

HET METEN VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK IN DE PRAKTIJK

Een Inventarisatie van Meetinstrumenten



Mei 2009

Afstudeerbegeleider: Ton Lenssen

Karola Neuber (2051263)

Britta Hilgers (2054398)

Hogeschool Zuyd
Faculteit Gezondheid & Techniek
Opleiding Fysiotherapie

Inhoud

Samenvatting

1. Inleiding	1
2. Methode.....	3
2.1 Vraagstelling 1	4
2.1.1 Zoekstrategie meetinstrumenten	4
2.1.2 Inclusiecriteria.....	5
2.1.3 Kwaliteitseisen	5
2.2 Vraagstelling 2	6
2.2.1 Invullen Handleidingformulieren	6
2.2.2 Praktijkselectie	7
2.2.3 Benaderen van praktijken.....	7
2.2.4 Opstellen schriftelijke enquête	7
2.2.5 Opsturen van meetinstrumenten + handleidingen en enquête.....	11
2.3 Resultaatverwerking.....	11
2.3.1 Invullen ECMR toelichtingformulieren	11
2.3.2 Publicatie van meetinstrumenten	12
2.3.3 Analyse van ingevulde enquêtes	12
3. Resultaten.....	14
3.1 Vraagstelling 1	14
3.1.1 Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ).....	15
3.1.2 RAND-36 item Health Survey (RAND-36).....	15
3.1.3 Maslach Burnout Inventory (MBI)	15
3.1.4 Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)	16
3.1.5 Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA).....	16
3.1.6 Tampa Schaal voor Kinesiofobie (TSK).....	16
3.2 Vraagstelling 2	16
3.2.1 Vragenlijst met betrekking tot de praktische toepassing van de meetinstrumenten	17
3.2.1.1 Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)	17
3.2.1.2 Tampa Schaal voor Kinesiofobie (TSK).....	17
3.2.1.3 Pain Self Efficacy Questionnaire (PSEQ).....	18
3.2.1.4 Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA).....	18
3.2.1.5 Rand-36 Health Survey (RAND-36).....	18
3.2.1.6 Maslach Burnout Inventory (MBI)	18
3.2.2 Enquête psychosociale meetinstrumenten.....	19
4. Discussie.....	20
Dankwoord.....	22
Literatuur	23
Bijlagen	25
Bijlage 1: Meetinstrumenten	25
Bijlage 2: Handleidingformulieren.....	54
Bijlage 3: E-mail aan praktijken.....	66
Bijlage 4: Instructiebrief.....	67
Bijlage 5: ECMR toelichtingformulieren	68
Bijlage 6: Analyse Deel A van de enquête.....	96
Bijlage 7: Analyse Deel B van de enquête	100

Samenvatting

Het gebruik van meetinstrumenten binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen wordt in het kader van evidence based handelen steeds belangrijker. Bovendien spelen psychosociale factoren, zo genoemde ‘yellow flags’, een grotere rol bij het ontstaan en in stand houden van klachten. Binnen dit project worden meetinstrumenten die psychosociale componenten van klachten beoordelen geïnventariseerd en gedeeltelijk geïmplementeerd in de eerstelijns fysiotherapeutische praktijk. Daarvoor worden volgende twee vragenstellingen opgesteld: “Welke Nederlandstalige meetinstrumenten zijn er ter inventarisatie van ‘yellow flags’ bij volwassen patiënten met klachten mogelijk veroorzaakt door onderliggende psychosociale problematiek?” en “In welke mate hebben Nederlandse fysiotherapeutische praktijken in Zuidoost-Limburg behoefte aan het gebruik van de uit vraagstelling 1 resulterende psychosociale meetinstrumenten en welke drie van deze psychosociale meetinstrumenten zijn voor de ondervraagde fysiotherapeuten het meest interessant?”.

Uit de literatuurstudie resulteren zes kwalitatief goede psychosociale meetinstrumenten: de Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ), de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), de Rand-36 Health Survey (Rand-36), de Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA), de Tampaschaal voor Kinesiofobie (TSK) en de Maslach Burnout Inventory (MBI). Deze worden ter inventarisatie van de behoefte van fysiotherapeuten in Zuidoost-Limburg aan praktijken gestuurd die deze meetinstrumenten gedurende een onderzoeksperiode van vier weken kunnen afnemen en die binnen deze tijd een enquête invullen. Verder geven zij de drie voor hun meest interessante meetinstrumenten aan, en kiezen daarmee een “top 3”.

De “top 3” zijn de PSEQ, 4DKL en de TSK. Deze worden door de ondervraagde fysiotherapeuten als de best toepasbare psychosociale meetinstrumenten binnen de praktijk beschouwd. De drie andere meetinstrumenten zijn volgens de therapeuten of te lang of te onduidelijk.

Voor de PSEQ, de VBBA en de MBI worden ECMR toelichtingformulieren aangemaakt en uiteindelijk via de ECMR database gepubliceerd. Het reeds bestaande toelichtingformulier van de 4DKL wordt geactualiseerd. De formulieren van de TSK en de Rand-36 zijn pas door derden geactualiseerd en gepubliceerd via de ECMR database.

1. Inleiding

In toenemende mate wordt het inventariseren van zogenoemde „Yellow flags“ binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen belangrijker. Yellow flags staan beschreven als psychische en sociale factoren die een grote rol kunnen spelen bij het ontstaan van klachten en het genezingproces ervan.

Het psychosomatisch denken en werken veronderstelt dat het lichaam niet los van de geest (substantieel) kan worden beschouwd, maar dat de mens altijd in samenhang met gedrag en relaties (relationeel) gezien moet worden.¹ Om de mate van invloed van leefwijzen en maatschappelijke omgevingsfactoren op de gezondheid goed te kunnen begrijpen, is het van belang om in onderzoek ook aandacht te besteden aan waarneming en copingprocessen, persoonsgebonden kenmerken en aan de rol van sociale netwerken en sociale steun. Het geloof dat mensen hebben in hun eigen capaciteit en het ervaren van reacties vanuit de sociale omgeving beïnvloedt de keuze voor gedrag. Verder bepaalt het de moeite die zij zich willen getroosten om een bepaald doel te bereiken en hoeveel frustratie zij op weg naar het doel kunnen verwerken.¹

Meer en meer mensen komen de fysiotherapeutische praktijk binnen, bij wie niet alleen somatische klachten op de voorgrond staan, maar psychosociale factoren in sterke mate invloed hebben op het ontstaan en het beloop van de aandoening. In dit geval bereikt men met een symptoomgericht onderzoek en behandeling geen volledig herstel van de klachten. Het opsporen en objectief meten van een mogelijk psychosociale invloed blijkt om meerdere redenen nog moeilijk. Ten eerste zijn binnen de fysiotherapeutische praktijken weinig tot geen meetinstrumenten bekend die hulp bieden bij het objectiveren en kwantificeren van deze yellow flags. Hetzij de meetinstrumenten zijn niet opgenomen in een database of de beschikbaarheid van meetinstrumenten via een database is niet publiek genoeg. Verder stelt zich de vraag of de meetinstrumenten, voor zover deze wel bekend zijn, daadwerkelijk door de fysiotherapeuten gebruikt worden.

Dit komt mede door het oogpunt van de fysiotherapeut op een psychosociaal probleem. De ideeën van de fysiotherapeuten over de beïnvloeding van psychische componenten kunnen erg verschillend zijn. Zo is het mogelijk dat een therapeut het in kaart brengen van deze yellow flags eerder bij de rol van een psycholoog ziet.

Door het feit dat psychosociale klachten steeds meer op de voorgrond komen te staan kwam bij ons, als toekomstige fysiotherapeuten, het idee op voor dit project te kiezen.²

Hoewel er zowel een grote relevantie als ook actualiteit binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen bestaat, is de toegankelijkheid tot psychosociale meetinstrumenten beperkt.

Door het verzamelen van bestaande psychosociale Nederlandstalige meetinstrumenten willen wij een bijdrage leveren aan het aanbieden van deze meetinstrumenten via een veel gebruikte database, het Expertisecentrum Meetinstrumenten voor Revalidatie (ECMR). ECMR is een gemeenschappelijk project van de Kenniskring Autonomie en Participatie van de Hogeschool Zuyd en het iRV, Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap. De ECMR database biedt hulp bij het zoeken van kwalitatief goede meetinstrumenten in de gezondheidszorg en wil daarmee een bijdrage leveren aan het ‘evidence-based’ handelen.³

Om te garanderen dat de door ons gevonden Nederlandstalige meetinstrumenten niet alleen in een database staan, maar uiteindelijk daadwerkelijk binnen de fysiotherapeutische praktijk gebruikt worden is het zinvol praktijken bij dit project actief te betrekken, om er achter te

komen in welke mate behoefte aan psychosociale meetinstrumenten bestaat. Daarom is het opzoeken en aanbieden van meetinstrumenten, om psychosociale klachten te kunnen meten, niet toereikend. Het vraagt ook een stuk implementatie. Implementatie wordt gedefinieerd als een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde, die een structurele plaats zullen krijgen in het beroepsmatig handelen binnen het functioneren van een organisatie of in de gezondheidszorg.⁴

Binnen het kader van dit project wordt de eerste fase van implementatie toegepast en vindt geen volledig implementatieproces plaats. De eerste fase bevat de analyse van het probleem.⁵ Dit omvat het beantwoorden van de vraag, welke door ons gevonden meetinstrumenten daadwerkelijk interessant en bruikbaar zijn voor de eerstelijns fysiotherapeutische praktijken. Doordat wij de behoefte van de praktijken inventariseren, komen wij uiteindelijk tot een praktijkgerichte selectie van meetinstrumenten, die in ECMR opgenomen worden.

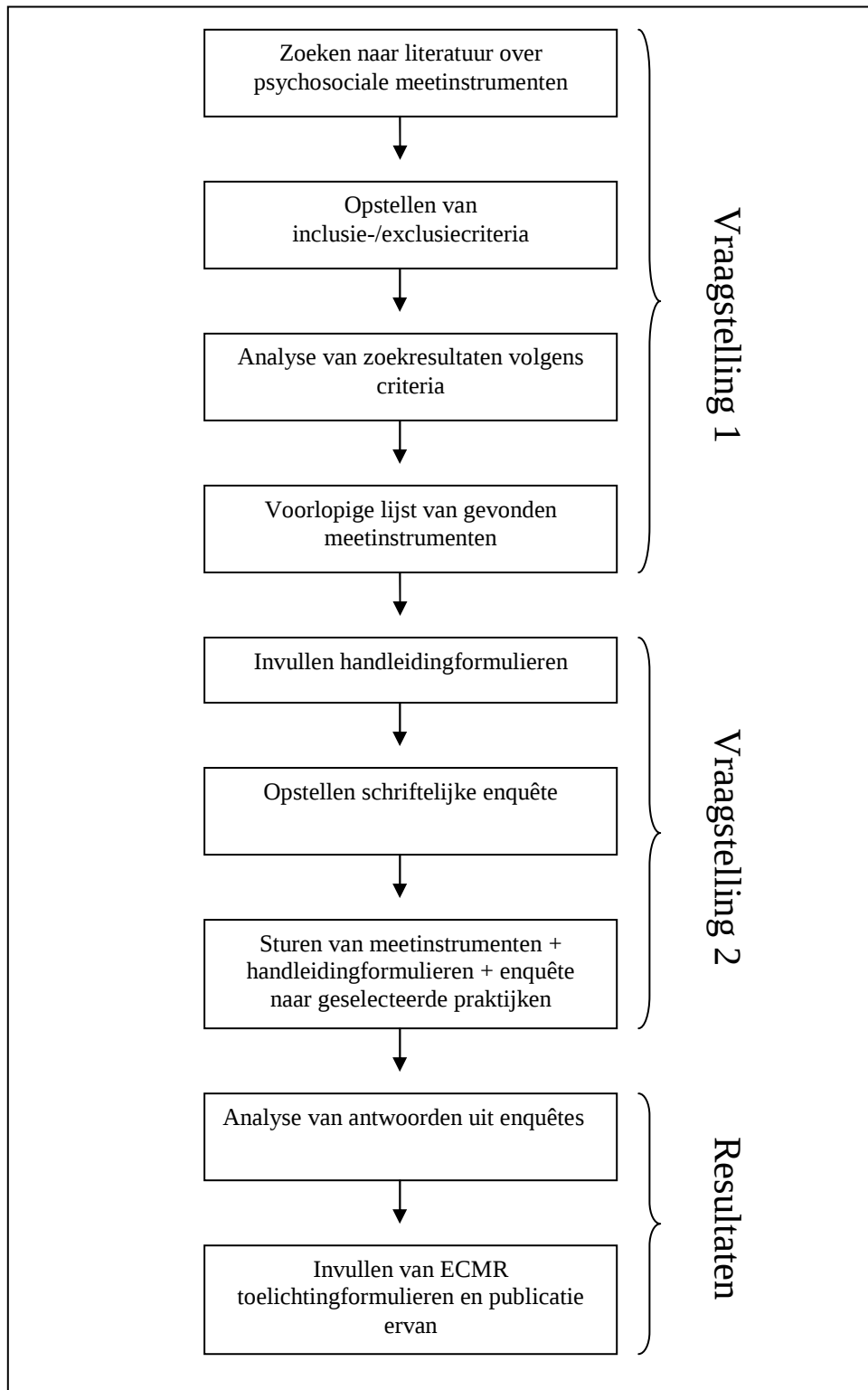
Vanuit de genoemde problemen resulteren volgende twee vraagstellingen:

- 1. Welke Nederlandstalige meetinstrumenten zijn er ter inventarisatie van ´yellow flags´ bij volwassen patiënten met klachten mogelijk veroorzaakt door onderliggende psychosociale problematiek?**
- 2. In welke mate hebben Nederlandse fysiotherapeutische praktijken in Zuidoost-Limburg behoefte aan het gebruik van de uit vraagstelling 1 resulterende psychosociale meetinstrumenten en welke drie van deze psychosociale meetinstrumenten zijn voor de ondervraagde fysiotherapeuten het meest interessant?**

Deze scriptie is als volgt opgebouwd: Ten eerste wordt in het hoofdstuk methode het doorlopen proces ter beantwoording van de vraagstellingen beschreven. In het derde hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten vermeldt. Vervolgens komen in de discussie sterke en zwakke punten van het project ter sprake en wordt een antwoord op de vraagstellingen gegeven in de vorm van een conclusie.

2. Methode

Het volgende hoofdstuk beschrijft de stappen die doorlopen worden om de in de inleiding genoemde vraagstellingen te beantwoorden. De methode wordt in drie stukken ingedeeld omdat er onderscheid gemaakt wordt tussen vraagstelling 1, vraagstelling 2 en de resultaatverwerking. Figuur 1 geeft een schematisch overzicht van de projectopbouw.



Figuur 1: Stroomschema ter verduidelijking van de projectopbouw

2.1 Vraagstelling 1

De eerste vraagstelling luidt: “Welke Nederlandstalige meetinstrumenten zijn er, ter inventarisatie van ‘yellow flags’ bij volwassene patiënten met klachten mogelijk veroorzaakt door onderliggende psychosociale problematiek?”. Het volgende stuk beschrijft de zoekstrategie om een antwoord op deze vraagstelling te kunnen geven.

2.1.1 Zoekstrategie meetinstrumenten

Er wordt op verschillende manieren naar literatuur gezocht: Ten eerste via de bibliotheek van de Hogeschool Zuyd, ten tweede via experts en ten slotte via internet, waaronder de ECMR database.

Eerste zoektocht

Eerst wordt in de literatuur naar bestaande meetinstrumenten gezocht die psychosociale factoren in kaart brengen. Daarvoor raadplegen wij boeken via de bibliotheek van de Hogeschool Zuyd te Heerlen en via het internet. Benaderde zoekmachines zijn pubmed, google en vakbibliotheek. Gebruikte zoektermen hierbij zijn:

- Psychosociaal (psychosocial)
- Psychosomatiek (psychosomatic)
- Meetinstrumenten (measures)
- Psychosociale klachten (psychosocial problems)
- Yellow flags
- Screening
- Inventarisatie
- Chronische pijn (chronical pain)
- Stress
- Werk (work)
- Persoonsgebonden factoren (personal criteria)
- Combinaties van

Bovendien nemen wij contact op met twee specialisten voor psychosociale klachten: Hub van Loo en Mario Geilen. Hub van Loo is een fysiotherapeut die gespecialiseerd is op psychosomatiek en dagelijks te maken heeft met psychosociale klachten. Hij kan ons informatie geven over meetinstrumenten die door hem gebruikt worden en bronnen noemen die hij zelf vaker raadpleegt. Mario Geilen is als fysiotherapeut werkzaam in het revalidatiecentrum Hoensbroek op de pijnafdeling. Hij onderzoekt en behandelt chronische pijnpatiënten en gebruikt hierbij meetinstrumenten die psychosociale invloeden meten.

Zoektocht via ECMR database

Na de eerste zoektocht gaan wij via de ECMR database³ op zoek naar meetinstrumenten die al in de database zijn opgenomen. Daarbij wordt de zoekoptie “zoek naar trefwoorden” geraadpleegd. Gebruikte trefwoorden zijn onder het kopje “lichaamsregio”: “overige, ongespecificeerd”, onder het kopje “aandoeningen”: “psychische stoornissen en gedragsstoornissen” en onder het kopje “functioneren”: “persoonlijke factoren”. Bovendien wordt de zoekoptie “zoeken op naam/auteur” gebruikt om te controleren of in de database meetinstrumenten bestaan die binnen de eerste zoektocht gevonden zijn. Deze

worden eveneens binnen het kader van dit project meegenomen om de praktijken ook met deze kwalitatief goede meetinstrumenten bekend te maken. Zo kunnen de in de ECMR database bestaande toelichtingformulieren in de fase van publicatie eventueel geactualiseerd worden.

2.1.2 Inclusiecriteria

Om de vraagstelling concreet te kunnen beantwoorden wordt het aantal meetinstrumenten aan de hand van inclusiecriteria (tabel 1) beperkt.

Tabel 1: Inclusiecriteria

1	Metten van psychosociale componenten
2	Nederlandstalige versie
3	Bedoelt voor volwassene
4	Vrije beschikbaarheid

Het eerste algemene inclusiecriteria voor psychosociale meetinstrumenten is het meten van psychosociale componenten. Het meten van psychosociale factoren moet tenminste een onderdeel vormen van de gehele vragenlijst. Bovendien moeten de meetinstrumenten Nederlandstalig zijn of er moet een Nederlandse versie bestaan. Dit maakt het gebruik van deze meetinstrumenten binnen de Nederlandse praktijken makkelijker en betrouwbaarder omdat zo mogelijke vertaalfouten vermeden kunnen worden. Verder willen wij ons beperken tot het meten van psychosociale invloeden bij volwassenen omdat de psychosociale factoren verschillen met die van kinderen. De meetinstrumenten moeten vrij beschikbaar zijn om deze later in fase twee van het project te kunnen publiceren via de ECMR database.³

2.1.3 Kwaliteitseisen

De meetinstrumenten worden op de voor de ECMR database belangrijke kwaliteitseisen getest. Hieronder vallen bijvoorbeeld de betrouwbaarheid en de validiteit.³ Betrouwbaarheid kan ingedeeld worden in interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid beschrijft de mate van overeenkomst van resultaten bij een test-hertest methode uitgevoerd door verschillende personen. De mate van overeenkomst van een meting bij een test-hertest afgenomen door een beoordelaar noemt men de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid.⁶

Bij de validiteit maakt men verschil tussen inhoudsvaliditeit, criteriumvaliditeit en constructvaliditeit. De inhoudsvaliditeit onderzoekt of het meetinstrument meet wat het beoogt te meten. Criteriumvaliditeit geeft de overeenkomst van een meetinstrument met de “gouden standaard” (een meetinstrument dat wetenschappelijk onderbouwd aan alle kwaliteitscriteria voldoet) weer. Als er een gouden standaard ontbreekt wordt de constructvaliditeit toegepast. Daarbij wordt beoordeeld of het meetinstrument overeenkomt met de achterliggende theorie en wordt het meetinstrument vergeleken met een gelijkaardig meetinstrument.⁶

Om de kwaliteitseisen per meetinstrument te kunnen bepalen, wordt via databanken zoals Google Scholar, Science Direct, PubMed, Pedro en ECMR gezocht. Zoektermen hierbij zijn:

- Meetinstrument (measurement instruments)
- Vragenlijst
- Validiteit (validity)

- Betrouwbaarheid (reliability)
- Namen van de meetinstrumenten
- Namen van de auteurs van de meetinstrumenten (author)

2.2 Vraagstelling 2

De tweede vraagstelling luidt: “In welke mate hebben Nederlandse fysiotherapeutische praktijken in Zuidoost-Limburg behoefte aan het gebruik van de uit vraagstelling 1 resulterende psychosociale meetinstrumenten en welke drie van deze psychosociale meetinstrumenten zijn voor de ondervraagde fysiotherapeuten het meest interessant?”. Deze vraagstelling heeft betrekking op de eerste fase van implementatie. De eerste fase van implementatie houdt in dit geval de vraag naar behoefte van fysiotherapeutische praktijken aan de uit vraagstelling 1 resulterende meetinstrumenten in. Daarvoor willen wij Nederlandse praktijken benaderen die de gevonden meetinstrumenten kunnen testen en uit alle meetinstrumenten hun favorieten kunnen kiezen. Het aantal van de te kiezen favorieten is afhankelijk van het aantal gevonden en voor het onderzoek geschikte meetinstrumenten. De benadering van de praktijken geschiedt door middel van een enquête. Om het doorlezen van informatie over de meetinstrumenten en het werken ermee voor de praktijken makkelijker en overzichtelijker te maken sturen wij hun zelf opgestelde handleidingen van de meetinstrumenten op (zie hoofdstuk handleidingen). Door analyse (zie hoofdstuk resultaatverwerking) van alle reacties komen wij tot de favoriete meetinstrumenten die uiteindelijk in de ECMR database gepubliceerd worden. Voor het geval dat een meetinstrument of het erbij horende toelichtingformulier reeds in de database bestaat, worden de bestanden geactualiseerd. Het volgende stuk beschrijft de te ondernemen stappen om een antwoord op deze vraagstelling te kunnen geven.

