☐
10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien? -----	☐	☐	☐	☐	☐
11. benauwdheid? -----	☐	☐	☐	☐	☐
12. misselijkheid of een maag die 'van streek' is? ---	☐	☐	☐	☐	☐
Hebt u de afgelopen week last van:					
13. pijn in de buik of maagstreek? -----	☐	☐	☐	☐	☐
14. tintelingen in de vingers? -----	☐	☐	☐	☐	☐
15. een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	☐	☐	☐	☐	☐
16. pijn in de borst? -----	☐	☐	☐	☐	☐
17. neerslachtigheid? -----	☐	☐	☐	☐	☐
18. zomaar plotseling schrikken? -----	☐	☐	☐	☐	☐
19. piekeren? -----	☐	☐	☐	☐	☐
20. onrustig slapen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
21. onbestemde angst-gevoelens? -----	☐	☐	☐	☐	☐
22. lusteloosheid? -----	☐	☐	☐	☐	☐
23. beven in gezelschap van andere mensen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
24. angst- of paniek-aanvallen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
Voelt u zich de afgelopen week:					
25. gespannen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
26. snel geïrriteerd? -----	☐	☐	☐	☐	☐
27. angstig? -----	☐	☐	☐	☐	☐

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u de afgelopen week het gevoel:					
28. dat alles zinloos is? -----	☐	☐	☐	☐	☐
29. dat u tot niets meer kunt komen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
30. dat het leven niet de moeite waard is? -----	☐	☐	☐	☐	☐
31. dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
32. dat u 't niet meer aankunt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
33. dat het beter zou zijn als u maar dood was? -----	☐	☐	☐	☐	☐
34. dat u nergens meer plezier in kunt hebben? -----	☐	☐	☐	☐	☐
35. dat er geen uitweg is uit uw situatie? -----	☐	☐	☐	☐	☐
36. dat u er niet meer tegenop kunt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
37. dat u nergens meer zin in hebt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
Hebt u de afgelopen week:					
38. moeite met helder denken? -----	☐	☐	☐	☐	☐
39. moeite om in slaap te komen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
40. angst om alleen het huis uit te gaan? -----	☐	☐	☐	☐	☐
Bent u de afgelopen week:					
41. snel emotioneel? -----	☐	☐	☐	☐	☐
42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? ----- (bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)	☐	☐	☐	☐	☐
43. bang om te reizen in bussen, treinen of trams? ---	☐	☐	☐	☐	☐
44. bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt? ----	☐	☐	☐	☐	☐
46. Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"? -----	☐	☐	☐	☐	☐
47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten? -----	☐	☐	☐	☐	☐
49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen? -----	☐	☐	☐	☐	☐

'nee' = score 0
'soms' = score 1
'regelmatig' of vaker = score 2

'soms' = score 1

'regelmatig' of vaker = score 2

Interpretatie:

matig verhoogd:	> 10	> 2	> 8	> 10
sterk verhoogd:	> 20	> 5	> 12	> 20

Bijlage II; De vragenlijst

Geachte fysiotherapeut,

Zoals vermeld in de e-mail blijkt uit een onderzoek van Van der Horst in 2005 dat ongeveer 30% van de patiënten in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk psychosociale problematiek ondervindt. De vragenlijst die in dat onderzoek werd gebruikt, is de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL). Welke klinimetrie gebruikt u om psychosociale problematiek te objectiveren en vindt u dit nuttig? Ik ben hier erg benieuwd naar en dankzij uw hulp kan ik het antwoord op deze vragen vinden!