2.2.1 Invullen Handleidingformulieren

Het handleidingformulier geeft een korte overzichtelijke beschrijving van het meetinstrument. Tabel 2 houdt de verschillende kopjes van het handleidingformulier in.

Tabel 2: Onderdelen van het handleidingformulier

	Kopje
1	Naam (afkorting)
2	Auteur (publicatiedatum)
3	Doel(groep)
4	Opbouw
5	Afnameduur
6	Benodigdheden
7	Randvoorwaarden
8	Uitvoering/instructie
9	Scoring
10	Interpretatie
11	Literatuur

Eerst wordt naam, afkorting en de auteur van het meetinstrument vermeld. Het kopje “doel(groep)” bevat informatie over het doel van het meetinstrument en de groep patiënten bij welke het toegepast kan worden. Vervolgens wordt kort de opbouw en de omvang

beschreven. Onder het kopje “afnameduur” wordt de tijd genoemd die nodig is om het meetinstrument bij een patiënt af te nemen. Verder worden benodigdheden en randvoorwaarden beschreven. De uitvoering en eventueel bijhorende instructies worden onder kopje acht vermeld. De wijze van scoring per item en de interpretatie daarvan staat omschreven in kopje negen en tien. Tenslotte wordt de literatuur vermeld die gebruikt is ter inventarisatie van deze informatie.

De ingevulde handleidingformulieren zijn in bijlage 2 terug te vinden.

2.2.2 Praktijkselectie

Voor dit project worden 25 particuliere fysiotherapie praktijken geselecteerd. Deze moeten in Nederland gevestigd zijn en niet gespecialiseerd zijn in psychosociale problematiek. Bovendien wordt gekozen voor een gebied 20 kilometer rondom Heerlen omdat het project alleen de eerste fase van implementatie bevat en kleinschalig gehouden wordt. Voor het selecteren van de praktijken wordt gebruik gemaakt van de stageadressen voor fysiotherapie van de Hogeschool Zuyd te Heerlen en worden docenten benaderd die werkzaam zijn in dergelijke fysiotherapie praktijken.

2.2.3 Benaderen van praktijken

Het benaderen van de 25 geselecteerde praktijken geschiedt via de mail. Er wordt een brief opgesteld waarin wij ons als studenten fysiotherapie van de Hogeschool Zuyd te Heerlen voorstellen en de grove projectopbouw beschrijven (zie bijlage 3). Verder vragen wij naar hun hulp en ondersteuning voor het beantwoorden van de vraagstellingen. Als zij niet willen deelnemen aan het onderzoek kunnen zij via mail afzeggen. In het geval van minder dan zes beschikbare praktijken wordt geprobeerd andere fysiotherapeuten te benaderen zodat er tenminste zes praktijken aan het onderzoek deelnemen. Bovendien worden zij geïnformeerd over een verdere contactopname waarbij zij de meetinstrumenten, hun handleidingen en de enquête ontvangen. Na ontvangst van de enquête hebben de praktijken vier weken de tijd om deze in te vullen en terug te sturen.

2.2.4 Opstellen schriftelijke enquête

De enquête wordt opgesteld ter inventarisatie van het interesse van fysiotherapeuten in de binnen dit project gevonden psychosociale meetinstrumenten. Met de enquête wordt nogmaals een introductiebrief gestuurd waarin het project en het doel beschreven worden. Verder wordt een instructie gegeven voor het invullen van de enquête en wordt de uiterlijke datum voor respons vermeld. De responstijd bedraagt vier weken. De enquête zelf bestaat uit twee onderdelen. Deel A bestaat uit een aantal vragen omtrent de subjectieve beoordeling op de toepasbaarheid van de meetinstrumenten door de fysiotherapeut. Dit gedeelte wordt per meetinstrument ingevuld. Indien een meetinstrument niet kan worden toegepast, wordt aan de fysiotherapeut over gelaten of hij deel A voor dit meetinstrument desondanks wil invullen. Deel B bevat algemene vragen over het gebruik van meetinstrumenten door de ondervraagde en een tabel waar de drie voor hem meest geschikte meetinstrumenten aangekruist kunnen worden. Bovendien wordt in deze tabel duidelijk welke meetinstrumenten men binnen de onderzoekstijd van vier weken kon afnemen. Op het einde van de enquête bestaat de mogelijkheid om opmerkingen te plaatsen. Verder kan aangegeven worden of er interesse in de resultaten van dit project bestaat. In figuur 2 wordt de volledige enquête weergegeven.

Toelichtingformulier “Enquête psychosociale meetinstrumenten”

In toenemende mate wordt binnen de fysiotherapie aandacht besteed aan psychosociale factoren, die een grote rol kunnen spelen bij het ontstaan van klachten en het genezingproces ervan. Het opsporen van deze factoren blijkt helaas nog moeilijk. Hierbij kunnen meetinstrumenten die psychosociale klachten inventariseren hulp bieden. Om het gebruik van deze meetinstrumenten te bevorderen, is het van belang om te weten waar u hierin staat in uw fysiotherapeutisch methodisch handelen en in hoeverre u bekend bent met dergelijke meetinstrumenten.

Deze enquête heeft als doel na te gaan waar u in het algemeen staat in het gebruik van meetinstrumenten. Bovendien hebben wij zes psychosociale meetinstrumenten aan de hand van inclusiecriteria zoals doel, kwaliteit etc... geselecteerd. Deze meetinstrumenten kunt u gedurende vier weken na mogelijkheid afnemen en in een eerste vragenlijst uw mening over het gebruik van deze meetinstrumenten uiten. Verder kunt u na de vier weken een vragenlijst invullen waarin u uw algemeen aanzicht over het gebruik van meetinstrumenten kunt aangeven en de drie voor uw fysiotherapeutisch handelen meest geschikte meetinstrumenten kunt kiezen. De zes meetinstrumenten worden in het kader van dit project uiteindelijk gepubliceerd via de ECMR database (www.ecmr.nl).

De enquête bestaat uit twee onderdelen.

Deel A heeft betrekking tot de afname van een bepaald meetinstrument en wordt per toegepast meetinstrument ingevuld. Voor het geval dat u een meetinstrument meer dan een keer hebt afgenomen, is het niet noodzakelijk de vragenlijst per keer in te vullen, maar kunt u de gemiddelde indruk aangeven.

Deel B vult u na de vier weken in. Beantwoord hier de algemene vragen over het gebruik van meetinstrumenten en kruis dan in onderstaande lijst drie meetinstrumenten aan die voor u het meest interessant zijn. Verder geeft u aan welk meetinstrument u gedurende de vier weken getest hebt.

Aan het einde van de enquête is er ruimte voor opmerkingen.

Deel A: Vragenlijst met betrekking tot de praktische toepassing van het meetinstrument:

1. Naam van het afgenomen meetinstrument:

2. Hoe vaak hebt u dit meetinstrument toegepast?

3. Met welk doel hebt u het meetinstrument toegepast (inventariserend, evaluatief,...)?

4. Vindt u het gebruik van dit meetinstrument zinvol?

5. Voor welk klachtenbeeld vindt u het meetinstrument nuttig?

6. Bij welk type patiënten vindt u dit meetinstrument niet bruikbaar? Waarom niet?

7. Wat vindt u van de benodigde tijd voor het afnemen van dit meetinstrument?

8. Welke invloed heeft het gebruik van dit meetinstrument op uw verder methodisch handelen?

9. Hoe ervaart de patiënt het afnemen van dit meetinstrument?

10. Zou u in de toekomst het meetinstrument vaker willen afnemen?

Zo ja, waarom:_____

Zo nee, waarom niet:_____

Deel B: Enquête psychosociale meetinstrumenten

1. Hoe is uw algemeen interesse in het gebruik van meetinstrumenten?

2. Weet u waar u meetinstrumenten kunt vinden? Zo ja, welke bronnen raadpleegt u?

3. Vindt u dat het gebruik van meetinstrumenten bijdraagt aan de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening?

4. Maakt u gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk? Zo ja, welke meetinstrumenten gebruikt u?

Meetinstrument	Hebt u het meetinstrument kunnen afnemen?	
	Ja	Nee
☐ Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de arbeid (VBBA)	☐	☐
☐ Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)	☐	☐
☐ Rand-36	☐	☐
☐ MBI-Burnout	☐	☐
☐ Tampa Schaal voor Kinesiofobie (TSK)	☐	☐
☐ Pain S-E Questionnaire (PSEQ)	☐	☐
☐ Ik ben geïnteresseerd in de resultaten van dit onderzoek.		

Opmerkingen:

Figuur 2: De enquête

2.2.5 Opsturen van meetinstrumenten + handleidingen en enquête

Het opsturen van de meetinstrumenten, hun handleiding en de enquête gebeurt per post. Daarbij wordt een instructiebrief toegevoegd, die onder bijlage 4 terug te vinden is. Hierbij worden de praktijken benaderd die een bevestiging van hun deelname hebben gestuurd. De praktijken hebben vier weken de tijd om de enquête te beantwoorden en aan ons terug te sturen.

2.3 Resultaatverwerking

Gedurende deze fase worden de resultaten van de enquête geanalyseerd en de ECMR toelichtingformulieren voor alle gevonden meetinstrumenten ingevuld of geactualiseerd en daarna gepubliceerd. Het volgende stuk omschrijft de hiervoor te ondernemen stappen.

2.3.1 Invullen ECMR toelichtingformulieren

Via de ECMR database kan men zowel het meetinstrument als ook een toelichtingformulier ervoor vinden. Het formulier ‘Uitgebreide toelichting van het meetinstrument’ is opgesteld door de Hogeschool Zuyd en de ontwikkelaars van de ECMR database. De verzamelde informatie over elk meetinstrument is hierin opgenomen en later oproepbaar.

De kwaliteit van een meetinstrument is afhankelijk van verschillende eigenschappen. Om deze eigenschappen op een overzichtelijke manier te kunnen presenteren is het formulier ‘Uitgebreide toelichting van het meetinstrument’ ontwikkeld. Dit toelichtingformulier wordt volgens de ECMR standaard ingevuld.

Tabel 3 geeft de onderdelen van het toelichtingformulier weer.

Tabel 3: Onderdelen van het toelichtingformulier

	Kenmerken
1	Algemene gegevens
2	Doel
3	Soort/Vorm
4	Verkrijgbaarheid
5	Methodologische kwaliteit
6	Hanteerbaarheid
7	Normgegevens
8	Overige gegevens
9	Literatuurlijst

Het toelichtingformulier begint met het benoemen van de algemene gegevens over het meetinstrument. Tot deze algemene gegevens horen de ‘lichaamsregio’, de ‘aandoening’ gebaseerd op de ICD (International Statistical Classification of Diseases) en het domein ‘menselijk functioneren’ volgens de ICF (International Classification of Function). Voor het invullen hiervan kan men uit een bestaande lijst met trefwoorden kiezen. Verder vindt men onder het kopje ‘algemene gegevens’ een korte omschrijving van het instrument, de doelgroep en de auteurs van zowel de oorspronkelijke als ook de Nederlandse versie. Het volgende onderdeel ‘Doel van het meetinstrument’ geeft aan of het een diagnostisch, prognostisch, inventariserend, etiologisch, evaluatief meetinstrument, of een combinatie van doelen betreft. Verder wordt onder het kopje ‘Soort/ Vorm van het meetinstrument’ verduidelijkt om welke

soort van meetinstrument het gaat, hoe het opgebouwd is en welke instructies bij het afnemen van het meetinstrument horen. Binnen de ‘Verkrijgbaarheid’ wordt aangegeven waar en hoe belangstellende het meetinstrument terug kunnen vinden. Onder de ‘methodologische kwaliteit’ vallen de klinimetrische gegevens over de methodologische kwaliteit van het meetinstrument. Het volgende onderdeel ‘hanteerbaarheid’ bevat informatie over de bestaande taalversies, de benodigdheden, de randvoorwaarden, de benodigde tijd en de gebruikershandleiding. Uiteindelijk worden de ‘normgegevens’ van het meetinstrument omschreven. Hieronder valt onder andere het aangeven van mogelijke klinische verandering bij herhaald uitvoeren van de meting. Tenslotte is er op het toelichtingformulier plaats voor het vermelden van overige gegevens en de literatuurverwijzingen.³

2.3.2 Publicatie van meetinstrumenten

De uit vraagstelling 1 resulterende meetinstrumenten en hun toelichtingformulieren worden uiteindelijk gepubliceerd via de ECMR database.³ Indien een van de meetinstrumenten en/of het erbij horende toelichtingformulier reeds in de database bestaat, worden de bestanden geactualiseerd.

2.3.3 Analyse van ingevulde enquêtes

Ter inventarisatie van de resultaten uit de enquête wordt verschil gemaakt tussen de twee onderdelen.

Deel A:

De data-analyse van dit kwalitatief onderzoek geschiedt aan de hand van een analytisch kader.^{7,8} Het analytisch kader is een cyclisch proces met deelfases van reflectie, waarneming en analyse.⁷

De antwoorden uit de enquêtes worden van codes voorzien en met behulp daarvan geordend. Bovendien dienen deze codes ertoe een link te leggen tussen de gegevens en het analytisch kader. De codes geven op een beknopte wijze aan waarover het desbetreffende stuk tekst volgens de onderzoekende gaat.^{8,9}

Binnen het analytisch kader wordt onderscheidt gemaakt tussen verschillende coderingen. In dit geval wordt gebruik gemaakt van een open coding. Een open coding beschrijft de inhoud van het onderzoeksmateriaal en wordt onderverdeeld in themacodes en variatiecodes.⁸

Themacodes geven het thema van het betreffende stuk tekst aan, in dit geval de verschillende onderwerpen van de vragen uit de enquête. De variatiecodes beschrijven de inhoud van het thema, binnen dit onderzoek zijn dit de leuzen uit de antwoorden van de enquêtes.⁸

De volgende stap van het analytisch kader is het hercoderen van de geselecteerde tekst. Hercoderen is een verdere selectie van deze tekst om een samenvatting en analyse van het materiaal door te voeren. Hierbij blijven alleen de belangrijkste en cruciale resultaten staan en wordt het omvangrijke en ongestructureerde materiaal ingekort. Daardoor krijgt de onderzoeker een beter overzicht om het materiaal te kunnen verwerken. Op basis van deze ordening en herordening worden uitspraken gedaan in termen van het analytisch kader en worden de variaties van antwoorden, gegeven door de ondervraagde fysiotherapeuten, benoemd.⁸

Deel B:

Ter inventarisatie van de resultaten uit “Deel B” van de enquête wordt ten eerste gebruik gemaakt van een tabel (tabel 4). Daarbij worden de meetinstrumenten genoemd samen met het aantal gekregen stemmen en wordt vermeldt hoe vaak ieder meetinstrument door de fysiotherapeuten gebruikt is. Het kiezen van een “top3” heeft geen verdere invloed op de publicatie van de meetinstrumenten, maar geeft een overzicht van de meningen over toepasbaarheid van deze meetinstrumenten. Aan de hand van deze tabel wordt een uitspraak gedaan over uit de enquête resulterende getallen.

Het vragengedeelte uit “Deel B” wordt met behulp van dezelfde coderingprincipes geanalyseerd als in “Deel A” omschreven.

Tabel 4: Analyse van “Deel B” van de enquête

Meetinstrument	Aantal gekregen stemmen	Gebruikt in de praktijk	Niet gebruikt in de praktijk
1			
2			
3			
...			

3. Resultaten

Het volgende hoofdstuk beschrijft de resultaten. Hierbij wordt onderscheidt gemaakt tussen de resultaten uit vraagstelling 1 en vraagstelling 2.

3.1 Vraagstelling 1

Na een eerste zoektocht zijn 34 meetinstrumenten gevonden die psychosociale factoren in kaart brengen. Gezien de inclusiecriteria van dit onderzoek, zoals in de methode aangegeven, blijven daarvan 18 meetinstrumenten over. Van sommige meetinstrumenten is of alleen een Engelstalige versie beschikbaar of ze zijn bestemd voor het meten van psychosociale problematiek bij kinderen. De eerste selectie van 18 meetinstrumenten is opgenomen in tabel 5.

Tabel 5: Overzicht eerste zoekresultaten psychosociale meetinstrumenten rekening houdend met de inclusiecriteria

1	NOVA-WEBA
2	Checklisten arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden, arbeidsverhoudingen
3	Vragenlijst Periodiek Bedrijfsgezondheidskundig Onderzoek (PBGO)
4	Vragenlijst Arbeid en Gezondheid (VAG)
5	Basisvragenlijst Amsterdam (BASAM)
6	Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)
7	Arbeids Situatie Analyse (ASA)
8	Tachtig Klachtenvragenlijst (TKL)
9	Tampa Schaal voor Kinesiofobie (TSK)
10	Vragenlijst voor Ervaren Psychosociale Problematiek (VEPP)
11	Werkstress Screeningsinstrument (WSSI)
12	Groningse Sociale Beperking Schaal (GSB-II)
13	BIOgrafische PRObleem-inventarisatielijst (BIO-PRO)
14	RAND-36 item Health Survey (RAND-36)
15	Delftse Vragenlijst (DF)
16	Maslach Burnout Inventory (MBI)
17	Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)
18	Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

Rekening houdend met de kwaliteitseisen (zie 2.1.3) en de beschikbaarheid van de meetinstrumenten komt men tot een lijst van zes meetinstrumenten (zie tabel 6). De NOVA-WEBA, de Checklisten, de PBGO, de VAG, de BASAM, de ASA, de TKL, de VEPP, de WSSI, de GSB-II, de BIO-PRO en de DF zijn niet vrij beschikbaar. De andere zes meetinstrumenten vormen de basis voor de volgende stappen binnen dit onderzoek.

Tabel 6: De zes geselecteerde meetinstrumenten

1	Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)
2	RAND-36 item Health Survey (RAND-36)
3	Maslach Burnout Inventory (MBI)
4	Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)
5	Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)
6	Tampa Schaal voor Kinesiofobie (TSK)

Het volgende stuk geeft een korte beschrijving van de zes geselecteerde meetinstrumenten die binnen dit onderzoek in de ECMR database opgenomen worden. Alle meetinstrumenten zijn terug te vinden in bijlage 1. Voor de PSEQ, de VBBA en de MBI zijn nieuwe ECMR toelichtingformulieren aangemaakt worden. De ECMR toelichtingformulieren van de 4DKL, TSK en Rand-36 zijn reeds opgenomen in de ECMR database. Het bestaande ECMR toelichtingformulier van de 4DKL is geactualiseerd aan hand van recentere artikelen. Voor de Rand-36 hebben wij geen nieuwe artikelen gevonden. Bovendien is op dit moment een specialist door ECMR benaderd om dit formulier te actualiseren. In maart 2009 is het toelichtingformulier van de TSK aangepast door E. Swinkels-Meewisse. Om deze reden was een aanvulling op de actualisatie door ons niet mogelijk. Ter inzage in de ingevulde ECMR toelichtingformulieren wordt verwezen naar bijlage 5.

3.1.1 Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)

De Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ), ontwikkeld door M.K. Nicholas (1989), is een vragenlijst die de verwachting van de eigeneffectiviteit ten aanzien van de pijn die de patiënt op dit moment ervaart meet.^{10,11}

Deze vragenlijst is geschikt voor patiënten met een chronische aandoening en/of chronische pijnpatiënten en kan zowel diagnostisch als ook evaluatief en/of inventariserend gebruikt worden. De PSEQ bestaat uit tien vragen waarin de patiënt op een zevenpuntschaal aangeeft hoeveel vertrouwen hij op dit moment heeft de gevraagde activiteiten ondanks de pijn uit te kunnen voeren. Voor het invullen van deze vragenlijst heeft men ongeveer tien minuten nodig. Een hogere score duidt op een hogere eigeneffectiviteit verwachting ten aanzien van pijn.^{10,11}

3.1.2 RAND-36 item Health Survey (RAND-36)

De RAND-36 item Health Survey (RAND-36), ontwikkeld door K.I. van der Zee en R. Sanderman (1992), is een verkorte versie van de RAND Health Insurance Study Questionnaire en meet de invloed van verschillende vormen van ziektekostenverzekering op de gezondheidstoestand. De vragenlijst kan zowel evaluatief als ook inventariserend gebruikt worden, waarbij de doelgroep niet gespecificeerd is. De RAND-36 is vrijwel identiek aan de SF-36® die internationaal tot de meest gebruikte vragenlijsten voor het meten van functionele beperkingen hoort. In totaal bestaat de RAND-36 uit 36 items met negen subcategorieën. Het duurt ongeveer vijf minuten om de vragen te beantwoorden. Een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand van de patiënt.¹²

3.1.3 Maslach Burnout Inventory (MBI)

De Maslach Burnout Inventory (MBI), ontwikkeld door C. Maslach en S.E. Jackson (1981/1996), is een vragenlijst die de mate van emotionele uitputting naar aanleiding van menselijke interactie, de depersonalisatie/cynisme en het verminderd vertrouwen in persoonlijke competentie bij volwassene werknemers meet.¹³ De MBI test de ondervraagde op het burnout-syndroom en kan zowel prognostisch als ook inventariserend en/of evaluatief gebruikt worden.¹⁴ Opgebouwd is de MBI uit 20 items bestaande uit drie subcategorieën.^{14,15,16}

Het invullen van de vragenlijst vraagt ongeveer tien minuten.

De patiënt geeft op een zevenpuntschaal aan hoe vaak hij de gevraagde klachten of verschijnselen de afgelopen week heeft gehad. Hoe hoger de totaalscore, hoe groter de kans op burnout-syndroom.¹⁶

3.1.4 Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), ontwikkeld door B. Terluin (1994), is een vragenlijst bestaande uit 50 items gericht op psychosociale klachten. De lijst maakt onderscheidt tussen specifieke distress-klachten, depressie, angst en somatisatie. Doelgroep zijn hierbij patiënten met psychische symptomatologie. Het meetinstrument kan diagnostisch, inventariserend, evaluatief en/of prognostisch gebruikt worden. Voor de afname benodigd men ongeveer tien minuten. De patiënt geeft op een vijfpuntschaal aan hoe vaak hij de gevraagde klachten of verschijnselen de afgelopen week heeft gehad en kiest voor een van de mogelijke antwoorden. De interpretatie van de scores verschilt per subcategorie.^{17,18}

3.1.5 Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)

De Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA), ontwikkeld door M. van Veldhoven en T. Meijman (1994), is een vragenlijst bestaande uit vier modules gericht op arbeidsgerelateerde spanningsreacties. Gemeten wordt de relatie tussen arbeid en gezondheid bij werknemers. De vragenlijst kan zowel diagnostisch, inventariserend als ook evaluatief gebruikt worden. Volgens de auteurs heeft men 30 minuten nodig om de totale lijst af te nemen. Alle vragen hebben hetzelfde gewicht en worden per subcategorie met een somscore uitgewerkt. Het meest ongunstige antwoord krijgt de hoogste score, bepaalde vragen moeten gehercodeerd worden. De totaalscore wordt getransformeerd naar een hundertpuntschaal.^{19,20}

3.1.6 Tampa Schaal voor Kinesiofobie (TSK)

De Tampa Schaal voor Kinesiofobie (TSK), ontwikkeld door R.P. Miller et al (1991) en J.W.S. Vlayen et al (1995), is een vragenlijst die een indruk van de mate van pijngerelateerde vrees bij patiënten met lage rugpijn of fibromyalgie geeft. Er wordt geïnventariseerd of het activiteitsniveau van de patiënt beïnvloedt wordt door vrees voor weefselschade met ten gevolg vermijdingsgedrag. Het is een prognostische, evaluatieve en inventariserende vragenlijst met in totaal 17 items. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de subschaal acute lage rugklachten en chronische lage rugklachten. De patiënt vult deze vragenlijst zonder hulp van derden in en heeft hiervoor ongeveer vijf tot tien minuten nodig. Een hogere score staat voor een hogere mate van bewegingsvrees.^{21,22}

3.2 Vraagstelling 2

Van de 25 benaderde fysiotherapie praktijken in Zuidoost-Limburg hebben slechts zeven fysiotherapeuten een bevestiging van hun deelname gegeven op grond van tijdsgebrek en/of geen interesse aan het onderzoek. Van deze zeven fysiotherapeuten hebben zes hun antwoord op de enquête terug gestuurd waardoor relatief weinig meningen van bekwame therapeuten verwerkt kunnen worden. Terwijl deze deelnemende fysiotherapeuten maar een kleine selectie vormen, kan men aan de hand van de positieve responsen opmaken dat deze zes therapeuten alle geïnteresseerd zijn in het gebruik van dergelijke meetinstrumenten.

De volgende resultaten geven de uitwerking van de zes enquêtes weer. Hierbij valt op dat bij een van de antwoorden de keuze van de drie meest interessante psychosociale meetinstrumenten ontbreekt. Bij sommige enquêtes is deze keuze aangegeven onder het kopje opmerkingen

3.2.1 Vragenlijst met betrekking tot de praktische toepassing van de meetinstrumenten

Alle zes psychosociale meetinstrumenten die in het kader van het onderzoek aan de praktijken werden aangeboden zijn tenminste een keer door een deelnemende fysiotherapeut afgenomen worden. Hierdoor is het mogelijk voor ieder meetinstrument een subjectieve mening aan te geven. De antwoorden van de ondervraagde fysiotherapeuten zijn te vinden in bijlage 6. Daarbij geven de verschillende kleuren aan welke antwoorden bij elkaar horen.

3.2.1.1 Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

De Vierdimensionale Klachtenlijst werd door vier therapeuten gemiddeld twee keer gedurende de onderzoekstijd afgenomen. Daarbij was het doel van de therapeuten uitsluitend inventariserend. Over het algemeen wordt het meetinstrument als zinvol beschouwd. De doelgroepen variëren van chronische pijnpatiënten, patiënten met burnout klachten of overspanning tot patiënten met klachten waarbij psychologische factoren over het algemeen een rol spelen.

Daarentegen is de 4DKL niet zinvol bij patiënten waarbij geen sprake is van psychosociale invloeden en waarbij de mechanische problematiek op de voorgrond staat. De meningen over de benodigde tijd om het meetinstrument af te nemen verschillen. De ene vindt deze goed, de andere ervaart de tijd als te lang en een derde laat de patiënt de vragenlijst met goede instructies thuis invullen om de behandeltime te besparen. Binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen beïnvloedt een afname van de 4DKL keuzes voor het verdere behandelproces. Bovendien ervaren patiënten het gebruik van de 4DKL als positief indien er voldoende instructies gegeven worden. Er zijn enkele patiënten die het invullen van de vragenlijst te tijdrovend vinden. Bij een aantal praktijken lijkt de 4DKL reeds geïntegreerd te zijn ter inventarisatie van psychologische componenten.

3.2.1.2 Tampa Schaal voor Kinesiofobie (TSK)

De Tampa Schaal voor Kinesiofobie werd door vier therapeuten gemiddeld zes keer binnen het kader van dit project afgenomen. Het beoogde doel was hierbij de inventarisatie en evaluatie van pijngedrag en pijnbeleving. De afname van de TSK is bij iedere patiënt zinvol bij wie anamnestic sprake is van bewegingsangst en inactiviteit. Daarentegen is de TSK niet zinvol bij patiënten zonder aanwijzingen voor bewegingsangst. Qua benodigde afnametijd zijn de ondervraagden erover eens dat het invullen van de lijst goed te doen is. De TSK geeft een richtlijn voor het opstellen van de behandelgrootheden en geeft een indicatie voor het wel of niet aanpakken van angstcomponenten. Voor de patiënt is het vooral moeilijk om de keuzemogelijkheden van de scoring duidelijk te onderscheiden en geeft dit veelal een verwarrend beeld. De TSK is een in de praktijken geïntegreerde vragenlijst waarbij de onduidelijkheid van de lijst voor de patiënten een beperkende factor is.

3.2.1.3 Pain Self Efficacy Questionnaire (PSEQ)

De Pain Self Efficacy Questionnaire werd door drie therapeuten gemiddeld twee keer afgenomen. Het werd als inventariserende en evaluatieve vragenlijst toegepast. Het gebruik van de PSEQ is volgens de therapeuten zinvol omdat het een duidelijke indruk geeft over de invloed van pijn op het functioneren van de patiënt. Nuttig is de PSEQ bij patiënten waarbij anamnestic sprake is van inactiviteit en waarbij pijn een innemende rol speelt. Niet zinvol is de vragenlijst bij patiënten met acute of specifieke klachten. De PSEQ kost maar vijf minuten de tijd en is daardoor prima toepasbaar binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen. Aan de hand van de resultaten van de PSEQ kan men een specifiek behandelplan gericht op het opbouwen van activiteiten en gedragsveranderingen opstellen. Volgens de patiënten is de schaal gemakkelijk in te vullen en zijn de vragen duidelijk. Bovendien biedt het een goede mogelijkheid de patiënt zich van zijn inactiviteit bewust te maken. Alle ondervraagde therapeuten zijn gewild om de PSEQ in de toekomst vaker af te nemen.

3.2.1.4 Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)

De Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid werd door een van de ondervraagden vijf keer afgenomen. De lijst werd zowel ter inventarisatie van de herstelbehoefte en arbeidsgebonden factoren gebruikt als ook ter evaluatie. Het gebruik is zinvol in verband met werkgerelateerde klachten. Doordat de lijst vrij lang is en veel tijd kost, wordt het invullen ook door de patiënt als te langdurig ervaren. Ook wordt een korte versie van de lijst binnen deze praktijk vaker gebruikt.

3.2.1.5 Rand-36 Health Survey (RAND-36)

De Rand-36 Health Survey werd door twee therapeuten gemiddeld twee keer afgenomen. Hierbij diende de lijst ter inventarisatie. Het gebruik van de Rand-36 is volgens de therapeuten zinvol bij patiënten waarbij sprake is van functionele beperkingen. Er wordt door de ondervraagden geen specifieke doelgroep genoemd. Hoewel de lijst op zich een duidelijk beeld van de functionele beperkingen van een patiënt geeft, wordt de afname zowel door de therapeut als ook door de patiënt als te lang ervaren. Daardoor bestaat er weinig interesse om de Rand-36 in de praktijk te gebruiken.

3.2.1.6 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Twee therapeuten hebben de Maslach Burnout Inventory gedurende de onderzoekstijd gemiddeld een keer afgenomen. Het werd volgens de fysiotherapeuten zowel inventariserend als ook toetsend gebruikt. De MBI is zeer zinvol bij patiënten met burnout klachten of overspanning. Niet te gebruiken is de lijst echter bij patiënten zonder burnout klachten en bij patiënten met acute of chronische lage rugklachten. Bij de afnameduur verschillen de meningen. Aan de ene kant wordt aangegeven dat het vijf minuten duurt de MBI af te nemen, dat het goed te doen is en voor de patiënt als prettig ervaren wordt. Aan de andere kant wordt geen uitspraak over de afnameduur gedaan, maar wordt aangegeven dat patiënten lang over de vragen doen en moeilijk een keuze kunnen maken. Bovendien verschillen de meningen over de invloed van de MBI op het fysiotherapeutisch methodisch handelen. Terwijl de ene

therapeut de MBI alleen als inventariserend meetinstrument ziet, is de MBI voor de andere therapeut een handleiding voor de verdere behandeling. Over het algemeen wordt de vragenlijst als nuttig gezien bij mensen met dergelijke klachten en kan de MBI een bijdrage leveren aan het objectiveren van deze.

3.2.2 Enquête psychosociale meetinstrumenten

De algemene interesse in het gebruik van meetinstrumenten is heel groot. De ondervraagden geven aan dat het binnen het kader van evidence based practice heel belangrijk is en men niet meer zonder meetinstrumenten kan werken. De meeste van de zes therapeuten werken dagelijks met meetinstrumenten en beschouwen het gebruik ervan als meerwaarde voor de fysiotherapeutische zorgverlening. Het geeft een aanvullend toetsmoment en creëert een handleiding binnen het behandelplan voor de patiënt. Bovendien maakt het op tijd een gerichte overdracht naar andere disciplines mogelijk.

Alle ondervraagde fysiotherapeuten weten waar zij op zoek kunnen gaan naar meetinstrumenten. Daarbij raadplegen zij verschillende bronnen. Voorbeelden zijn hierbij de database van de ECMR, www.fysiovandertas.nl, de richtlijnen van de KNGF en eigen literatuurstudies.

Ieder fysiotherapeut geeft aan dagelijks gebruik te maken van meetinstrumenten zoals de TSK, VAS, Borgschaal, Hyperventilielijst, PSK en ACSM.

In tabel 7 worden de uitgewerkte resultaten aan hand van de binnen de methode omschreven analysetabel weergegeven.

Tabel 7: Uitwerking van de analysetabel uit deel B van de enquête

Meetinstrument	Aantal gekregen stemmen	Gebruikt in de praktijk	Niet gebruikt in de praktijk
VBBA	0	1	5
4DKL	4	4	2
Rand-36	2	2	4
MBI	1	2	4
TSK	4	6	0
PSEQ	4	4	2

Vanuit de gegevens uit tabel 7 kan men opmaken dat de 4DKL, de TSK en de PSEQ de meest interessante meetinstrumenten zijn en daarmee de top 3 vormen.

Onder het kopje opmerkingen wordt veelal vermeldt dat de VBBA te lang is en daarom niet toepasbaar is binnen de dagelijkse praktijk. Bovendien heeft niet iedereen geschikte patiënten voor elke vragenlijst gehad zodat de afname van ieder meetinstrument niet mogelijk was. Soms wordt aangegeven dat een meetinstrument interessant is maar dat de therapeut nog geen tijd gehad heeft om het te gebruiken. Dit geldt vooral voor de MBI. Samengevat heerst de mening dat meetinstrumenten over het algemeen veel meer aan de praktijk aangeleverd moeten worden en dat dit onderzoek een goed initiatief voor een begin hiervan is.

Alle antwoorden van de ondervraagde fysiotherapeuten staan vermeld onder bijlage 7.

4. Discussie

Het volgende hoofdstuk bevat de antwoorden op de vraagstellingen uit de inleiding met de bijbehorende conclusies, een sterkte-zwakte-analyse van dit onderzoek en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

De eerste vraagstelling “Welke Nederlandstalige meetinstrumenten zijn er ter inventarisatie van yellow flags bij volwassen patiënten met klachten mogelijk veroorzaakt door onderliggende psychosociale problematiek?” kan aan de hand van de resultaten beantwoord worden. Er zijn zes meetinstrumenten die aan de opgestelde criteria voldoen en waarvan de ECMR toelichtingformulieren ingevuld konden worden: de 4DKL, de PSEQ, de TSK, de VBBA, de Rand-36 en de MBI. Deze toelichtingformulieren worden via de ECMR database gepubliceerd om de verzamelde informatie toegankelijk voor iedereen te maken.

Over de verschillende meetinstrumenten was veel informatie in de literatuur te vinden. Door het opstellen van inclusiecriteria kon men snel tot een kleinere selectie van achttien meetinstrumenten komen. Doordat het merendeel van de meetinstrumenten niet vrij beschikbaar was, is het aantal van de binnen dit project bruikbare meetinstrumenten op slechts zes gedaald. Zo kunnen helaas weinig meetinstrumenten aan de praktijk aangeboden worden en is de aanvulling aan het bestand van de ECMR database gering.

Bovendien valt op dat er over het algemeen weinig onderzoeken zijn gedaan naar de kwaliteit van de PSEQ en VBBA. Doordat sommige kwaliteitseisen van de meetinstrumenten niet bekend zijn, konden niet alle kopjes van de ECMR toelichtingformulieren ingevuld worden.

Vraagstelling twee “In welke mate hebben Nederlandse fysiotherapeutische praktijken in Zuidoost-Limburg behoefte aan het gebruik van de uit vraagstelling 1 resulterende psychosociale meetinstrumenten en welke drie van deze psychosociale meetinstrumenten zijn voor de ondervraagde fysiotherapeuten het meest interessant?” kan aan de hand van de resultaten uit de enquête niet volledig beantwoordt worden.

Het feit dat slechts zeven fysiotherapeuten van de oorspronkelijk 25 benaderde fysiotherapiepraktijken wilden meedoen, waarvan uiteindelijk zes de antwoorden hebben teruggestuurd, laat de vraag openstaan of er over het algemeen genoeg interesse of behoefte bestaat aan het gebruik van psychosociale meetinstrumenten. Kort door de bocht zou men kunnen stellen dat zeven van de 25 slechts 28% is en dat is natuurlijk een klein percentage. Aan de andere kant kan men stellen dat zes antwoorden van zeven deelnemende praktijken een goede respons oplevert. Zo bezien is de respons 85%.

Alle zes praktijken zijn geïnteresseerd in het gebruik van meetinstrumenten en werken er zelfs dagelijks mee. De deelnemers geven aan dat men zonder meetinstrumenten de kwaliteit van onderzoek en behandeling binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen in het kader van evidence based handelen niet meer waarborgen kan.

Bij de verkiezing van de drie meest interessante psychosociale meetinstrumenten steken drie meetinstrumenten erboven uit: De PSEQ, de 4DKL en de TSK. De andere drie meetinstrumenten, de MBI, de VBBA en de Rand-36 zijn volgens de ondervraagde fysiotherapeuten om meerdere redenen niet dagelijks toepasbaar in de praktijk. Onder deze redenen vallen bijvoorbeeld de lengte van de vragenlijsten en daarmee de afnameduur. De MBI kon veelal niet toegepast worden door gebrek aan een erbij passende patiëntengroep. Het kiezen van de top 3 wordt mogelijk beïnvloedt doordat de ondervraagde fysiotherapeuten sommige meetinstrumenten reeds in de praktijk gebruiken en de andere meetinstrumenten te weinig uitgetest werden om een goede uitspraak te kunnen doen over de toepasbaarheid van deze instrumenten. De gekozen top 3 van de zes therapeuten is daarom geen hard gegeven.

Deze resultaten komen overeen met onze verwachtingen gezien de eisen die fysiotherapie praktijken aan meetinstrumenten stellen, zoals de lengte en de daarmee verbonden afnameduur van een meetinstrument.

De vraagstellingen waren zodanig geformuleerd dat deze goed beantwoord konden worden. Daarbij leverde de goede samenwerking, de taakverdeling en het vooraf opgestelde tijdspad een grote bijdrage aan het probleemloze beloop van het project.

Hoewel het in het begin moeilijk was een concreet onderzoeksconcept op te stellen omdat het onderwerp veel ruimte voor eigen ideeën gaf, was de uitwerking van de methode uiteindelijk dusdanig gedetailleerd opgeschreven dat de genoemde stappen alleen ter uitvoering gebracht moesten worden.

Over de enquête valt te zeggen dat de vragen beter geformuleerd hadden kunnen worden.

Sommige vragen waren open gesteld en gaven voldoende ruimte voor een uitgebreid antwoord. Andere vragen waren gesloten gesteld waardoor de analyse van deze antwoorden moeilijk was omdat aan deze antwoorden geen interpretatie kan worden gekoppeld. Hieruit kan men opmaken dat men meer gebruik moet maken van open vragen om een goede indruk te krijgen van de meningen van de ondervraagde fysiotherapeuten. Hierbij biedt een interview een betere mogelijkheid om door te vragen, indien nodig.

Bovendien was er weinig tijd om het onderzoek uit te breiden. Bijvoorbeeld was de tijd te kort voor het benaderen van de auteurs van de meetinstrumenten om meer informatie over het meetinstrument te verkrijgen en het meetinstrument zelf aan te vragen. Verder was het uitvoeren van een grootschalig onderzoek met een volledige implementatie niet mogelijk. Zo konden wij alleen een kleinschalig onderzoek doen waarin geprobeerd werd het eerste gedeelte van implementatie, de vraag naar behoefte, door te voeren. Doordat de tweede vraagstelling niet duidelijk beantwoordt kan worden, kan gediscussieerd worden of deze deelimplementatie succesvol is.