1. Hoeveel jaar bent u werkzaam als fysiotherapeut?
2. Wat is uw precieze beroep? *Meerdere antwoorden mogelijk.*
 - ☐ Algemeen fysiotherapeut
 - ☐ Arbeidsfysiotherapeut
 - ☐ Bekkenfysiotherapeut
 - ☐ Geriatriefysiotherapeut
 - ☐ Kinderfysiotherapeut
 - ☐ Manueeltherapeut
 - ☐ Oedeemfysiotherapeut
 - ☐ Oncologie fysiotherapeut
 - ☐ Orofaciaal fysiotherapeut
 - ☐ Psychosomatisch fysiotherapeut
 - ☐ Sportfysiotherapeut
 - ☐ Anders, namelijk
3. In wat voor setting bent u (het vaakst) werkzaam?
 - ☐ Eerstelijns praktijk
 - ☐ Gezondheidscentrum
 - ☐ Anders, namelijk
4. Behandelt u patiënten bij wie psychosociale factoren mogelijk de lichamelijke klachten beïnvloeden?
 - ☐ Nee, nooit (u mag vraag 5 overslaan)
 - ☐ Ja, soms
 - ☐ Ja, regelmatig
 - ☐ Ja, vaak
 - ☐ Ja, altijd
5. Houdt u rekening met deze factoren in uw behandelplan?
 - ☐ Nee, nooit
 - ☐ Ja, soms
 - ☐ Ja, regelmatig
 - ☐ Ja, vaak
 - ☐ Ja, altijd

6. Maakt u gebruik van klinimetrie op het gebied van psychosociale problematiek?
- ☐ Nee, nooit
 - ☐ Ja, soms
 - ☐ Ja, regelmatig
 - ☐ Ja, vaak
 - ☐ Ja, altijd
7. Kent u de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL)?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
8. Gebruikt u de 4DKL voor het opsporen van psychosociale problematiek?
- ☐ Nee, nooit
 - ☐ Ja, soms
 - ☐ Ja, regelmatig
 - ☐ Ja, vaak
 - ☐ Ja, altijd
9. Welke vragenlijsten gebruikt u (verder) op dit gebied? *Meerdere antwoorden mogelijk.*
- ☐ Geen
 - ☐ General Health Questionnaire (GHQ)
 - ☐ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
 - ☐ Maastrichtse vragenlijst (MV)
 - ☐ Selfrating Depression Scale (Zung)
 - ☐ Anders, namelijk
10. Indien u de 4DKL niet gebruikt: wat is uw reden hiervoor? *Meerdere antwoorden mogelijk.*
(U mag hierna vraag 11 en 12 overslaan)
- ☐ Ik ken de 4DKL niet.
 - ☐ De 4DKL staat niet in ons systeem.
 - ☐ Anders, namelijk
11. Indien u de 4DKL gebruikt; wat zijn volgens u hiervan de voordelen?
-
-
-
12. Indien u de 4DKL gebruikt; wat zijn volgens u hiervan de nadelen?
-
-
-

Bedankt voor de moeite, uw tijd en interesse!

Bijlage III; Informatiebrief respondenten

Geachte fysiotherapeut,

Staat u wel eens stil bij de invloed van psychosociale problematiek op de fysiotherapeutische behandeling? Wat heeft het opsporen deze klachten voor voordelen voor u? Uit een onderzoek van Van der Horst in 2005 bleek dat ongeveer 30% van de patiënten in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk psychosociale problematiek ondervindt. De vragenlijst die in dat onderzoek werd gebruikt, is de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL). Welke klinimetrie gebruikt u om psychosociale problematiek te objectiveren en vindt u dit nuttig? Ik ben hier erg benieuwd naar. Daarom heb ik ervoor gekozen om mijn afstudeerscriptie te schrijven over uw gebruik van en mening over het nut van de 4DKL in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk.

Wanneer er meerdere fysiotherapeuten in uw praktijk werkzaam zijn, zou u deze e-mail dan willen doorsturen naar hen? Bij voorbaat dank hiervoor.

De vraag aan u is of u ongeveer tien minuten de tijd wilt nemen om onderstaande vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is te vinden onder de volgende link: <http://www.thesistools.com/web/?id=372923>.

De verkregen informatie wordt anoniem verwerkt en mogelijk anoniem en vertrouwelijk aan derden verstrekt. Hiervoor is een geheimhoudingsverklaring ondertekend (zie bijlage). Mocht u geïnteresseerd zijn in de resultaten van mijn onderzoek, dan kunt u dit kenbaar maken via onderstaand e-mailadres. Ik stuur u dan na afloop, medio februari 2014, de onderzoeksresultaten toe.

Mochten er nog vragen zijn, dan wil ik deze graag beantwoorden.

Bij voorbaat dank voor de genomen moeite en uw interesse.