In een vervolgonderzoek kunnen meerdere aspecten opgepakt worden. Ten eerste kan de implementatie van deze zes psychosociale meetinstrumenten uitgebreid worden. Deze implementatie vraagt een completering van de informatie over de kwaliteit van de zes meetinstrumenten om een evidence based handelen te garanderen. Hoewel dit voor alle zes meetinstrumenten geldt, moet het hoofdmerk gericht worden op de PSEQ omdat deze voor de praktijken een van de meest interessante meetinstrumenten te zijn blijkt. Alle zes ingevulde toelichtingformulieren moeten steeds geactualiseerd worden en er moeten nieuwe vragenlijsten geïnventariseerd en aan de ECMR database toegevoegd worden. Verder kan men concluderen dat het belang van het gebruik van dergelijke psychosociale meetinstrumenten binnen de praktijken verduidelijkt moet worden.

Dankwoord

De totstandkoming van dit afstudeerproject was niet mogelijk geweest zonder de hulp van enkele personen.

Ten eerste danken wij onze afstudeerbegeleider Ton Lenssen voor de goede samenwerking en begeleiding gedurende het gehele afstudeerproces.

Ook danken wij Eveline van Engelen voor al de tijd, inzet en ondersteuning die ze aan ons project heeft besteed.

Bovendien richten wij onze dank aan Mario Geilen en Hub van Loo, die ons gedurende het opstarten van het project een grote hulp zijn geweest.

Dank gaat uit naar alle fysiotherapiepraktijken die ons hebben ondersteund bij het verwerken van het afstudeerproject. Zonder u was de deelimplementatie niet mogelijk geweest.

Britta Hilgers & Karola Neuber

Literatuur

1. Sanderman R., Hosman C. M. H, Mulder M. Het meten van determinanten van gezondheid: een overzicht van beschikbare meetinstrumenten. Van Gorcum. Assen 1995
2. Kallen B., Kielstra M., ten Seldam M., Sijbesma J., van der Toorn A., Vaessen P. Domein Psychosomatische Fysiotherapie. Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek. 2005
3. Expertisecentrum Meetinstrumenten voor Revalidatie. <http://www.ecmr.nl>
4. Grol R., Wensing M.. Implementatie: effectieve verbetering van de patientenzorg. Elsevier gezondheidszorg. Maarssen 2006
5. Ravensbergen J., Friele R., Keijsers J., Wensing M., Klazinga N. In zicht: nieuwe wegen voor implementatie. Koninklijke van Gorcum 2003
6. Ostelo dr. R.W.J.G.Onderwijs in wetenschap: Lesbrieven voor de fysiotherapeut. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten/Diegem 2002
7. Wester F., Peters V. Kwalitatieve Analyse: Uitgangspunten en procedures. Uitgeverij coutinho. Bussum. 2004
8. Maso I., Smaling A. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Boom. Amsterdam. 1998
9. Baarda D.B., de Goede M.P.M., Teunissen J. Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Stenfert Kroese. Groningen. 2005
10. Nicholas M.K. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. European Journal of Pain. 2007
11. Tonkin L. The pain self-efficacy questionnaire. Australian Journal of Physiotherapie. 2008
12. Zee KI van der, Sanderman R: Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
13. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory. Evaluating Stress: A boek of resources. The Scarecrow Press, Inc. Lanham, Md., & London. 1997

14. Schaufeli W.B., Bakker A.B., Hoogduin K., Schaap C., Kladler A. On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology and Health*. 2001
15. Schaufeli W.B., Enzmann D., Girault N. Measurement of burnout: a review
16. Schaufeli W.B., van Dierendonck D. Burnout, een begrip gemeten: De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). *Gedrag & Gezondheid*, 1994
17. Terluin B. De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL); een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet* 1996;39(12): 538-47
18. Terluin B. Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 1998; 76: 435-441
19. Van Veldhoven M., Meijman T.. Het meten van psychosociale arbeidsbelasting met een vragenlijst: De Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA). Nederlands Instituut voor arbeidsomstandigheden (NIA). Amsterdam. 1994
20. Van Veldhoven M., Meijman T., Broersen J.P.J., Fortuin R.J. Handleiding VBBA. SKB Vragenlijst Services. 2002
21. Goubert L, Crombez G, Vlaeyen JWS, Van Damme S, Van den Broeck A, and van Houdenhove B. De Tampaschaal voor Kinesiofobie. *Psychometrische karakteristieken en normering*. *Gedrag & Gezondheid* 2000;28:54-62.
22. Swinkels-Meewisse EJ, Roelofs J, Verbeek AL, Oostendorp RA, and Vlaeyen JWS. Fear of movement/ (re)injury, disability and participation in acute low back pain. *Pain* 2003;105:371-9.

Bijlagen

Bijlage 1: Meetinstrumenten

PAIN SELF EFFICACY QUESTIONNAIRE (PSEQ)

M.K.Nicholas (1989)

NAME: _____ DATE: _____

Please rate how **confident** you are that you can do the following things at present, **despite the pain**. To indicate your answer circle **one** of the numbers on the scale under each item, where 0 = not at all confident and 6 = completely confident.

For example:

0	1	2	3	4	5	6
Not at all						Completely
Confident						confident

Remember, this questionnaire is **not** asking whether or not you have been doing these things, but rather how **confident** you are that you can do them at present, despite the pain.

1. I can enjoy things, despite the pain.

0	1	2	3	4	5	6
Not at all						Completely
Confident						confident

2. I can do most of the household chores (e.g. tidying-up, washing dishes, etc.), despite the pain.

0	1	2	3	4	5	6
Not at all						Completely
Confident						confident

3. I can socialise with my friends or family members as often as I used to do, despite the pain.

0	1	2	3	4	5	6
Not at all						Completely
Confident						confident

4. I can cope with my pain in most situations.

0	1	2	3	4	5	6
Not at all						Completely
Confident						confident

Turn over

5. I can do some form of work, despite the pain. ("work" includes housework, paid and unpaid work).

0 1 2 3 4 5 6
Not at all Completely
Confident confident

6. I can still do many of the things I enjoy doing, such as hobbies or leisure activity, despite pain.

0 1 2 3 4 5 6
Not at all Completely
Confident confident

7. I can cope with my pain without medication.

0 1 2 3 4 5 6
Not at all Completely
Confident confident

8. I can still accomplish most of my goals in life, despite the pain.

0 1 2 3 4 5 6
Not at all Completely
Confident confident

9. I can live a normal lifestyle, despite the pain.

0 1 2 3 4 5 6
Not at all Completely
Confident confident

10. I can gradually become more active, despite the pain.

0 1 2 3 4 5 6
Not at all Completely
Confident confident

Source: Nicholas M.K. Self-efficacy and chronic pain. Paper presented at the annual conference of the British Psychological Society. St. Andrews, 1989.
Reprinted with permission from the author

RAND-36¹

In deze vragenlijst wordt naar uw gezondheid gevraagd.
Wilt u elke vraag beantwoorden door het juiste hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

1 Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- | | |
|------------|--------------------------|
| uitstekend | ☐ |
| zeer goed | ☐ |
| goed | ☐ |
| matig | ☐ |
| slecht | ☐ |

2 In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?

- | | |
|---|--------------------------|
| veel beter dan een jaar geleden | ☐ |
| iets beter dan een jaar geleden | ☐ |
| ongeveer hetzelfde als een jaar geleden | ☐ |
| iets slechter dan een jaar geleden | ☐ |
| veel slechter dan een jaar geleden | ☐ |

¹© 1993 Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen. Deze lijst betreft een Nederlandse vertaling van de RAND 36-item health survey 1.0 (RAND, 1992).

- 3 De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden.
 Wordt u door uw gezondheid *op dit moment* beperkt bij
 deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, hele- maal niet beperkt
a <i>Forse inspanning</i> zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten	☐	☐	☐
b <i>Matige inspanning</i> zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen	☐	☐	☐
c Tillen of boodschappen dragen	☐	☐	☐
d <i>Een paar</i> trappen oplopen	☐	☐	☐
e <i>Eén</i> trap oplopen	☐	☐	☐
f Buigen, knielen of bukken	☐	☐	☐
g <i>Meer dan een kilometer</i> lopen	☐	☐	☐
h <i>Een halve kilometer</i> lopen	☐	☐	☐
i <i>Honderd meter</i> lopen	☐	☐	☐
j Uzelf wassen of aankleden	☐	☐	☐

4 Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

ja

nee

a U heeft *minder tijd* kunnen besteden aan werk of andere bezigheden

☐
☐

b U heeft *minder bereikt* dan u zou willen

☐
☐

c U was beperkt in het *soort* werk of het soort bezigheden

☐
☐

d U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning)

☐
☐

5 Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

ja

nee

a U heeft *minder tijd* kunnen besteden aan werk of andere bezigheden

☐
☐

b U heeft *minder bereikt* dan u zou willen

☐
☐

c U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent

☐
☐

6 In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u *de afgelopen 4 weken* belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?

helemaal niet

☐

enigszins

☐

nogal

☐

veel

☐

heel erg veel

☐

10 *Hoe vaak* hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende *de afgelopen 4 weken* uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

- | | |
|-------------|--------------------------|
| voortdurend | ☐ |
| meestal | ☐ |
| soms | ☐ |
| zelden | ☐ |
| nooit | ☐ |

11 Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt.

	volkomen juist	groten- deels juist	weet ik niet	groten- deels onjuist	volkomen onjuist
a Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen	☐	☐	☐	☐	☐
b Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken	☐	☐	☐	☐	☐
c Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan	☐	☐	☐	☐	☐
d Mijn gezondheid is uitstekend	☐	☐	☐	☐	☐

MBI: Burnout (lijst 3)

Uitputting		Distantie		Competentie	
1	—	5	—	4	—
2	—	10	—	7	—
3	—	11	—	9	—
6	—	14	—	15	—
12	—	20	—	16	—
13	—			17	—
18	—			19	—
8	—				—
— +		— +		— +	
— Uitputting		— Distantie		— Competentie	
1 zeer laag < 4		1 zeer laag = 0		1 zeer laag < 18 (uitzakend)	
2 laag 4 - 9		2 laag 1 - 3		2 laag 19 - 24	
3 gemiddeld 10 - 20		3 gemiddeld 4 - 10		3 gemiddeld 25 - 30 (normaal)	
4 hoog 21 - 28		4 hoog 11 - 14		4 hoog 31 - 35	
5 zeer hoog > 28		5 zeer hoog > 14		5 zeer hoog > 36 (goed)	

(scoren MBI de ingevulde cijfers worden per meetschaal bij elkaar opgeteld)

Versie 3.06, Uitgave 2002: Stichting flow, Alkmaar

ONDERZOEKSLIJST 3

Nooit	Sporadisch	Af en toe	Regelmatig	Dikwijls	Zeerdikwijls	Altijd
0	1	2	3	4	5	6
Komt niet voor	Een paar keer per jaar of minder	Eens per maand of minder	Een paar keer per maand	Eens per week	Een paar keer per week	Dagelijks

De volgende uitspraken hebben betrekking op hoe u uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Wilt u aangeven hoe vaak iedere uitspraak op u van toepassing is door het best passende cijfer te omcirkelen?

- | | | | | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Ik voel me vermoeid als ik 's morgens opsta en er weer een werkdag voor me ligt | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Ik kan mij gemakkelijk inleven in de gevoelens van mijn collega's en/of klanten | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Ik heb het gevoel, dat ik sommige collega's en/of klanten te onpersoonlijk behandel | 5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. De hele dag met mensen werken, vormt een zware belasting voor mij | 6 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Ik weet de problemen van collega's en/of klanten adequaat op te lossen | 7 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Ik voel mij "opgebrand" door mijn werk | 8 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Ik heb het gevoel, dat ik het leven van andere mensen op een positieve manier beïnvloed door mijn werk | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Ik heb het idee dat, sinds ik deze baan heb, ik onverschilliger ben geworden tegenover andere mensen | 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Ik maak mij er zorgen over, dat mijn werk mij gevoelsmatig afstompt | 11 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Ik voel me gefrustreerd door mijn baan | 12 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Ik denk dat ik me teveel inzet voor mijn werk | 13 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Het kan me niet echt schelen wat er met sommige collega's en/of klanten gebeurt | 14 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Met mijn collega's en/of klanten kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen | 15 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Het werken met collega's en/of klanten vrolijkt mij op | 16 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Ik heb in deze baan veel waardevolle dingen bereikt | 17 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Ik voel me aan het einde van mijn latijn | 18 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. In mijn werk ga ik heel rustig om met emotionele problemen | 19 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Ik heb het gevoel dat collega's en/of klanten mij hun problemen verwijten | 20 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

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 <u>de afgelopen week</u> 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 <u>de afgelopen week</u> 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 <u>de afgelopen week</u>:					
25. gespannen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
26. snel geïrriteerd? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
27. angstig? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u <u>de afgelopen week</u> 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 <u>de afgelopen week</u>:					
38. moeite met helder denken? -----	☐	☐	☐	☐	☐
39. moeite om in slaap te komen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
40. angst om alleen het huis uit te gaan? -----	☐	☐	☐	☐	☐
Bent u <u>de afgelopen week</u>:					
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? -----	☐	☐	☐	☐	☐

**VRAGENLIJST
BELEVING EN BEOORDELING
VAN DE ARBEID
(VBBA)**

MODULE

KENMERKEN VAN HET WERK

In deze module vragen wij u om aan te geven hoe vaak bepaalde zaken aan de orde zijn. U kunt kiezen uit de antwoordmogelijkheden:
altijd, vaak, soms, of nooit.

	Altijd 1	Vaak 2	Soms 3	Nooit 4
WERKTEMPO EN WERKHOEVEELHEID (T1)				
1. Moet u erg snel werken?	()	()	()	()
2. Heeft u te veel werk te doen?	()	()	()	()
3. Moet u extra hard werken om iets af te krijgen?	()	()	()	()
4. Werkt u onder tijdsdruk?	()	()	()	()
5. Moet u zich haasten?	()	()	()	()
6. Kunt u uw werk op uw gemak doen?	()	()	()	()
7. Heeft u te maken met een achterstand in uw werkzaamheden?	()	()	()	()
8. Heeft u te weinig werk?	()	()	()	()
9. Heeft u problemen met het werktempo?	()	()	()	()
10. Heeft u problemen met de werkdruk?	()	()	()	()
11. Zou u het kalmer aan willen doen in uw werk?	()	()	()	()

GEESTELIJKE BELASTING (T2)

1. Vraagt uw werk veel concentratie?	()	()	()	()
2. Moet u erg precies werken?	()	()	()	()
3. Moet u op veel dingen tegelijk letten tijdens uw werk?	()	()	()	()
4. Vereist uw werk dat u er steeds bij moet nadenken?	()	()	()	()
5. Vereist uw werk dat u er voortdurend uw aandacht bij moet houden?	()	()	()	()
6. Moet u in uw werk veel onthouden?	()	()	()	()
7. Vereist uw werk grote zorgvuldigheid?	()	()	()	()

EMOTIONELE BELASTING (T3)

1. Is uw werk emotioneel zwaar?	()	()	()	()
2. Wordt u in uw werk met dingen geconfronteerd die u persoonlijk raken?	()	()	()	()
3. Wordt er door anderen een persoonlijk beroep op u gedaan in uw werk?	()	()	()	()
4. Voelt u zich persoonlijk aangevallen of bedreigd in uw werk?	()	()	()	()
5. Heeft u in uw werk contacten met lastige klanten of patiënten?	()	()	()	()
6. Moet men voor uw werk mensen kunnen overtuigen of overreden?	()	()	()	()
7. Komt u door uw werk in aangrijpende situaties terecht?	()	()	()	()

	Altijd 1	Vaak 2	Soms 3	Nooit 4
<i>LICHAMELIJKE INSPANNING (T4)</i>				
1. Heeft u tijdens het werk veel hinder van tillen of sjouwen?	()	()	()	()
2. Heeft u tijdens het werk veel hinder van regelmatig te moeten bukken?	()	()	()	()
3. Heeft u tijdens het werk veel hinder van regelmatig te hoog moeten reiken?	()	()	()	()
4. Heeft u tijdens het werk veel hinder van langdurig achtereen steeds dezelfde beweging te maken?	()	()	()	()
5. Vindt u uw werk lichamelijk erg inspannend?	()	()	()	()
6. Vereist uw werk lichaamskracht?	()	()	()	()
7. Werkt u in ongemakkelijke of inspannende houdingen?	()	()	()	()

AFWISSELING IN HET WERK (T5)

1. Moet u in uw werk telkens dezelfde dingen doen?	()	()	()	()
2. Is voor uw werk creativiteit vereist?	()	()	()	()
3. Is uw werk gevarieerd?	()	()	()	()
4. Vraagt uw werk een eigen inbreng?	()	()	()	()
5. Doet uw werk voldoende beroep op al uw vaardigheden en capaciteiten?	()	()	()	()
6. Heeft u in uw werk voldoende afwisseling?	()	()	()	()

LEER- EN LOOPBAANMOGELIJKHEDEN (T6)

1. Leert u nieuwe dingen in uw werk?	()	()	()	()
2. Biedt uw baan u mogelijkheden voor persoonlijke groei en ontwikkeling?	()	()	()	()
3. Geeft uw werk u het gevoel iets ermee te kunnen bereiken?	()	()	()	()
4. Biedt uw baan u mogelijkheden voor zelfstandig denken en doen?	()	()	()	()
5. Biedt uw baan u financiële groeimogelijkheden?	()	()	()	()
6. Vergroot uw huidige baan uw kansen en mogelijkheden op de arbeidsmarkt?	()	()	()	()
7. Biedt uw organisatie u mogelijkheden tot het volgen van bijscholing/cursussen?	()	()	()	()
8. Biedt uw baan u voldoende mogelijkheid om een maatschappelijk bestaan op te bouwen?	()	()	()	()
9. Biedt uw baan u mogelijkheden tot promotie?	()	()	()	()

	Altijd 1	Vaak 2	Soms 3	Nooit 4
ZELFSTANDIGHEID IN HET WERK (R1)				
1. Heeft u vrijheid bij het uitvoeren van uw werkzaamheden?	()	()	()	()
2. Heeft u invloed op de planning van uw werkzaamheden?	()	()	()	()
3. Heeft u invloed op het werktempo?	()	()	()	()
4. Kunt u zelf bepalen hoe u uw werk uitvoert?	()	()	()	()
5. Kunt u uw werk even onderbreken als u dat nodig vindt?	()	()	()	()
6. Kunt u zelf de volgorde van uw werkzaamheden bepalen?	()	()	()	()
7. Kunt u meebeslissen over het tijdstip waarop iets af moet zijn?	()	()	()	()
8. Kunt u zelf bepalen hoeveel tijd u aan een bepaalde activiteit besteedt?	()	()	()	()
9. Lost u problemen in uw werkzaamheden zelf op?	()	()	()	()
10. Kunt u uw werk zelf indelen?	()	()	()	()
11. Kunt u zelf de inhoud van uw werkzaamheden bepalen?	()	()	()	()

OVERIGE VRAGEN OVER KENMERKEN VAN HET WERK

1. Werkt u over?	()	()	()	()
2. Vindt u uw werk ingewikkeld?	()	()	()	()
3. Heeft u moeite met uw werk, omdat het in de loop der tijd steeds ingewikkelder is geworden?	()	()	()	()
4. Moet u werk doen dat te moeilijk voor u is?	()	()	()	()
5. Eist uw werk dat u voortdurend vriendelijk en correct blijft?	()	()	()	()
6. Eist uw werk dat u er representatief uit ziet?	()	()	()	()
7. Kunt u het werk waarmee u bezig bent achter elkaar afmaken?	()	()	()	()
8. Wordt u in uw werk gehinderd door onverwachte situaties?	()	()	()	()
9. Loopt uw werk anders dan u het zelf had gewild?	()	()	()	()
10. Komen er storingen voor in uw werk?	()	()	()	()
11. Zijn uw werkopdrachten duidelijk?	()	()	()	()
12. Zijn uw werkopdrachten op tijd?	()	()	()	()
13. Sluit het werk dat u doet aan bij uw opleiding?	()	()	()	()
14. Kunt u zelf de begin- en eindtijd van uw werkdag bepalen?	()	()	()	()
15. Kunt u zelf bepalen wanneer u pauzeert?	()	()	()	()
16. Wordt uw aanwezigheid automatisch geregistreerd?	()	()	()	()
17. Wordt uw productie/functioneren automatisch geregistreerd?	()	()	()	()

**VRAGENLIJST
BELEVING EN BEOORDELING
VAN DE ARBEID
(VBBA)**

MODULE

**WERKORGANISATIE
EN
RELATIES OP HET WERK**

In deze module vragen wij u om aan te geven hoe vaak bepaalde zaken aan de orde zijn. U kunt kiezen uit de antwoordmogelijkheden:
altijd, vaak, soms, of nooit.

	Altijd 1	Vaak 2	Soms 3	Nooit 4
PROBLEMEN MET DE TAAK (O1)				
1. Moet u dingen doen in uw werk waaraan u een hekel hebt?	()	()	()	()
2. Krijgt u tegenstrijdige opdrachten?	()	()	()	()
3. Moet u uw werk op een andere manier doen dan u zelf zou willen?	()	()	()	()
4. Moet u werk doen dat u liever niet zou doen?	()	()	()	()
5. Heeft u conflicten met uw collega's over de inhoud van uw taken?	()	()	()	()
6. Heeft u conflicten met uw directe leiding over de inhoud van uw taken?	()	()	()	()

ONDUIDELIJKHEID OVER DE TAAK (O2)

1. Weet u precies wat anderen op uw werk van u verwachten?	()	()	()	()
2. Weet u precies waarvoor u wel, en waarvoor u niet verantwoordelijk bent?	()	()	()	()
3. Weet u precies hoe uw directe leiding over uw prestaties denkt?	()	()	()	()
4. Ligt duidelijk voor u vast, wat precies uw taak is?	()	()	()	()
5. Weet u precies wat u van de andere mensen van uw afdeling mag verwachten?	()	()	()	()

VERANDERING IN DE TAAK (O3)

1. Treden er belangrijke veranderingen op in uw taken?	()	()	()	()
2. Vindt u het moeilijk om u aan te passen aan veranderingen in uw taken?	()	()	()	()
3. Geeft het veranderen van uw taken problemen?	()	()	()	()
4. Heeft het veranderen van uw taken negatieve gevolgen voor u?	()	()	()	()
5. Worden voorgenomen veranderingen in uw taken goed geïntroduceerd?	()	()	()	()

	Altijd 1	Vaak 2	Soms 3	Nooit 4
RELATIE MET COLLEGA'S (O4)				
1. Kunt u op uw collega's rekenen wanneer u het in uw werk wat moeilijk krijgt?	()	()	()	()
2. Kunt u als dat nodig is uw collega's om hulp vragen?	()	()	()	()
3. Is uw verstandhouding met uw collega's goed?	()	()	()	()
4. Heeft u conflicten met uw collega's?	()	()	()	()
5. Voelt u zich in uw werk gewaardeerd door uw collega's?	()	()	()	()
6. Heeft u te maken met agressie vanuit uw collega's?	()	()	()	()
7. Zijn uw collega's vriendelijk tegen u?	()	()	()	()
8. Heerst er tussen u en uw collega's een prettige sfeer?	()	()	()	()
9. Doen zich tussen u en uw collega's vervelende gebeurtenissen voor?	()	()	()	()

RELATIE MET DIRECTE LEIDING (O5)

1. Kunt u op uw directe leiding rekenen wanneer u het in uw werk wat moeilijk krijgt?	()	()	()	()
2. Kunt u als dat nodig is uw directe leiding om hulp vragen?	()	()	()	()
3. Is uw verstandhouding met uw directe leiding goed?	()	()	()	()
4. Heeft u conflicten met uw directe leiding?	()	()	()	()
5. Voelt u zich in uw werk gewaardeerd door uw directe leiding?	()	()	()	()
6. Heeft u te maken met agressie vanuit uw directe leiding?	()	()	()	()
7. Is uw directe leiding vriendelijk tegen u?	()	()	()	()
8. Heerst er tussen u en uw directe leiding een prettige sfeer?	()	()	()	()
9. Doen zich tussen u en uw directe leiding vervelende gebeurtenissen voor?	()	()	()	()

INFORMATIE (O6)

1. Krijgt u voldoende informatie over het doel van uw werk?	()	()	()	()
2. Krijgt u voldoende informatie over het resultaat van uw werk?	()	()	()	()
3. Biedt uw werk mogelijkheden om erachter te komen hoe goed u uw werk doet?	()	()	()	()
4. Biedt uw werk rechtstreeks informatie over hoe goed u uw werk doet?	()	()	()	()
5. Geeft uw directe leiding u informatie over hoe goed u uw werk doet?	()	()	()	()
6. Geven uw collega's u informatie over hoe goed u uw werk doet?	()	()	()	()
7. Kunt u in uw werk beschikken over voldoende gegevens en informatie?	()	()	()	()

	Altijd 1	Vaak 2	Soms 3	Nooit 4
COMMUNICATIE (O7)				
1. Hoort u voldoende over de gang van zaken in het bedrijf?	()	()	()	()
2. Wordt u van de belangrijke dingen in het bedrijf goed op de hoogte gehouden?	()	()	()	()
3. Is de manier waarop de besluitvorming loopt in uw bedrijf duidelijk?	()	()	()	()
4. Is duidelijk bij wie u binnen de organisatie moet zijn voor welke problemen?	()	()	()	()

INSPRAAK (R2)

1. Kunt u met uw directe leiding praten over problemen op het werk?	()	()	()	()
2. Heeft u veel te zeggen over wat er gebeurt op uw werkplek?	()	()	()	()
3. Kunt u meebeslissen over dingen die met uw werk te maken hebben?	()	()	()	()
4. Kunt u met uw directe leiding voldoende overleggen over uw werk?	()	()	()	()
5. Kunt u meebepalen wat wel en wat niet tot uw taak behoort?	()	()	()	()
6. Kunt u meebeslissen over de aard van uw werkzaamheden?	()	()	()	()
7. Heeft u rechtstreeks invloed op beslissingen van uw afdeling/bedrijf?	()	()	()	()
8. Heeft u invloed op de verdeling van het werk over u en uw collega's?	()	()	()	()

CONTACTMOGELIJKHEDEN (R3)

1. Kunt u uw werkplek verlaten om een praatje met een collega te maken?	()	()	()	()
2. Heeft u contact met collega's als onderdeel van uw werk?	()	()	()	()
3. Kunt u onder werktijd een praatje maken met collega's?	()	()	()	()
4. Vindt u dat u voldoende contact heeft met collega's tijdens het werk?	()	()	()	()

	Altijd 1	Vaak 2	Soms 3	Nooit 4
OVERIGE VRAGEN OVER WERKORGANISATIE EN RELATIES OP HET WERK				
1. Wordt u tijdens uw werk geconfronteerd met grapjes of opmerkingen met een seksuele ondertoon, die u als ongewenst beschouwt?	()	()	()	()
2. Wordt u tijdens uw werk aangeraakt of vastgepakt op een manier, die u als ongewenst beschouwt?	()	()	()	()
3. Moet u wachten op anderen voor u met uw werk verder kunt?	()	()	()	()
4. Wordt u gehinderd door gebreken in het werk van anderen?	()	()	()	()
5. Wordt uw werk bemoeilijkt door de afwezigheid van anderen?	()	()	()	()
6. Bemoeien anderen zich tegen uw zin met uw werk?	()	()	()	()
7. Heeft u het gevoel dat u door uw collega's voortdurend op de vingers wordt gekeken?	()	()	()	()
8. Heeft u het gevoel dat u door uw directe leiding voortdurend op de vingers wordt gekeken?	()	()	()	()
9. Kunt u met uw collega's praten over problemen op het werk?	()	()	()	()
10. Kunt u met uw collega's voldoende overleggen over uw werk?	()	()	()	()
11. Is het werk in uw bedrijf doorgaans goed georganiseerd?	()	()	()	()
12. Loopt de samenwerking met andere afdelingen of groepen binnen het bedrijf goed?	()	()	()	()
13. Heeft u vast werkoverleg?	()	()	()	()
14. Moet u in uw werk vergaderen?	()	()	()	()
15. Verloopt de besluitvorming in uw bedrijf over veel schakels?	()	()	()	()
16. Worden in uw bedrijf de werknemers betrokken bij aanpassingen van de organisatie?	()	()	()	()

**VRAGENLIJST
BELEVING EN BEOORDELING
VAN DE ARBEID
(VBBA)**

MODULE

ARBEIDSVOORWAARDEN

In deze module vragen wij u om aan te geven hoe vaak bepaalde zaken aan de orde zijn. U kunt kiezen uit de antwoordmogelijkheden: altijd, vaak, soms, of nooit.

	Altijd 1	Vaak 2	Soms 3	Nooit 4
BELONING (V1)				
1. Vindt u dat in uw bedrijf goede lonen worden betaald?	()	()	()	()
2. Vindt u dat u van uw loon behoorlijk rond kan komen?	()	()	()	()
3. Vindt u dat u voldoende betaald krijgt voor het werk dat u levert?	()	()	()	()
4. Vindt u dat u rechtvaardig betaald wordt in vergelijking met anderen op uw afdeling?	()	()	()	()
5. Denkt u dat het loon in uw bedrijf lager ligt dan in vergelijkbare bedrijven?	()	()	()	()

TOEKOMSTONZEKERHEID (V2)

1. Heeft u behoefte aan meer zekerheid of u over een jaar nog werk zult hebben?	()	()	()	()
2. Heeft u behoefte aan meer zekerheid of u uw huidige baan het komende jaar zult houden?	()	()	()	()
3. Heeft u behoefte aan meer zekerheid of u uw huidige functie-niveau het komende jaar zult vasthouden?	()	()	()	()
4. Heeft u behoefte aan meer zekerheid of uw huidige afdeling/bedrijf over een jaar nog bestaat?	()	()	()	()

OVERIGE VRAGEN OVER ARBEIDSVOORWAARDEN

1. Kunt u verlof opnemen wanneer u dat wilt?	()	()	()	()
2. Kunt u ADV opnemen wanneer u dat wilt?	()	()	()	()
3. Wordt u teruggeroepen van een verlof/ADV-dag?	()	()	()	()
4. Zijn uw werk- en rusttijden goed geregeld?	()	()	()	()
5. Vindt u dat er teveel met tijdelijke contracten gewerkt wordt?	()	()	()	()
6. Vindt u dat er teveel met uitzendkrachten wordt gewerkt?	()	()	()	()
7. Vindt u dat er voldoende vaste krachten aanwezig zijn?	()	()	()	()
8. Moet u regelmatig nieuwe krachten inwerken?	()	()	()	()
9. Vindt u dat vacatures snel genoeg worden vervuld?	()	()	()	()
10. Vindt u dat de vervanging bij ziekte goed is geregeld?	()	()	()	()
11. Vinden er functioneringsgesprekken met u plaats?	()	()	()	()
12. Bestaan er mogelijkheden voor u tot parttime werken?	()	()	()	()
13. Bestaan er mogelijkheden voor u tot het werken op uren die passen bij uw privé-situatie?	()	()	()	()
14. Wordt uw privé-leven ongunstig beïnvloed door onregelmatige werktijden?	()	()	()	()

**VRAGENLIJST
BELEVING EN BEOORDELING
VAN DE ARBEID
(VBBA)**

MODULE

**GEVOLGEN VAN
PSYCHOSOCIALE ARBEIDSBELASTING**

In deze module wordt afgeweken van de invulinstructie bij andere modules!
 Lees bij deze module telkens zorgvuldig de instructie voordat u gaat invullen!

In hoeverre zijn de volgende uitspraken op u van toepassing?

Nee	Ja
1	2

OPZIEN TEGEN HET WERK (B1)

- | | | | |
|----|---|-----|-----|
| 1. | Ik kan wel zeggen dat ik tegen mijn werk opzie. | () | () |
| 2. | Ik doe mijn werk omdat het moet, daarmee is alles wel gezegd. | () | () |
| 3. | Meestal vind ik het wel prettig om aan de werkdag te beginnen. | () | () |
| 4. | Na zo'n vijf jaar heb je het in dit werk wel gezien. | () | () |
| 5. | Ik vind mijn werk nog steeds boeiend, elke dag weer. | () | () |
| 6. | Het idee dat ik dit werk nog tot mijn pensioen moet doen benauwt me. | () | () |
| 7. | Ik heb plezier in mijn werk. | () | () |
| 8. | Ik moet telkens weerstand bij mezelf overwinnen om mijn werk te doen. | () | () |
| 9. | Ik moet mezelf er vaak toe zetten om een werkopdracht uit te voeren. | () | () |

BETROKKENHEID BIJ DE ORGANISATIE (B2)

- | | | | |
|----|--|-----|-----|
| 1. | Ik vind dat mijn eigen opvattingen sterk overeenkomen met die van deze organisatie. | () | () |
| 2. | Ik vind het belangrijk dat ik een bijdrage kan leveren aan de taak van deze organisatie. | () | () |
| 3. | Deze organisatie gaat me echt ter harte. | () | () |
| 4. | Ik voel me uitstekend thuis in deze organisatie. | () | () |
| 5. | Ik heb zoveel van mezelf in deze organisatie gestopt, dat het me moeilijk zou vallen om ontslag te nemen. | () | () |
| 6. | Ik voel me ten opzichte van deze organisatie eigenlijk wel verplicht om nog een aantal jaren te blijven. | () | () |
| 7. | Er hoeft bij deze organisatie maar weinig in negatieve zin te veranderen, of ik vertrek. | () | () |
| 8. | Vergeleken met de meeste andere banen die ik zou kunnen krijgen, is het werken bij deze organisatie erg aantrekkelijk. | () | () |

VERANDERING VAN BAAN (B3)

- | | | | |
|----|--|-----|-----|
| 1. | Ik denk er wel eens over om van baan te veranderen. | () | () |
| 2. | Ik denk er wel eens over om werk buiten deze organisatie te zoeken. | () | () |
| 3. | Ik ben van plan om het komend jaar van baan te veranderen. | () | () |
| 4. | Ik ben van plan om het komend jaar werk buiten deze organisatie te zoeken. | () | () |

Nee	Ja
1	2

HERSTELBEHOEFTE (S2)

- | | | | |
|-----|--|-----|-----|
| 1. | Ik vind het moeilijk om me te ontspannen aan het einde van een werkdag. | () | () |
| 2. | Aan het einde van een werkdag ben ik echt op. | () | () |
| 3. | Mijn baan zorgt dat ik me aan het eind van een werkdag nogal uitgeput voel. | () | () |
| 4. | Na het avondeten voel ik me meestal nog vrij fit. | () | () |
| 5. | Ik kom meestal pas op een tweede vrije dag tot rust. | () | () |
| 6. | Het kost mij moeite om me te concentreren in mijn vrije uren na het werk. | () | () |
| 7. | Ik kan weinig belangstelling opbrengen voor andere mensen, wanneer ik zelf net thuis ben gekomen. | () | () |
| 8. | Het kost mij over het algemeen meer dan een uur voordat ik helemaal hersteld ben na mijn werk. | () | () |
| 9. | Als ik thuis kom moeten ze mij even met rust laten. | () | () |
| 10. | Het komt vaak voor dat ik na een werkdag door vermoeidheid niet meer toekom aan andere bezigheden. | () | () |
| 11. | Het komt voor dat ik tijdens het laatste deel van de werkdag door vermoeidheid mijn werk niet meer zo goed kan doen. | () | () |

PIEKEREN (S3)

- | | | | |
|----|---|-----|-----|
| 1. | Als ik mijn werk verlaat, blijf ik me zorgen maken over werkproblemen. | () | () |
| 2. | Ik kan mijn werk heel gemakkelijk van me afzetten. | () | () |
| 3. | Ik maak me als ik vrij ben vaak zorgen over mijn werk. | () | () |
| 4. | Ik lig 's nachts vaak wakker omdat mijn werk me door het hoofd blijft spoken. | () | () |

Hieronder staan veertien stellingen over de kwaliteit van uw slaap. Het gaat erom dat u aangeeft of een stelling van toepassing is op de kwaliteit van uw slaap zoals die in de afgelopen drie tot vier weken was.

N.B. Wanneer u in ploegendienst (met name nachtdienst) werkt of hebt gewerkt in de afgelopen drie tot vier weken, lees dan voor " 's nachts" : "in de slaaptijd"!

	Nee 1	Ja 2
<i>SLAAP (S1)</i>		
1. Ik doe 's nachts vaak geen oog dicht	()	()
2. Ik sta 's nachts vaak op	()	()
3. Ik lig 's nachts meestal erg te woelen	()	()
4. Ik wordt 's nachts vaak meerdere malen wakker	()	()
5. Ik vind dat ik meestal heel slecht slaap	()	()
6. Ik slaap naar mijn gevoel maar een paar uur	()	()
7. Ik slaap vaak niet langer dan vijf uur	()	()
8. Ik vind dat ik 's nachts meestal goed slaap	()	()
9. Ik slaap meestal gemakkelijk in	()	()
10. Ik kom naar mijn gevoel meestal slaap tekort	()	()
11. Ik lig vaak langer dan een half uur wakker in bed voordat ik inslaap	()	()
12. Als ik 's nachts wakker word kan ik moeilijk weer inslapen	()	()
13. Ik heb nadat ik ben opgestaan vaak een moe gevoel	()	()
14. Ik voel me nadat ik ben opgestaan meestal goed uitgerust	()	()

Hieronder staat een aantal vragen over vermoeidheid tijdens het werk. Per vraag worden telkens twee stellingen gegeven. Het is de bedoeling dat u aan de hand van deze stellingen de vermoeidheid tijdens het werk beschrijft. U kunt dit doen door het hokje tussen de twee stellingen aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is.

Het gaat hierbij om uw toestand

- tijdens de laatst afgeronde werkdag;
- tijdens de laatste uren van het werk.

VERMOEIDHEID TIJDENS HET WERK (S4)

Voorbeeld:

	1	2	3	4	5	
Pijn in de ogen	☐	☒	☐	☐	☐	Geen pijn in de ogen

Vragen:

1. Geestelijk moe	☐	☐	☐	☐	☐	Geestelijk fris
2. Vertraagd in lichamelijke bewegingen	☐	☐	☐	☐	☐	Niet vertraagd in lichamelijke bewegingen
3. Aandacht zakt telkens weg	☐	☐	☐	☐	☐	Geen moeite met aandacht
4. Fouten maken bij het aflezen van meters, klok e.d.	☐	☐	☐	☐	☐	Aflezen van meters, klok e.d. gaat foutloos
5. Niet uitgerust	☐	☐	☐	☐	☐	Uitgerust
6. Concentratiemoeilijkheden	☐	☐	☐	☐	☐	Geen concentratiemoeilijkheden
7. Geen aandacht meer bij het werk	☐	☐	☐	☐	☐	Aandacht bij het werk
8. Uitzien naar het einde van de dienst	☐	☐	☐	☐	☐	De dienst is eigenlijk zo voorbij

	1	2	3	4	5	
9. Vaak fouten moeten herstellen die je zelf maakte	☐	☐	☐	☐	☐	Bijna geen fouten moeten herstellen
10. Moeite met de planning van eigen handelen	☐	☐	☐	☐	☐	Moeiteloos handelen
11. 'Slapen' met je ogen open	☐	☐	☐	☐	☐	Geen problemen met 'in slaap vallen'
12. Fouten maken bij het invullen van lijsten	☐	☐	☐	☐	☐	Geen problemen met het invullen van lijsten
13. Je gedachten 'de vrije loop' laten, dagdromen	☐	☐	☐	☐	☐	Geconcentreerd bezig zijn
14. Niet 'automatisch' verschil dingen achter elkaar kunnen doen	☐	☐	☐	☐	☐	Probleemloos van de ene activiteit op de andere over kunnen gaan
15. Risico's nemen die eigenlijk hoog zijn	☐	☐	☐	☐	☐	Geen risico's nemen
16. Gevoel dat je over je eigen benen struikelt	☐	☐	☐	☐	☐	Geen moeite met je bewegingen
17. Als een automaat doorwerken	☐	☐	☐	☐	☐	Aandachtig doorwerken
18. Met de grootste moeite het werk waar je mee bezig bent kunnen voortzetten	☐	☐	☐	☐	☐	Werk waar je mee bezig bent bijna moeiteloos kunnen voortzetten
19. Weerstand bij jezelf overwin om tot activiteit te komen	☐	☐	☐	☐	☐	Zonder problemen tot activiteit komen

Hieronder staan 12 woorden die mensen kunnen gebruiken om aan te geven hoe zij zich voelen. Het is de bedoeling dat u aan de hand van deze woorden omschrijft hoe u zich in de afgelopen week in uw werk voelde.

In hoeverre zijn de 12 woorden op u van toepassing:
helemaal niet, nauwelijks, enigszins of helemaal?