Met vriendelijke groeten,

Sanne van der Vleuten

Student fysiotherapie

Fontys Paramedische Hogeschool Eindhoven

s.vandervleuten@student.fontys.nl

Bijlage IV; Geheimhoudingsverklaring

Geheimhoudingsverklaring

Naam: Sanne van der Vleuten

Studentnr.: 2206407

Titel:

De 4DKL; enthousiast gebruikt of overgeslagen door de eerstelijns fysiotherapeut?

Inhoud (omschrijving):

De onderzoeksvraag luidt: Wat is de mening van de eerstelijns fysiotherapeut over het nut van de 4DKL? Deze vraagstelling wordt beantwoord door het uitvoeren van een survey onderzoek.

1. Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven verbindt zich door ondertekening van deze verklaring, informatie met betrekking tot de verstrekte gegevens en uit onderzoek verkregen resultaten waarvan in het kader van bovengenoemd project praktijkgericht onderzoek kennis wordt genomen en waarvan bekend is of redelijkerwijs begrepen kan worden dat dit als geheim of vertrouwelijk wordt beschouwd, strikt geheim te houden.
2. Tevens geldt deze geheimhoudingsverplichting voor de werknemers van Fontys Paramedische Hogeschool, evenals voor anderen die op enigerlei wijze uit hoofde van hun functie toegang hebben of kennis nemen van bedoelde informatie.
3. Bovenstaande laat onverlet dat de student het project praktijkgericht onderzoek kan uitvoeren volgens geldende voorschriften en regels.

Student:

Naam: Sanne van der Vleuten


(handtekening) Datum: 29/10/2013

Begeleider:

Naam: Anke Lahaije


(handtekening) Datum: 22/10/2013

Coördinator: voor ontvangst

Naam: Chris Burtin


(handtekening) Datum: 23/10/2013

Bijlage V; Overzicht antwoorden open vragen

Vraag	10.	11.	12.
Legenda	1 = onbekend 2 = niet in systeem 3 = anders namelijk		
R. 1	1		
R. 2		Het invullen van de lijst door de pt., het interpreteren hiervan door de therapeut en het samen bespreken van de lijst geeft kan het behandelplan beïnvloeden: overleg met huisarts, praktijkondersteuner of psycholoog kan volgen.	Geen, als je de lijst tenminste goed gebruikt.
R. 3	3 te lompe vragen	Duidelijke uitkomst.	Te lompe vragen.
R. 5	3 ik heb in het verleden geen toegevoegde waarde ontdekt bij het gebruik van de vragenlijst.		
R. 6			
R. 7		Betrouwbare bron om te onderscheiden angst, depressie, somatisatie, stress, als mogelijke diagnose om rekening mee te houden.	Geen
R. 8	2, 3 veel items, niet patiënten groep waarmee ik werk		
R. 9	1		
R. 10	2		
R. 11		Duidelijkheid in verschillende aspecten van de psyche; distress, angst, enz.	
R. 12	3 niet geschikt voor kinderen		
R. 13	3 niet op het netvlies		
R. 15		Het onderscheiden van de verschillende dimensies, waarop je behandelplan kan worden aangepast en het mogelijk inschakelen van een PSF of psycholoog.	Voor patiënten mogelijk te confronterend; in de ogen van de patiënt komen ze vanwege lichamelijke klachten.
R. 16		Duidelijk waar de psychosomatische kant van de problemen vandaan komt.	g.b.
R. 17			
R. 18		Indeling in diverse gebieden van spanningsklachten, nadere precisering psychosomatische klachten.	Ik ken geen nadelen.