	Helemaal niet 1	Nauwelijks 2	Enigszins 3	Helemaal 4
EMOTIONELE REACTIES (S5)				
1. nerveus	()	()	()	()
2. optimistisch	()	()	()	()
3. somber	()	()	()	()
4. op mijn gemak	()	()	()	()
5. neerslachtig	()	()	()	()
6. rustig	()	()	()	()
7. gejaagd	()	()	()	()
8. triest	()	()	()	()
9. ontspannen	()	()	()	()
10. ongemakkelijk	()	()	()	()
11. opgewekt	()	()	()	()
12. opgetogen	()	()	()	()

Tampa vragenlijst

Geef van onderstaande beweringen door middel van omcirkeling van de cijfers 1 t/m 4 aan in welke mate u het eens of oneens bent met deze bewering. De betekenis van de cijfers is als volgt:

1 = in hoge mate mee **oneens**

2 = enigszins mee oneens

3 = enigszins mee eens

4 = in hoge mate mee eens

1. Ik ben bang om bij het doen van lichaams oefeningen letsel op te lopen	1	2	3	4
2. Als ik me over de pijn heen zou zetten, dan zou hij erger worden	1	2	3	4
3. Mijn lichaam zegt me dat er iets gevaarlijk mis mee is	1	2	3	4
4. Mijn pijn zou waarschijnlijk minder erg worden als ik lichaams oefeningen zou doen	1	2	3	4
5. Mijn gezondheidstoestand wordt door anderen niet serieus genoeg genomen	1	2	3	4
6. Door mijn pijnprobleem loopt mijn lichaam de rest van mijn leven gevaar	1	2	3	4
7. Mijn pijn betekent dat er sprake is van letsel	1	2	3	4
8. Als mijn pijn erger wordt door iets, betekent dat nog niet dat dat gevaarlijk is	1	2	3	4
9. Ik ben bang om per ongeluk letsel op te lopen	1	2	3	4
10. De veiligste manier om te voorkomen dat mijn pijn erger wordt is gewoon oppassen dat ik geen onnodige bewegingen maak	1	2	3	4
11. Ik had wellicht minder pijn als er niet iets gevaarlijks aan de hand zou zijn met mijn lichaam	1	2	3	4
12. Hoewel ik pijn heb, zou ik er beter aan toe zijn als ik lichamelijke actief zou zijn	1	2	3	4
13. Mijn pijn zegt me wanneer ik moet stoppen met lichaams oefeningen doen om geen letsel op te lopen	1	2	3	4
14. Voor iemand in mijn toestand is het echt af te raden om lichamelijke actief te zijn	1	2	3	4
15. Ik kan niet alles doen wat mensen gewoonlijk doen, omdat ik te gemakkelijk letsel oploopt	1	2	3	4
16. Zelfs als ik ergens veel pijn door krijg, geloof ik niet dat dat gevaarlijk is	1	2	3	4
17. Ik zou geen lichaams oefeningen hoeven doen wanneer ik pijn heb	1	2	3	4

Bijlage 2: Handleidingformulieren

INSTRUCTIE

Pain S-E Questionnaire (PSEQ)

M.K. Nicholas (1989)

DOEL(GROEP):	Evaluatieve en inventariserende vragenlijst
	De PSEQ is een vragenlijst die de verwachting van de eigeneffectiviteit ten aanzien van de pijn die de patiënt op dit moment ervaart meet. Deze vragenlijst is geschikt voor patiënten met een chronische aandoening en/of chronische pijnpatiënten. ¹
OPBOUW:	Totaal 10 vragen
AFNAMEDUUR:	10 minuten
BENODIGDHEDEN:	Vragenlijst, pen
RANDVOORWAARDEN:	geen
UITVOERING/INSTRUCTIE:	Patiënt geeft aan hoeveel vertrouwen hij op dit moment er in heeft de gevraagde activiteiten ondanks de pijn uit te kunnen voeren. Het antwoord wordt gegeven door een getal te omcirkelen. De vragenlijst vraagt niet of deze activiteiten daadwerkelijk wel of niet gedaan zijn worden maar naar het vertrouwen dat de patiënt heeft om deze dingen ten uitvoer te brengen. ¹
SCORING:	<u>Per vraag</u> : wijze van score op een zespuntschaal, waarbij: 0= geheel geen vertrouwen 6= volledig vertrouwen ¹
INTERPRETATIE:	Een hogere score duidt op een hogere eigeneffectiviteit verwachting ten aanzien van pijn. ¹

Literatuur:

1. Nicholas M. K. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. European Journal of Pain, 11, 153-163 (2007)

INSTRUCTIE

RAND-36 item Health Survey (RAND-36)

K.I. van der Zee en R. Sanderman (1992)

DOEL(GROEP):	Evaluatieve en inventariserende vragenlijst De RAND-36 is een verkorte versie van de RAND Health Insurance Study Questionnaire en meet de invloed van verschillende vormen van ziektekostenverzekering op de gezondheidstoestand. De RAND-36 kan bij verschillende doelgroepen gebruikt worden.¹ De RAND-36 is vrijwel identiek aan de SF-36®, die internationaal hoort tot de meest gebruikte instrumenten voor het meten van functionele beperkingen.²
OPBOUW:	<u>Totaal 36 items</u> <u>9 subcategorieën:</u> ‘Fysiek functioneren’ (10 items); ‘Rolbeperkingen door fysieke problemen’ (4 items); ‘Rolbeperkingen door emotionele problemen’ (3 items); ‘Vitaliteit’ (4 items); ‘Geestelijke gezondheid’ (5 items); ‘Sociaal functioneren’ (2 items); ‘Pijn’ (2 items); ‘Algemene gezondheidsbeleving’ (5 items); ‘Gezondheidsverandering’ (1 item)¹
AFNAMEDUUR:	Ongeveer 5 minuten ¹
BENODIGDHEDEN:	Vragenlijst, scoreformulier en gebruikershandleiding
RANDVOORWAARDEN:	geen
UITVOERING/INSTRUCTIE:	Patiënt geeft zijn standpunten t.a.v. de eigen gezondheid aan d.m.v. het invullen van gesloten vragen. De tijdsperiode waarvoor de gezondheidsperiode geëvalueerd wordt bedraagt in de standaardversie vier weken. In het geval dat er snel veranderingen in de gezondheidstoestand verwacht worden, kan de evaluatie ook na een week plaatsvinden.¹
SCORING:	<u>Per item:</u> wijze van score (variabel) <u>Totaal score:</u> Een deel van de ruwe scores wordt gehercodeerd, daarna worden de itemscores gesommeerd tot schaalscores (zie onderstaande tabel1).

Bij missende waarden wordt een persoonlijk
schaalgemiddelde berekend.¹

Uiteindelijk worden de scores getransformeerd naar een
100-puntschaal met behulp van volgende formule:

$$\left(\frac{\text{ruwe schaalscore} - \text{minimum ruwe scores}}{\text{scorerange}} \right) \times 100$$

INTERPRETATIE:

Een hogere score duidt op een betere
gezondheidstoestand.¹

Tabel 1: Hercodering en somming van de RAND-36 items ¹

Hercodering en somming van de RAND-36 items										
hercodering items						hercodering				
1	2	6	8	11b	11d	(1=5)	(2=4)	(3=3)	(4=2)	(5=1)
9a	9d	9e	9h	7		(1=6)	(2=5)	(3=4)	(4=3)	(5=2) (6=1)
sommig schaal						rekenkundige som van de items:				
fysiek functioneren						3a + 3b + 3c + 3d + 3e + 3f + 3g + 3h + 3i + 3j				
sociaal functioneren						6 + 10				
rolbeperkingen (fysiek probleem)						4a + 4b + 4c + 4d				
rolbeperkingen (emotioneel probleem)						5a + 5b + 5c				
mentale gezondheid						9b + 9c + 9d + 9f + 9h				
vitaliteit						9a + 9e + 9g + 9i				
pijn						(5 x item7) + (6 x item8)				
algemene gezondheidsbeleving						1 + 11a + 11b + 11c + 11d				
gezondheidsverandering						2				

Literatuur:

1. Zee KI van der, Sanderman R: Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
2. Ware JE, Sherbourne CD. The RAND-36 short-form health status survey: I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-481.

INSTRUCTIE

Maslach Burnout Inventory (MBI) C.Maslach en S.E.Jackson (1981 st/96 rd)

DOEL(GROEP):	Diagnostische en inventariserende vragenlijst Is geschikt om de mate van: - emotionele uitputting naar aanleiding van menselijke interactie - depersonalisatie/cynisme (anderen als negatief subject of object zien) - en het verminderd vertrouwen in persoonlijke competentie bij volwassene werknemers te meten. De vragenlijst test de ondervraagde op het burnout-syndroom.
OPBOUW:	Totaal 20 items, 3 subcategorieën ‘Uitputting’ (8 items); ‘Distantie’ (5 items), ‘Competentie’ (7 items)
AFNAMEDUUR:	Ongeveer 10 minuten
BENODIGDHEDEN:	Invulformulier en pen
RANDVOORWAARDEN:	Geen Betalen van de MBI vragenlijst.
UITVOERING/INSTRUCTIE:	Patiënt geeft door kiezen van het best passende cijfer aan hoe vaak hij de gevraagde klachten of verschijnselen de afgelopen week heeft gehad.
SCORING:	Per item: wijze van score (0-6) Per subtest Uitputting: wijze van score (0-28) Per subtest Distantie: wijze van score (0-14) Per subtest Competentie: wijze van score (0-36) De ingevulde cijfers worden per meetschaal bij elkaar opgeteld.
INTERPRETATIE:	Voor het interpreteren van MBI-scores van individuele patiënten worden hieronder enkele aanwijzingen gegeven. Deze aanwijzingen zijn deels gebaseerd op de gevonden scoreverdeling in dit onderzoek en deels op ongesystematiseerde persoonlijke ervaringen. - De vragen 1,2,3,6,8,12,13 en 18 behoren tot de schaal ‘uitputting’. De scores van deze vragen worden bij elkaar opgeteld. Een score van <4 telt bij 1 en is “zeer laag”. Score 2 is van 4-9 en telt onder “ laag”. 3. is van 10 -20 en hoort onder “gemiddeld”. Een score van 21-26 hoort bij 4. “hoog”. Alles boven de 26 wordt onder

5. “zeer hoog” geïnterpreteerd.

- De distantiescore bevat de vragen 5,10,11,14 en 20.

De scoresom van deze vragen wordt berekend. Ligt het resultaat bij 0, is de interpretatie 1, “zeer laag”. Van 1-3 punten hoort de score bij 2, “laag”. Een score van 3 “gemiddeld” wordt bereikt indien de som 4-10 bedraagt. 4 “hoog” ligt bij 11-14 punten. Telt de som 14 en meer, is de interpretatie 5, “zeer hoog”.

- Onder de schaal competentie vallen de vragen 4,7,9,15,16,17 en 19. Er wordt weer geïnterpreteerd van 1 tot 5. 1 is “zeer laag”, minder dan 18. 2 is “laag”, de som ligt bij 19-24. 3 is “gemiddeld” van 25-30. Een som van 4 is “hoog” en includeert de een score van 31-35. Vanaf 36 punten geldt de interpretatie 5-“zeer hoog”. Zeer laag is hier te zien als afwijkend. Het gemiddelde geeft een normaal beeld van de eigen zicht op competenties en een score boven de 36 van zeer hoog is een goed resultaat.

Literatuur:

1. <http://www.burnout.nl/testopburnout/testopburnout.htm>
2. [http://www.sallandcoach.nl/maslach%20burnout%20inventory%20\(mbi\).html](http://www.sallandcoach.nl/maslach%20burnout%20inventory%20(mbi).html)
3. www.rci.rutgers.edu/~sjacksox/PDF/EvaluatingStress.pdf

INSTRUCTIE

Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

B. Terluin (1994)

DOEL(GROEP):	Diagnostische en inventariserende vragenlijst De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is een vragenlijst, bestaande uit 50 items, gericht op psychosociale klachten. De lijst is ontwikkeld in de huisartsenpraktijk en maakt onderscheid tussen specifieke 'distress'-klachten, depressie, angst, en somatisatie. De 4DKL wordt gebruikt bij patiënten met psychische symptomatologie.
OPBOUW:	Totaal 50 items, 4 subcategorieën 'Distress' (16 items); Depressie (6 items), Angst (12 items); Somatisatie (16 items)
AFNAMEDUUR:	Ongeveer 10 minuten
BENODIGDHEDEN:	Invulformulier en pen
RANDVOORWAARDEN:	geen
UITVOERING/INSTRUCTIE:	Patiënt geeft aan hoe vaak hij de gevraagde klachten of verschijnselen de afgelopen week heeft gehad en kiest voor één van de mogelijke antwoorden.
SCORING:	Per item: wijze van score (0-4) per subtest Distress: wijze van score (0-32) per subtest Depressie: wijze van score (0-12) per subtest Angst: wijze van score (0-24) per subtest Somatisatie: wijze van score (0-32) Voorafgaande aan het berekenen van de somscores per schaal worden de scores '3' en '4' getransformeerd tot een '2'.
INTERPRETATIE:	Voor het interpreteren van 4DKL-scores van individuele patiënten worden hieronder enkele aanwijzingen gegeven. Deze aanwijzingen zijn deels gebaseerd op de gevonden scoreverdeling in dit onderzoek en deels op ongesystematiseerde persoonlijke ervaringen. - Bij een score op de Distressschaal in het middelste derde deel van het schaalbereik (score 10-20) is het waarschijnlijk dat de patiënt spanning ondervindt die

gerelateerd is aan stress, bijvoorbeeld door overbelasting, problemen en/of levensgebeurtenissen.

- Bij een Depressiescore in het hoogste twee derde deel van het schaalbereik (score >4) is er een gereede kans op het bestaan van een 'echte' depressieve stoornis waarvoor een antidepressivum en/of psychotherapie geïndiceerd is.

- Bij een Angstscores in het hoogste twee derde deel van het schaalbereik (score >8) is er een kans op het bestaan van een of meer DSM-IV-angststoornissen waarvoor medicamenteuze behandeling en/of psychotherapie geïndiceerd kunnen zijn.

- Bij een Somatisatiescore in de hoogste helft van het schaalbereik (score >16) is er een grote kans op het bestaan van een somatisatiestoornis zoals omschreven in de DSM-IV.

- Een score in de laagste helft van de Somatisatieschaal (<17) betekent meestal dat er ofwel sprake is van een lichamelijke aandoening, ofwel van een in principe goedaardige somatisatie in het kader van een stressprobleem. In het laatste geval kan de Distressscore ook licht tot matig verhoogd zijn, maar de Depressie- en Angstscores zijn dan aan de lage kant.

Literatuur:

1. Terluin B. De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL); een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet 1996;39(12): 538-47
2. Terluin B. Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten? Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 1998; 76: 435-441
3. [Terluin B, Van Marwijk HWJ, Adèr HJ, De Vet HCW, Penninx BWJH, Hermens MLM, Van Boeijen CA, Van Balkom AJLM, Van der Klink JIL, Stalman WAB: 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.](#)
4. [Terluin B, Duijsens IJ: 4DKL-handleiding. Handleiding van de Vierdimensionale Klachtenlijst. Leiderdorp: Datec; 2002.](#)
5. Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk. Psychodiagnostisch gereedschap. De Psycholoog 1998; 33: 18-24

INSTRUCTIE

Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)

M. van Veldhoven en T. Meijman (1994)

DOEL(GROEP):	Inventariserende, signalerende, screenende en evaluatieve vragenlijst.¹ De Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid bestaat uit vier modules, gericht op arbeidsgerelateerde spanningsreacties. De VBBA wordt gebruikt om de relatie tussen arbeid en gezondheid bij werknemers te bepalen.¹
OPBOUW:	Vooraf aan de vragenlijst dienen een aantal persoonsgegevens ingevuld te worden. Totaal 4 modules met meerdere subcategorieën. ‘Module psychologische taakeisen en regelmogelijkheden’ (8 subcategorieën, 75 items); ‘Module sociaalorganisatorische context en regelmogelijkheden’ (10 subcategorieën, 73 items); ‘Module arbeidsvoorwaarden’ (3 subcategorieën, 23 items); ‘Module gevolgen van psychosociale arbeidsbelasting’ (8 subcategorieën, 81 items).¹
AFNAMEDUUR:	Ongeveer 30 minuten ¹
BENODIGDHEDEN:	Invulformulier en pen ¹
RANDVOORWAARDEN:	Geen
UITVOERING/INSTRUCTIE:	Ten eerste worden de persoonsgegevens opgenomen, waaronder ook de werksituatie. De vragenlijst wordt door de patiënt zelf ingevuld. Alle vragen dienen beantwoord te worden. Hierbij gaat het alleen om de persoonlijke mening van de patiënt. De betreffende vakjes kunnen gewoon aangekruist worden.¹ De score wordt door de therapeut berekend.¹
SCORING:	Wijze van scoring per item: Module 1, 2 en 3: altijd/vaak/soms/nooit. Module 4: ja/nee; grafisch van 1 tot 5 (per vraag verschillende antwoordmogelijkheden) of helemaal niet/nauwelijks/enigszins/helemaal. ²
INTERPRETATIE:	Alle vragen hebben hetzelfde gewicht en worden per subcategorie met een somscore uitgewerkt. Ze worden alle gecodeerd en krijgen per antwoord punten. Het meest ongunstige antwoord levert de meeste punten op. Score is meestal als volgt: • Altijd = 3 • Vaak = 2 • Soms = 1

- Nooit = 0, tenzij de vraag wordt omgekeerd gesteld en 'nooit' is juist het meest ongunstige antwoord. Dan zal 'nooit' 3 punten op moeten leveren.²

Bij de vragen die met ja/nee beantwoord dienen te worden, geldt de score 1 voor het meest ongunstige antwoord en de score 0 voor het gunstigere antwoord.²

Voor alle waardes geldt: als een antwoord ontbreekt en er dus geen punten voor geteld kunnen worden, mag de beoordelaar zelf een punt ervoor geven, die bij de andere gekozen scores past om toch tot een resultaat voor de schaal te komen.²

De gehele som uit de resultaten van alle modules wordt de schaalscore genoemd en dient gestandaardiseerd te worden na een score tussen 0 en 100.²

De schalen 'vermoeidheid tijdens het werk', 'emotionele reacties tijdens het werk' en 'verandering in taak' hebben een afwijkende codering dan de hiervoor genoemde.²

SCHAAL	VRAAG	ANTWOORD	AANTAL PUNTEN
vermoeidheid tijdens het werk	alle vragen	1	3
		2	2
		3 en 4	1
		5	0
emotionele reacties tijdens het werk	niet-omkeervragen	helemaal niet	0
		nauwelijks	0
		enigszins	1
		helemaal	1
	omkeervragen	helemaal niet	1
		nauwelijks	1
		enigszins	0
		helemaal	0

Figuur 2: Codering schalen 'vermoeidheid tijdens het werk' en 'emotionele reacties tijdens het werk'

De schaal 'verandering in de taak' krijgt eveneens een ander berekening. Als de respondent de vraag 'Treden er belangrijke veranderingen op in uw taken?' met 'nooit' beantwoordt, wordt de schaalscore van deze respondent op 0 gesteld en tellen de overige vragen van deze schaal niet meer.²

De berekeningsformule voor de schalen met vier antwoordcategorieën (altijd/vaak/soms/nooit) en de gehercodeerde antwoordcategorieën van de schaal 'vermoeidheid tijdens het werk' luidt:²

$$\text{schaalscore} = \frac{\text{aantal punten}}{3 * \text{aantal beantwoorde items}} * 100$$

Voor de schaal met twee antwoordcategorieën (nee/ja) en de gehercodeerde antwoordcategorieën van de schaal 'emotionele reacties tijdens het werk' wordt de volgende formule gehanteerd:

$$\text{schaalscore} = \frac{\text{aantal punten}}{\text{aantal beantwoorde items}} * 100$$

Literatuur:

1. Veldhoven, van M.; Meijman, T..Het meten van psychosociale arbeidsbelasting met een vragenlijst. Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden(NIA).1994
2. http://www.skbvs.nl/bestanden/www.skbvs.nl_20030716_handleiding_vbba.pdf

INSTRUCTIE

Tampaschaal voor Kinesiofobie (TSK)

Miller R.P. et al (1991)
Vlaeyen J.W.S. et al (1995)

DOEL(GROEP):	Prognostische, evaluatieve en inventariserende vragenlijst De TSK is een vragenlijst die een indruk geeft van de mate van pijngerelateerde vrees bij patiënten met lage rugpijn (LRP) of fibromyalgie. Er wordt geïnventariseerd of het activiteitsniveau van de patiënt beïnvloed wordt door vrees voor weefselschade met vermijdingsgedrag als gevolg.
OPBOUW:	Totaal 17 items Subschaal acute LRP: 'Harm' (6 items); 'activity avoidance' (7 items) Subschaal chronische LRP: 'pathological somatic focus' (5 items); 'activity avoidance' (8 items)
AFNAMEDUUR:	5-10 minuten
BENODIGDHEDEN:	Invulformulier
RANDVOORWAARDEN:	De patiënt vult deze vragenlijst alleen zonder hulp van anderen in.
UITVOERING/INSTRUCTIE:	De patiënt omcirkelt bij de gegeven uitspraken de mate van overeenstemming. De score van de vier omkeer items (4,8,12,16) worden m.b.t. de waardes omgekeerd (score 1 wordt 4, score 2 wordt 3, etc...).
SCORING:	<u>Per item:</u> wijze van score (1-4) meetniveau ordinaal¹ <u>Per subschaal acute LRP:</u> 'Harm' wijze van score (6-24) meetniveau ordinaal; 'activity avoidance' wijze van score (7-28) meetniveau ordinaal¹ <u>Per subschaal chronische LRP:</u> 'pathological somatic focus' wijze van score (5-20) meetniveau ordinaal; 'activity avoidance' wijze van score (8-32) meetniveau ordinaal¹ <u>Totaal score:</u> wijze score (17-68) meetniveau ordinaal¹

INTERPRETATIE: Een hogere score staat voor een hogere mate van bewegingsvrees.

Literatuur:

1. Swinkels-Meewisse E.J., Roelofs J., Verbeek A.L., Ostendorp R.A., Vlaeyen J.W.S.. Fear of movement/ (re)injury, disability and participation in acute low back pain. Pain 2003; 105:371-9.

Bijlage 3: E-mail aan praktijken

Geachte heer/mevrouw,

Via deze weg zouden wij om uw medewerking bij het volgende willen vragen.

Wij, Britta Hilgers en Karola Neuber, zijn twee studenten fysiotherapie van de Hogeschool Zuyd te Heerlen en op het moment bezig met ons afstudeerproject. Binnen het kader van dit project willen wij psychosociale meetinstrumenten inventariseren en publiceren via de veel gebruikte database van het Expertisecentrum Meetinstrumenten voor Revalidatie (ECMR), te vinden onder <http://www.ecmr.nl>.

Bovendien willen wij de mening van verschillende fysiotherapeuten over deze meetinstrumenten inventariseren. Daarvoor hebben wij uw hulp nodig. Nu stelt u zich zeker de vraag wat u te wachten staat. U ontvangt van ons de betreffende zes meetinstrumenten met een handleiding en evaluatieformulieren. Bijgeval u de mogelijkheid hebt, kunt u gedurende vier weken deze meetinstrumenten binnen uw fysiotherapeutisch methodisch handelen gebruiken en ze hierdoor uittesten. Verder vult u een evaluatieformulier in per getest meetinstrument waarin u uw mening kunt aangeven.

Wij rekenen op u, omdat de kwaliteit van onderzoek naar psychosociale problematiek alleen gewaarborgd kan worden met behulp van uw praktijkgerichte mening.

Voor het geval dat u wilt deelnemen, vragen wij u om een kort antwoord op deze mail, waarin u uw deelname bevestigt. U ontvangt dan gedurende week 11 (9 maart t/m 13 maart 2009) alle benodigdheden en verdere instructies.

Wij willen u bij voorbaat danken voor de medewerking.

Voor vragen of meer informatie kunt u met ons contact opnemen.

Met vriendelijke groet,

Britta Hilgers (2054398hilgers@hszuyd.nl)

Karola Neuber (2051263neuber@hszuyd.nl)

Bijlage 4: Instructiebrief

Herzogenrath, 11 maart 2009

Geachte collega in spe,

U hebt zich opgegeven voor deelname aan ons project: Inventariseren van psychosociale meetinstrumenten. Bij deze ontvangt u zes meetinstrumenten samen met een handleiding en de enquêtes. Verder volgen hier nog de instructies m.b.t. het handhaven van deze bijlagen.

Meetinstrumenten:

De meetinstrumenten kunt u gedurende de onderzoekstijd binnen u fysiotherapeutisch methodisch handelen toepassen. Van ieder meetinstrument ontvangt u een exemplaar. Als u deze vaker dan een keer wilt afnemen vragen wij u zelf nog een kopie te maken.

Handleiding:

Voor ieder meetinstrument ligt een handleiding bij, die hulp zal bieden bij het toepassen van de meetinstrumenten. Voor het geval dat u een meetinstrument niet hebt afgenomen, bestaat echter de mogelijkheid aan de hand van deze handleiding de enquête (meetinstrument) in te vullen.

Enquête per meetinstrument (Deel A):

U ontvangt een enquête welke zo mogelijk voor ieder meetinstrument wordt ingevuld. Wij verzoeken u deze zelf te vermenigvuldigen zodat u het benodigde aantal exemplaren ter beschikking hebt.

Algemene enquête (Deel B):

De algemene enquête kunt u op het einde van de vier weken invullen. Daarbij beantwoordt u de vragen, maakt een keuze van de “top drie” meetinstrumenten en hebt u de mogelijkheid algemene opmerkingen over de meetinstrumenten en/of over het project zelf te plaatsen.

Wij verwachten uw antwoord uiterlijk 10 april '09. Daarvoor stuurt u alleen de ingevulde enquêtes per post aan het volgende adres:

Praktijk voor fysiotherapie v/d Bergh
c/o Karola Neuber
Kloosterstraat 58
6369 AE Simpelveld

Wij bedanken ons heel hartelijk voor uw medewerking en wensen u veel plezier en succes bij het werken met de meetinstrumenten.

Met vriendelijke groeten,

Karola Neuber & Britta Hilgers

Bijlage 5: ECMR toelichtingformulieren

15 april 2009 review: B. Hilgers, T.K. Neuber invoer: E. van Engelen	
1 Algemene gegevens	
Lichaamsregio	Het meetinstrument heeft betrekking op de volgende categorieën Algemeen, overig, ongespecificeerd
Aandoening (ICD)	Psychische en persoonlijkheidsstoornissen
Domein 'Menselijk functioneren' (ICF)	Mentale functies; Persoonlijke factoren; Activiteiten algemeen
• <i>Korte beschrijving</i> → De Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) is een vragenlijst die de verwachting van de eigen effectiviteit ten aanzien van de pijn die de patiënt op dit moment ervaart meet. De vragenlijst omvat in totaal tien vragen en is geschikt voor patiënten met een chronische aandoening en/of chronische pijnpatiënten.^{1,2} • <i>Doelgroep</i> → Patiënten met een chronische aandoening en/of chronische pijn.^{1,2} • <i>Auteur:</i> ✓ <i>Oorspronkelijke versie</i> → Nicholas M.K. (1989) ✓ <i>Nederlandse versie</i> → Van Burken P	
2 Doel van het meetinstrument	
• <i>Diagnostisch</i> • <i>Evaluatief/Effectiviteit</i> • <i>Inventariserend</i>	
3 Soort/ Vorm van het meetinstrument	
• <i>Vragenlijst</i> • <i>Opbouw</i> → Totaal 10 items^{1,2} • <i>Invulinstructie</i> → De patiënt geeft op een sevenpunt-schaal aan hoeveel vertrouwen hij op dit moment erin heeft de gevraagde activiteiten ondanks de pijn uit te kunnen voeren. Daarbij staat 0 voor geheel geen vertrouwen en 6 voor volledig vertrouwen.^{1,2} • <i>Meetniveau</i> → Per item: wijze score (0-6) meetniveau ordinaal¹	

4 Verrijgbaarheid

- *Opvraagbaar bij* → Expertisecentrum Meetinstrumenten voor Revalidatie
- *Geschatte kosten* → Gratis te downloaden
- *Copyright* → Nee

5 Methodologische kwaliteit

- **Interne consistentie**

→ Gehele lijst:

Cronbach's α : N=103, populatie chronische lage rugklachten: 0.92¹

Cronbach's α : N=1306, populatie chronische pijnpatiënten: 0.93¹

- **Reproduceerbaarheid**

✓ *Betrouwbaarheid (reliability)* →

→ Gehele lijst:

R(Pearson): N=145, populatie chronische pijnpatiënten: 0.73¹

✓ *Overeenkomst (agreement)* →

- **Validiteit**

✓ *Content validity* →

✓ *Criterion validity* → Volgens de auteur M.K. Nicholas¹ is geen gouden standaard beschikbaar.

✓ *Construct validity*

→ Gehele lijst

Tabel 1: Correlaties tussen PSEQ en andere meetinstrumenten, populatie: chronische lage rugklachten, N=103¹

Meetinstrument	Correlatie met PSEQ	
Average pain	- 0.17	NS
McGill Pain Questionnaire		
Sensation	- 0.31	NS
Affect	- 0.36	NS
Evaluative	- 0.30	NS
MSPQ	- 0.36	NS
STAI-S	- 0.49	p < 0.001
BDI	- 0.59	p < 0.001
PBQ	- 0.74	p < 0.001
CSQ		
Divert attention	- 0.13	NS
Reinterpret	0.24	NS
Catastrophis	- 0.55	p < 0.001
Ignore	0.46	p < 0.001
Pray/hope	- 0.10	NS
Coping statements	0.48	p < 0.001
Increase behaviour	0.45	p < 0.001
Control pain	0.56	p < 0.001
Decrease pain	0.25	NS
SIP-Self	- 0.60	p < 0.001
SIP-Other	- 0.48	p < 0.001
Total numbers of medications used	- 0.45	p < 0.001

• **Responsiviteit / longitudinale validiteit****6 Hanteerbaarheid/ Feasibility**

- *Taal* → Origineel Engels, vertaling Nederlands
- *Benodigdheden* → Invulformulier, pen
- *Randvoorwaarden* → Geen
- *Benodigde tijd* → Ongeveer 10 minuten¹
- *Gebruikershandleiding* → Nee

7 Normgegevens

- *Uitkomstklassen en normgegevens* →
 Lage score (<20) = Patiënt is gefocuseerd op pijn.²
 Hoge score (>40) = Patiënt is ondanks de pijn gemotiveerd activiteiten uit te voeren.²

8 *Overige gegevens*

9 *Literatuurlijst*

1. Nicholas M.K. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. European Journal of Pain. 2007
2. Tonkin L. The pain self-efficacy questionnaire. Australian Journal of Physiotherapie. 2008

RAND-36 item Health Survey (RAND-36) Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF 36)

Maart 2004

Review: Fontys Hogeschool
Eindhoven
Eva Bernges
Monique Bertrand
Lotte Patelski

Invoer: Eveline van Engelen

1 Algemene gegevens

	Het meetinstrument heeft betrekking op de volgende categorieën
Lichaamsregio	Algemeen, overig, ongespecificeerd
Aandoening (ICD)	Overige (Overig, ongespecificeerd)
Domein 'Menselijk functioneren' (ICF)	Mobiliteit/ bewegen, Sensorische functies en pijn, Tussenmenselijke interacties en relaties, Activiteiten algemeen, Participatie algemeen, Overig, ongespecificeerd

- *Korte beschrijving* → De RAND-36 item Health Survey, ofwel de RAND-36 is een verkorte versie van de RAND Health Insurance Study Questionnaire en is in het kader van het RAND Health Science Program in de Verenigde Staten ontwikkeld om de invloed van verschillende vormen van ziektekostenverzekering op de gezondheidstoestand te meten.
De RAND-36 is vrijwel identiek aan de Medical Outcome Study (MOS) Short-Form-36 (SF-36), zoals beschreven door Ware en Sherbourne in 1992.¹ De twee vragenlijsten verschillen alleen bij sommige items in de wijze van formulering en de wijze waarop sommige schaalscores berekend worden.
De RAND-36/SF-36 is momenteel veruit de meest gebruikte vragenlijst voor het meten van ervaren gezondheid of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven
- *Doelgroep* → De RAND-36/SF-36 is een generieke vragenlijst en kan bij verschillende doelgroepen gebruikt worden.¹
- *Auteur*:
 - ✓ *Oorspronkelijke versie* → RAND: J.E. Ware, C.D. Sherbourne (1979)²
 - ✓ *Vertaling* → RAND-36: K.I. van der Zee en R. Sanderman (1992)¹
SF-36: N. Aaronson (1998)³

2 Doel van het meetinstrument

- *Evaluatief/ effectiviteit*
- *Inventariserend*

3 Soort/ Vorm van het meetinstrument

- *Vragenlijst*
- *Opbouw vragenlijst* → Totaal 36 items, Domeinen: Lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid
Subcategorieën: Fysiek functioneren (10 items), Rolbeperkingen door fysieke problemen (4 items), Rolbeperkingen door emotionele problemen (3 items), Vitaliteit (4 items), Geestelijke gezondheid (5 items), Sociaal functioneren (2 items), Pijn (2 items), Algemene gezondheidsbeleving (5 items), Gezondheidsverandering (1 item). Naast de schaalscores kunnen ook een Physical Component Score en een Mental Component Score berekend worden.
- *Invulinstructie* → Gesloten vragen in te vullen door de patiënt over standpunten t.a.v. de eigen gezondheid. De tijdsperiode waarover de gezondheidsperiode geëvalueerd wordt bedraagt in de standaardversie vier weken.
- *Meetniveau* → per item: wijze van score (variabel) Meetniveau nominaal en ordinaal
Meetniveau → totaalscore: Een deel van de ruwe scores wordt gehercodeerd. De itemscores worden gesommeerd tot schaalscores en getransformeerd naar een honderdpuntschaal.¹

(De RAND-36/SF-36 scores worden zodanig getransformeerd dat een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand.)

4 Verkrijgbaarheid

- *Opvraagbaar bij* → De Nederlandse versie van de RAND-36 met de gebruikershandleiding zijn verkrijgbaar bij het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
Link: http://www.rug.nl/nch/research_tools/tools/rand36
- *Geschatte kosten* → RAND-36/SF-36: Geen kosten
Op de site van RAND Health staan de voorwaarden beschreven die aan het gebruik van de SF-36 verbonden zijn. Link: http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item_terms.html
- *Copyright* → Ja

5 Methodologische kwaliteit

De validiteit en betrouwbaarheid van de SF-36/RAND36 is veelvuldig onderzocht, zowel in de algemene populatie als in allerlei diagnosecategorieën. Hieronder zijn alleen de oorspronkelijke gegevens vermeld.

- **Interne consistentie**
 - ✓ De interne consistentie van de RAND-36 wordt aangegeven in Cronbach's alpha (α) en gemiddelde inter-item correlatie (gem. IIC). De personen in deze onderzoekspopulatie hebben geen pathologie.¹

Tabel 2. Interne consistentie RAND-36

Categorie	α n= 1063¹	gem. IIC n= 1063¹
Fysiek functioneren	0.92 ¹	0.54 ¹
Sociaal functioneren	0.71 ¹	0.55 ¹
Rolbeperkingen (fysiek probleem)	0.90 ¹	0.70 ¹
Rolbeperkingen (emotioneel probleem)	0.86 ¹	0.68 ¹
Mentale gezondheid	0.85 ¹	0.55 ¹
Vitaliteit	0.82 ¹	0.54 ¹
Pijn	0.88 ¹	0.82 ¹
Algemene gezondheidsbeleving	0.81 ¹	0.47 ¹
gezondheidsverandering	- ¹	- ¹

- **Reproduceerbaarheid**

- ✓ *Betrouwbaarheid (reliability)* → De test-hertestbetrouwbaarheid voor de RAND-36 is na 2 maanden en na 6 maanden berekend en wordt aangegeven in test-hertest correlatie bij een populatie zonder pathologie.¹

Tabel 3. Test-hertestbetrouwbaarheid RAND-36

Categorie	2 maanden n= 159¹	6 maanden n= 410¹
Fysiek functioneren	0.82 ¹	0.72 ¹
Sociaal functioneren	0.58 ¹	0.52 ¹
Rolbeperkingen (fysiek probleem)	0.60 ¹	0.47 ¹
Rolbeperkingen (emotioneel probleem)	0.67 ¹	0.40 ¹
Mentale gezondheid	0.73 ¹	0.70 ¹
Vitaliteit	0.76 ¹	0.63 ¹
Pijn	0.72 ¹	0.63 ¹
Algemene gezondheidsbeleving	0.80 ¹	0.75 ¹
Gezondheidsverandering	0.40 ¹	0.39 ¹

De intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van de SF-36 wordt aangegeven met de Pearson's correlatiecoëfficiënt. Er wordt niet aangegeven over welke periode de test-hertest is berekend.²

Tabel 4. Intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid SF-36

Categorie	N= 366 Chronische lever ziekte ²
Fysiek functioneren	0.88 ²
Sociaal functioneren	0.89 ²
Rolbeperkingen (fysiek probleem)	0.83 ²
Rol beperkingen (emotioneel probleem)	0.63 ²
Mentale gezondheid	0.77 ²
Vitaliteit	0.87 ²
Pijn	0.80 ²
Algemene gezondheidsbeleving	0.90 ²
Gezondheidsverandering	0.90 ²

✓ *Overeenkomst (agreement)* →

• **Validiteit**

- ✓ *Content validity* → Om de inhoudsvaliditeit ten opzichte van geaccepteerde gezondheidsdefinities te garanderen werden verschillende dimensies van gezondheid gerepresenteerd in de vragenlijst. In de eerste plaats werden die gezondheidsdimensies opgenomen die het meest voorkomen in gezondheidsvragenlijsten, namelijk fysiek, sociaal en rolfunctioneren, mentale gezondheid en algemene gezondheidsbeleving. Daarnaast werden twee dimensies toegevoegd waarvoor veel empirische steun was gevonden, lichamelijke pijn en vitaliteit. ¹
- ✓ *Criterion validity* →
- ✓ *Construct validity* → De correlaties zijn berekend met de Pearson's correlatie coëfficiënt tussen de RAND-36 en de Nottingham Health Profile (NHP) met n= 809, en de Groningse Activiteiten Restrictie Schaal (GARS) met n= 307. ¹

Tabel 5. Construct validity RAND-36

Categorieën RAND-36	NHP fysieke mobilite it	NHP social e isolati e	NHP emotione le reacties	NHP energi e	NH P pijn	NH P slaa p	GAR S
Fysiek functioneren	0.69 ¹	0.17 ¹	0.28 ¹	0.46 ¹	0.58 ₁	0.35 ₁	0.65 ¹
Sociaal functioneren	0.37 ¹	0.42 ¹	0.48 ¹	0.47 ¹	0.37 ₁	0.42 ₁	0.41 ¹
Rolbeperkingen (fysiek probleem)	0.47 ¹	0.26 ¹	0.31 ¹	0.42 ¹	0.49 ₁	0.33 ₁	0.46 ¹
Rolbeperkingen (emotioneel probleem)	0.16 ¹	0.38 ¹	0.46 ¹	0.30 ¹	0.15 ₁	0.31 ₁	0.07 ¹
Mentale gezondheid	0.17 ¹	0.56 ¹	0.66 ¹	0.43 ¹	0.26 ₁	0.43 ₁	0.08 ¹
Vitaliteit	0.39 ¹	0.42 ¹	0.52 ¹	0.63 ¹	0.42 ₁	0.43 ₁	0.34 ¹
Pijn	0.51 ¹	0.29 ¹	0.34 ¹	0.41 ¹	0.65 ₁	0.34 ₁	0.41 ¹
Algemene gezondheidsbeleving	0.45 ¹	0.39 ¹	0.44 ¹	0.53 ¹	0.49 ₁	0.40 ₁	0.46 ¹
Gezondheidsveranderi ng	0.11 ¹	0.07 ¹	0.07 ¹	0.18 ¹	0.14 ₁	0.11 ₁	0.23 ¹

De construct validiteit wordt ook berekend door de correlaties van de categorieën van de RAND-36 met elkaar te vergelijken.¹

Tabel 6. Construct validity RAND-36¹

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Categorieën									
1 Fysiek functioneren									
2 Sociaal functioneren	0.45								
3 Rolbeperkingen (fysiek probleem)	0.59	0.56							
4 Rolbeperkingen (emotioneel probleem)	0.22	0.54	0.39						
5 Mentale gezondheid	0.26	0.62	0.33	0.61					
6 Vitaliteit	0.50	0.67	0.57	0.49	0.71				
7 Pijn	0.62	0.55	0.68	0.31	0.40	0.59			
8 Algemene gezondheidsbeleving	0.60	0.55	0.57	0.36	0.49	0.67	0.62		
9 Gezondheidsverandering	0.21	0.17	0.07	0.25	0.12	0.19	0.23	0.23	