		Voordeel: korte lijst, geen overvraging.	
R. 19		Snel een overzicht van de psychosociale problematiek.	?
R. 20	1		
R. 21		Onderbouwd klinimetrisch instrument waarmee je psychische klachten relatief makkelijk kunt onderscheiden van psychiatrische klachten. Het somatiekstuk is prettig en hij werkt goed om de voortgang van een behandeltraject bij te houden.	Bij milde psychosomatische klachten is de lijst te heftig. De angstvragen gaan met name over fobieën, terwijl veel psychosomatische angstklachten met sociale angst en gegeneraliseerde angst te maken hebben. Te veel vragen om gemakkelijk af te kunnen nemen.
R. 22		Patiënten herkennen vaak op welke items ze verhoogd scoren. Helpt om duidelijk te maken welke invloeden er zijn op het klachtenpatroon.	Patiënten waarvan je verwacht dat ze hoog scoren op bv distress, scoren daar niet op. Dit komt vaak omdat ze geen inzicht hebben in wat ze voelen en hoe ze dingen beleven.
R. 23	1		
R. 24	3 te arbeidsintensief		
R. 25	3 ik benoem het en plaats het voor de patiënt in een duidelijke context met lichamelijk functioneren. Ik behandel het niet. 4DKL is een momentopname van de beleving van de patiënt. Dit moment is door de directe omgeving van de patiënt zeer beïnvloedbaar. Mij lijkt de meting dan ook alleen van waarde op het meetmoment zelf.		
R. 26	1		
R. 27		Meerdere gebieden worden getest. Makkelijk uit te leggen aan cliënten. Meteen een aanknopingspunt om zwaardere problematiek te bespreken.	Vragen zijn soms (te) heftig, mensen kunnen hier van schrikken.
R. 28		Boven water krijgen van psychos. problematiek.	Tijd
R. 29		Meer inzicht!	Het invullen van een vragenlijst vindt niet iedereen fijn. Het kost mij tijd uit te werken en uit te leggen.
R. 30	1		

R. 31			
R. 32	1		
R. 33	1	Te weinig kennis van.	
R. 34	1	?	?
R. 35		Het is een "meting".	Tijd
R. 36			
R. 37	1	n.v.t.	n.v.t.
R. 38	2		
R. 39			
R. 41	1, 2		
R. 42	1		
R. 44		Makkelijk en duidelijk in gebruik	Geen
R. 45		Geeft duidelijk onderscheid op 4 probleem gebieden.	Functioneert i.h.a. goed.
R. 46	1		
R. 47	1		
R. 48	1		
R. 49	3 geen idee		
R. 50		Veel dimensies in 1 vragenlijst.	Te lang.
R. 51	3 te uitgebreide vragenlijst. Met teveel vragen die niet relevant zijn en soms door de patiënt als te persoonlijk beschouwd om met de fysio te bespreken.		
R. 52	2, 3 psycholoog screent bewoners indien nodig.		
R. 53	1		
R. 54	1		
R. 55	1		
R. 56		Objectiveren van gevoelens van de patiënt. Veranderingen in de tijd registreren. Evalueren van de behandeling. Makkelijk in het gebruik. Eenvoudig in te vullen door de patiënt.	Soms moeilijk voor patiënten om aan te geven hoe lang ze al klachten hebben. Sommige vragen zijn behoorlijk heftig en confronterend
R. 57		Depressie en somatisatie komen er duidelijk uit, aan de hand van de scores is de psychosociale factor goed bespreekbaar te maken met de patiënt.	-
R. 58			Te groot
R. 59			
R. 60	3, reeds vele vragenlijsten	Snelle inventarisatie	Veel te indringende vragen over suicide gedachten bij grote groep patiënten waar wel degelijk psycho-sociale factoren meespelen, maar niet

			vanuit depressie. Schokeffect door vragenlijst maakt dat ik regelmatig niet gebruik.
R. 61	1		
R. 62	2		
R. 63	2		
R. 64		Duidelijk afgebakende gebieden qua uitslagen. Goed omvattende vragenlijst i.v.m. verschillende dimensies.	Redelijk uitgebreide vragenlijst.
R. 65		Geeft een bevestiging of het inderdaad ook een psych. som. component bij betrokken is.	Vrij heftig en confronterend voor de patiënt om in te vullen. Waarschuwen vooraf is een pré.
R. 66			
R. 67	1		
R. 68	1	Je maakt het zichtbaar, maar het is een momentopname.	Sommige mensen raken in de stress als ze een vragenlijst moeten invullen en dit beïnvloed de uitslag. Goed doorvragen tijdens een uitgebreide anamnese vind ik zeker zo effectief.
R. 69	1		

Bijlage VI; Goedkeuring projectplan



B4 Beoordelingsformulier projectplan

Naam: Sanne van der Vleuten

Studentnr: 2206407

Begeleider: Anke Lahaije

Interne onafhankelijke beoordelaar: Chris Burtin

Datum: 22 oktober 2013

Titel: De 4DKL; enthousiast gebruikt of overgeslagen door de eerstelijns fysiotherapeut?

Vorm	<i>Feedback</i>
Taalgebruik is professioneel. Weinig tot geen typ-, spel- en taalfouten. Zinsbouw is correct.	ja
Het plan ziet er zorgvuldig uit. De lay-out is helder, en ondersteunend aan de inhoud.	Ja
Literatuurverwijzingen, in lopende tekst en in literatuurlijst, worden gegeven volgens de Schrijfwijzer (Wouters, 2013)	ja
Oordeel	Voldoende / envoldoende

Inleiding	<i>Feedback</i>
De context met daarin de ervaren knelpunten / problemen zijn voldoende helder beschreven (probleembeschrijving).	Ja; goed lopend verhaal
Uit de probleembeschrijving, blijkt de maatschappelijke en paramedische relevantie	Ja; duidt het belang aan van herkenning psychosociale problematiek en consequenties voor fysiotherapeutische behandeling
Uit de probleembeschrijving en probleemanalyse (probleemstelling) volgt een logische en relevante onderzoeksvraag (vraagstelling).	ja
De geformuleerde onderzoeksvraag is helder geformuleerd, voldoende afgebakend en haalbaar.	ja
Oordeel	Voldoende / envoldoende

Methode	<i>Feedback</i>
De relevante elementen van het onderzoeksontwerp worden voldoende beschreven en uitgewerkt. Bij (kwantitatief of kwalitatief) praktijkonderzoek	Ja; data-analyse helder beschreven

onder andere: • Selectieproces van deelnemers • Meetinstrumenten / meetprotocol • Analysemethode Bij systematisch literatuuronderzoek onder andere: • Zoekstrategie (databanken, zoektermen, selectiecriteria) • Analysemethode	
Het onderzoeksontwerp is geschikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden en wordt voldoende overtuigend beargumenteerd.	ja
Bij praktijkonderzoek is tevens de ethische paragraaf inclusief de informatiebrief en het toestemmingsformulier toegevoegd. Ze voldoen aan de hiervoor geldende eisen	ja
Oordeel	<i>Voldoende / onvoldoende</i>

Projectproduct (indien van toepassing)	<i>Feedback (of niet van toepassing, -NVT-)</i>
Het projectproduct sluit aan bij de probleembeschrijving en de onderzoeksvraag (vraagstelling)	Nvt
Het projectproduct is bruikbaar voor de gekozen doelgroep	nvt
Het projectproduct sluit aan bij de wens van de opdrachtgever	nvt
Oordeel	<i>Voldoende / onvoldoende / NVT</i>

Tijdpad	<i>Feedback</i>
Het tijdpad geeft voor het project als geheel een globale fasering en tijdbesteding en voor de eerstkomende weken een gedetailleerdere invulling, inclus de belangrijke contact- en inlevermomenten.	ja
Het tijdpad is gezien de vraagstelling en de gekozen methode en de te verwachten uitkomsten realistisch	ja

Oordeel	<i>Voldoende / onvoldoende</i>
----------------	--------------------------------

Begrote kosten (indien van toepassing)	<i>Feedback (of niet van toepassing, -NVT-)</i>
Er wordt een helder inzicht gegeven in de te verwachten soorten kostenposten en de ureninvestering van derden	ja
Er wordt een helder inzicht gegeven in de verdeling van deze kosten (projectleider, opleiding, opdrachtgever, deelnemers e.d.)	ja
Oordeel	<i>Voldoende / onvoldoende / NVT</i>

Literatuur	<i>Feedback</i>
Gebruikte en nog te gebruiken literatuur is specifiek en in voldoende omvang genoemd	ja
De literatuur is relevant en recent genoeg.	ja
Oordeel	<i>Voldoende / onvoldoende</i>

N.B. elke afzonderlijke rubriek dient als geheel voldoende te zijn. Doch elk afzonderlijk punt kan aanleiding geven tot een onvoldoende beoordeling van de desbetreffende rubriek

Beoordeling:	Voldoende/ Onvoldoende
<i>Toelichting:</i> het project plan voldoet aan de gestelde eisen.	

Naam 2^o beoordelaar (begeleider):

Anke Lahaije

Datum + Handtekening

22-10-2013

A. Lahaije

Naam 1^o beoordelaar

(interne onafhankelijke beoordelaar):

Chris Burtin

Datum + Handtekening

22-10-2013

C. Burtin