- Responsiviteit/ longitudinale validiteit

6	<i>Hanteerbaarheid/ Feasibility</i> • <i>Taal</i>→ Origineel in het Engels, vertaald in Nederlands • <i>Benodigdheden</i>→ Vragenlijst, scoreformulier en gebruikershandleiding • <i>Randvoorwaarden</i>→ • <i>Benodigde tijd</i>→ 9 minuten ² • <i>Gebruikershandleiding</i>→ Verkrijgbaar bij het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken link: http://www.rug.nl/nch/research_tools/Assessment_tools/RAND-36_handleiding.pdf?as=pdf
7	<i>Normgegevens</i>
8	<i>Overige gegevens</i> • De RAND-36 en de SF-36 zijn twee meetinstrumenten die in de originele versie alleen van elkaar verschillen in de wijze waarop sommige schaalscores berekend worden. In het Nederlands zijn er tevens verschillen in de vertalingen. • De RAND_36/SF-36 bevat zowel positief als negatief geformuleerde antwoorden, zodat voor het berekenen van een score een deel van de antwoorden gehercodeerd moet worden. ¹
9	<i>Literatuurlijst</i> 1. Zee KI van der, Sanderman R: <i>Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding</i>. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken. 2. Unal G, Boer JB de, Borsboom GJJM, Brouwer JT, Essink-Bot ML, Man RA de. <i>A psychometric comparison of health related quality of life measures in chronic liver diseases</i>. Journal of Clinical Epidemiology 2001; 54: 587-596. 3. Aaronson NK, Muller M, Cohen PD, Essink-Bot ML, Fekkes M, Sanderman R, Sprangers MA, te Velde A, Verrips E. <i>Translation, validation and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations</i>. Journal of Clinical Epidemiology 1998; 51: 1055-68.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

15 april 2009

review: B. Hilgers, T.K. Neuber

invoer: E. van Engelen

1 Algemene gegevens

	Het meetinstrument heeft betrekking op de volgende categorieën
Lichaamsregio	Algemeen, overig, ongespecificeerd
Aandoening (ICD)	Psychische en persoonlijkheidsstoornissen
Domein 'Menselijk functioneren' (ICF)	Mentale functies; Persoonlijke factoren

- *Korte beschrijving* → De Maslach Burnout Inventory (MBI) is een vragenlijst, bestaande uit 20 items, gericht op burnout-symptomatiek. De lijst maakt onderscheid tussen 3 subcategorieën: Uitputting, distantie en competentie. Door te scoren op een sevenpunt-schaal geeft de patiënt aan hoe vaak hij de gevraagde klachten of verschijnselen de afgelopen week heeft ervaren.
- *Doelgroep* → Volwassene werknemers met mogelijke burnout-symptomatiek
- *Auteur:*
 - ✓ *Oorspronkelijke versie* → Maslach C., Jackson S.E. (1986/1996)³
 - ✓ *Nederlandse versie* → Schaufeli W., van Dierendonck D. (1993)⁷

2 Doel van het meetinstrument

- Prognostisch
- Evaluatief/Effectiviteit
- Inventariserend

3 Soort/ Vorm van het meetinstrument

- *Vragenlijst*
- *Opbouw* → Totaal 20 items, Uitputting (8 items); Distantie (5 items); Competentie (7 items).
- *Invulinstructie* → Patiënt geeft door kiezen van de best passende cijfer aan hoe vaak hij de gevraagde klachten of verschijnselen de afgelopen week heeft gehad.
- *Meetniveau* → Per item: wijze score (0-6) meetniveau ordinaal
 - Meetniveau* → Per subtest uitputting: wijze score (0-28) meetniveau ordinaal
 - Meetniveau* → Per subtest distantie: wijze score (0-14) meetniveau ordinaal
 - Meetniveau* → Per subtest competentie: wijze score (0-36) meetniveau ordinaal

4	Verkrijgbaarheid • <i>Opvraagbaar bij</i> → Expertisecentrum Meetinstrumenten voor Revalidatie • <i>Geschatte kosten</i> → gratis te downloaden • <i>Copyright</i> → ja
5	Methodologische kwaliteit • Interne consistentie → Gehele lijst: → Subcategorie lijst: - Cronbach's α: subcategorie uitputting, N=3892, Populatie patiënten: 0.87⁴ - Cronbach's α: subcategorie uitputting, N=316, Populatie mensen: 0.83⁴ - Cronbach's α: subcategorie distantie, N=3892, Populatie patiënten: 0.70⁴ - Cronbach's α: subcategorie distantie, N=316, Populatie mensen: 0.56⁴ - Cronbach's α: subcategorie competentie, N=3892, Populatie patiënten: 0.78⁴ - Cronbach's α: subcategorie competentie, N=316, Populatie mensen: 0.71⁴ - ENG: - Cronbach's α: subcategorie uitputting, N=139, Populatie werkgerelateerde klachten: 0.89³ - Cronbach's α: subcategorie distantie, N=139, Populatie werkgerelateerde klachten: 0.67³ - Cronbach's α: subcategorie competentie, N=139, Populatie werkgerelateerde klachten: 0.75³ - Cronbach's α: subcategorie uitputting, N=420, Populatie kans op burnout: 0.9¹ - Cronbach's α: subcategorie distantie, N=420, Populatie kans op burnout: 0.79¹ - Cronbach's α: subcategorie competentie, N=420, Populatie kans op burnout: 0.71¹ • Reproduceerbaarheid ✓ <i>Betrouwbaarheid (reliability)</i> → → Gehele lijst: → Subcategorie lijst: - R(Pearson) intra: Uitputting, N=248, populatie: leraren :0.6¹ - R(Pearson) intra: Distantie, N=248, populatie: leraren: 0.54¹ - R(Pearson) intra: Competentie, N=248, populatie: leraren: 0.57¹ - R(Pearson) intra: Uitputting en Distantie, N=200, populatie: opzichters Na 2 maanden: 0.80² ✓ <i>Overeenkomst (agreement)</i> →

- **Validiteit**

- ✓ *Content validity* →

- ✓ *Criterion validity* →

- ✓ *Construct validity*
→ Gehele lijst

De MBI vertekend positieve resultaten met betrekking tot de convergente validiteit. De MBI schalen meten hetzelfde construct als andere burnout meetinstrumenten zoals de BM, PBI, SBS-HP en MBA.²

De correlaties tussen de pearson waarden van andere burnout meetinstrumenten en de MBI variëren van 0.20 tot 0.56 bij verschillende populaties zoals: werkers in de sociale dienst (N=91), fysici (N=43), verpleegkundige (N=180), politie (N=142).²

- **Responsiviteit / longitudinale validiteit**

Gemiddelde Score Uitputting, N=139, populatie: patiënten onder psychotherapeutische behandeling:

Burnout-groep (N=71): 28.94 (SD 8.09)³

Non-burnout-groep (N=68): 22.50 (SD 9.68)³

Totale groep (N=139): 25.88 (SD 9.46)³

Gemiddelde Score Distantie, N=139, populatie: patiënten onder psychotherapeutische behandeling:

Burnout-groep (N=71): 10.14 (SD 4.77)³

Non-burnout-groep (N=68): 8.31 (SD 4.91)³

Totale groep (N=139): 9.24 (SD 4.89)³

Gemiddelde Score Competentie, N=139, populatie: patiënten onder psychotherapeutische behandeling:

Burnout-groep (N=71): 24.30 (SD 5.60)³

Non-burnout-groep (N=68): 24.61 (SD 4.59)³

Totale groep (N=139): 24.47 (SD 5.12)³

6 **Hanteerbaarheid/ Feasibility**

- *Taal* → Origineel Engels, vertaling Nederlands¹
- *Benodigdheden* → invulformulier, pen
- *Randvoorwaarden* → geen
- *Benodigde tijd* → ongeveer 10 minuten
- *Gebruikershandleiding* → ja¹

7 **Normgegevens**

- *Uitkomstklassen en normgegevens* →

Voor het interpreteren van MBI-scores van individuele patienten worden hieronder enkele aanwijzingen gegeven. Deze aanwijzingen zijn deels gebaseerd op de gevonden scoreverdeling in dit onderzoek en deels op ongesystematiseerde persoonlijke ervaringen.¹

De vragen 1,2,3,6,8,12,13 en 18 behoren tot de schaal 'uitputting'. De scores van deze vragen worden bij elkaar opgeteld. Een score van <4 teld bij 1 en is "zeer laag". Score 2 is van 4-9 en teld onder "laag". 3. is van 10 -20 en hoort onder "gemiddelt". Een score van 21-26 hoort bij 4. "hoog". Alles boven de 26 wordt onder 5. "zeer hoog" geïnterpreteerd.¹

De distantiescore bevat de vragen 5,10,11,14 en 20.

De scoresom van deze vragen wordt berekend. Ligt het resultaat bij 0, is de interpretatie 1, "zeer laag". Van 1-3 punten hoort de score bij 2, "laag". Een score van 3 "gemiddelt" wordt bereikt indien de som 4-10 bedraagt. 4. "hoog" ligt bij 11-14 punten. Teld de som 14 en meer, is de interpretatie 5, "zeer hoog".¹

Onder de schaal competentie vallen de vragen 4,7,9,15,16,17 en 19. Er wordt weer geïnterpreteerd van 1 tot 5. 1. is "zeer laag", minder dan 18. 2. is "laag", de som ligt bij 19-24. 3 is "gemiddeld" van 25-30. Een som van 4 is "hoog" en includeert de een score van 31-35. Vanaf 36 punten geldt de interpretatie 5-"zeer hoog". Zeer laag is hier te zien als afwijkend. Het gemiddelde geeft een normaal beeld van de eigen zicht op competenties en een score boven de 36 van zeer hoog is een goed resultaat.¹

8 Overige gegevens

9 Literatuurlijst

6. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory. Evaluating Stress: A boek of resources. The Scarecrow Press, Inc. Lanham, Md., & London. 1997
7. Schaufeli W.B., Enzmann D., Girault N. Measurement of burnout: a review
8. Schaufeli W.B., Bakker A.B., Hoogduin K., Schaap C., Kladler A. On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. Psychology and Health. 2001
9. Schaufeli W.B., van Dierendonck D. Burnout, een begrip gemeten: De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). Gedrag & Gezondheid, 1994
10. <http://www.burnout.nl/testopburnout/testopburnout.htm>
11. [http://www.sallandcoach.nl/maslach%20burnout%20inventory%20\(mbi\).html](http://www.sallandcoach.nl/maslach%20burnout%20inventory%20(mbi).html)
12. <http://www.werk.belgie.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=16532>

Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

15 april 2009

Review: 1) Eveline van Engelen
2) B. Hilgers
T.K. Neuber

Invoer: Eveline van Engelen

1 Algemene gegevens

	Het meetinstrument heeft betrekking op de volgende categorieën
Lichaamsregio	Algemeen, overige, ongespecificeerd
Aandoening (ICD)	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (Psychische en persoonlijkheidsstoornissen)
Domein 'Menselijk functioneren' (ICF)	Mentale functies, Persoonlijke factoren

- *Korte beschrijving* → De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is een vragenlijst, bestaande uit 50 items, gericht op psychosociale klachten. De lijst is ontwikkeld in de huisartsenpraktijk en maakt onderscheid tussen specifieke 'distress'-klachten, depressie, angst, en somatisatie. Deze vier symptoomdimensies vormen tevens de vier verschillende categorieën. De antwoordmogelijkheden van de lijst zijn ordinaal opgebouwd en hoe hoger een patient scoort op de vragenlijst, des te meer psychosociale klachten ondervindt hij in zijn dagelijkse handelingen.^{1,2}
- *Doelgroep* → Patiënten met psychische symptomatologie¹
- *Auteur:*
 - ✓ *Oorspronkelijke versie* → Terluin B. (1994)^{3,4}

2 Doel van het meetinstrument

- Diagnostisch
- Inventariserend
- Evaluatief
- Prognostisch

3 Soort/ Vorm van het meetinstrument

- Vragenlijst
- *Opbouw* → totaal 50 items, subcategorie 'Distress' (16 items); Depressie (6 items), Angst (12 items); Somatisatie (16 items)
- *Invulinstructie* → Patiënt geeft aan hoe vaak hij de gevraagde klachten of verschijnselen de afgelopen week heeft gehad en kiest voor één van de mogelijke antwoorden.

- *Meetniveau* → per item: wijze score (0-4) meetniveau ordinaal*
- *Meetniveau* → per subtest Distress: wijze score (0-32) meetniveau ordinaal
- *Meetniveau* → per subtest Depressie: wijze score (0-12) meetniveau ordinaal
- *Meetniveau* → per subtest Angst: wijze score (0-24) meetniveau ordinaal
- *Meetniveau* → per subtest Somatisatie: wijze score (0-32) meetniveau ordinaal

*Voorafgaande aan het berekenen van de somscores per schaal worden de scores '3' en '4' getransformeerd tot een '2'.

4 *Verkrijgbaarheid*

- *Opvraagbaar bij* → Expertisecentrum Meetinstrumenten voor Revalidatie
- *Geschatte kosten* → Gratis te downloaden (voor niet-commercieel gebruik)
- *Copyright* → ja, B. Terluin (b.terluin@vumc.nl)

5 *Methodologische kwaliteit*

- **Interne consistentie**
→ Gehele lijst:

→ Subcategorie lijst:

Tabel 1: Interne consistentie (Cronbach's α) tussen de 4DKL-schalen

Populatie	Distress	Depressie	Angst	Somatisatie
patiënten met somatische of psycho- sociale klachten, N=305	0.94 ¹	0.94 ¹	0.88 ¹	0.84 ¹
Idem, enkel na correctie voor variantie verklaard door andere schalen, N=305	0.84 ¹	0.86 ¹	0.74 ¹	0.75 ¹
patiënten met psychische problematiek, N=53	0.84 ²	0.90 ²	0.82 ²	0.88 ²
patiënten met psychische problematiek, N=47	0.88 ²	0.93 ²	0.84 ²	0.91 ²
patiënten met psychische problematiek, N=1424	0.90 ³	0.89 ³	0.88 ³	0.84 ³
werkende bevolking, N=3852		0.82 ⁷		0.79 ⁷

- **Reproduceerbaarheid**
✓ *Betrouwbaarheid (reliability)* →

→ Subcategorie:

R(Pearson), product-moment correlatie coefficient:
N=55, Populatie patiënten met psychische problematiek:
Distressschaal: 0.89
Depressieschaal: 0.89
Angstschaal: 0.90
Somatisatie: 0.94

R(Pearson), intra: N=300, populatie P: overspannen werknemers,
Angstschaal over de 2 periodes:
2 maanden: 0.59⁴
1 jaar: 0.56⁴

R(Pearson), intra: N=300, populatie P: overspannen werknemers,
Depressieschaal over de 2 periodes:
2 maanden: 0.54⁴
1 jaar: 0.45⁴

ICC inter: Depressieschaal, N=55,
populatie: patiënten met depressieve stoornis: 0.89 (95%-BI 0.82-0.94)⁸

- ✓ *Overeenkomst (agreement)* →
Kappa, intra: depressieschaal, N=55, populatie: patiënten met depressieve stoornis: 0.70 (95%-BI 0.50-0.90)⁸

- **Validiteit**

- ✓ *Content validity* →
- ✓ *Criterion validity* →

Als gouden standaard wordt tijdens het onderzoek van Terluin et al.⁸ de diagnose depressieve stoornis gehanteerd.

Sensitiviteit:

scores ≥ 3 : N= 55, populatie: patiënten met depressieve stoornis: 0.91 (95%-BI 0.80-0.97)⁸
scores ≥ 6 : N= 55, populatie: patiënten met depressieve stoornis: 0.71 (95%-BI 0.57-0.82)⁸

Specificiteit:

scores ≥ 3 : N= 55, populatie: patiënten met depressieve stoornis: 0.57 (95%-BI 0.44-0.71)⁸
scores ≥ 6 : N= 55, populatie: patiënten met depressieve stoornis: 0.90 (95%-BI 0.80-0.97)⁸

✓ Construct validity →
Gehele lijst:

Tabel 2: Correlaties tussen de 4DKL-schalen en andere meetinstrumenten

Instrument		Distress	Depressie	Angst	Somatisatie
Selfrating Depression Scale (Zung)	N=55	0.69 ²	0.59 ²	0.40 ²	0.40 ²
General Health Questionnaire (GHQ)	N=55	0.58 ²	0.46 ²	0.29 ²	0.12 ²
Maastrichtse vragenlijst (MV)	N=55	0.76 ²	0.59 ²	0.46 ²	0.29 ²
Hospital Anxiety and Depression Scale	N=55	0.58 ²	0.37 ²	0.72 ²	0.35 ²
HADS-angst		0.67 ²	0.49 ²	0.21 ²	0.22 ²
HADS-depressie					
Zung na attenuatiecorrectie	N=55	0.84 ²	0.72 ²	0.48 ²	0.48 ²
GHQ na attenuatiecorrectie	N=55	0.69 ²	0.53 ²	0.33 ²	0.13 ²
MV na attenuatiecorrectie	N=55	0.93 ²	0.72 ²	0.55 ²	0.35 ²
HADS-angst na attenuatiecorrectie	N=55	0.76 ²	0.49 ²	0.94 ²	0.44 ²
HADS-depressie na attenuatiecorrectie		0.76 ²	0.56 ²	0.24 ²	0.24 ²
HADS-angst	N=X			0.72 ⁷	
Selfrating Depression Scale (Zung)	N=X		0.59 ⁷		

Divergent validity →

Angst onderscheiden van actief probleem oplossen.
Correlatie 4DKL angstschaal met UCL-A (actief probleem oplossen schaal van de Utrechtse Coping Lijst) :
R(Pearson), N=3852, populatie: werkende bevolking Q: -0.14⁷

Depressie onderscheiden van actief probleem oplossen.
Correlatie 4DKL depressieschaal met UCL-A (actief probleem oplossen schaal van de Utrechtse Coping Lijst) :
R(Pearson), N=3852, populatie: werkende bevolking Q: -0.12⁷

Subcategorie:

Tabel 3: Correlatie tussen de 4DKL-schalen, product-moment correlatie coefficienten

	Distress	Depressie	Angst
Depressie	0.72 ¹		
Angst	0.74 ¹	0.63 ¹	
Somatisatie	0.62 ¹	0.47 ¹	0.60 ¹

Verwijzing: in referentie 3 worden een tiental studies over de validiteit van de vierdimensionale klachtenlijst samengevoegd.

- **Responsiviteit / longitudinale validiteit**

Tabel 4: Responsiviteit van de vierdimensionale klachtenlijst

	Distress	Depressie	Angst	Somatisatie
Mean change score (SD) improved (n=20)	-9.3 (6.1) ³	-2.6 (3.1) ³	-3.0 (3.1) ³	-3.5 (4.4) ³
Mean change score (SD) unchanged (n=33)	-0.8 (4.8) ³	-0.4 (2.2) ³	-1.0 (4.8) ³	-0.5 (5.7) ³
Mean change score (SD) deteriorated (n=6)	-2.0 (5.3) ³	-1.3 (2.0) ³	-0.4 (3.3) ³	2.2 (4.0) ³
ROC analysis:	0.88	0.71	0.67	0.69
AUC (95% CI)	(0.79, 0.97)	(0.57, 0.85)	(0.52, 0.81)	(0.55, 0.83)

Gemiddelde Score, subcategorie depressie,
N=55, populatie: patiënten met depressieve stoornis: 7.8 (SD 3.8)⁸

Gemiddelde Score, subcategorie depressie,
N=55, populatie: patiënten zonder depressieve stoornis: 2.6 (SD 2.3)⁸

ROC-analysis, subcategorie depressie: AUC (95%-BI): 0.88 (0.79-0.97)⁸

6 **Hanteerbaarheid/ Feasibility**

- *Taal* → Origineel Nederlands vertaling Engels
- *Benodigdheden* → invulformulier
- *Randvoorwaarden* →
- Benodigde tijd → ongeveer 10 minuten⁴
- Gebruikershandleiding → ja, verkrijgbaar via www.datec.nl/4dkl⁵

7 **Normgegevens**

Uitkomstklassen en normgegevens →

Hoewel de 4DKL primair is ontworpen voor onderzoek van groepen patienten,

heeft de auteur in de praktijk vastgesteld dat de 4DKL goed bruikbaar is voor het in kaart brengen en vervolgen van de meest voorkomende psychische klachten van individuele patienten.

Voor het interpreteren van 4DKL-scores van individuele patienten worden hieronder enkele aanwijzingen gegeven. Deze aanwijzingen zijn deels gebaseerd op de gevonden scoreverdeling in dit onderzoek en deels op ongesystematiseerde persoonlijke ervaringen.⁶

- Bij een score op de Distressschaal in het middelste derde deel van het schaalbereik (score 10-20) is het waarschijnlijk dat de patiënt spanning ondervindt die gerelateerd is aan stress, bijvoorbeeld door overbelasting, problemen en/of levensgebeurtenissen.⁶
- Een hogere Distressscore (>20) in combinatie met relatief lage scores voor Depressie, Angst en Somatisatie, wijst op een ernstige verstoring van de balans tussen draaglast en draagkracht. Dit beeld vinden huisartsen kenmerkend voor surmenage (Terluin, Gill & Winnubst, 1992). Er is sprake van een falende 'coping', oftewel demoralisatie. Doorvragen over piekeren (item 19) en herbelevingen (item 47 en 48) kan snel inzicht geven in de achtergronden van de stress. Een Distressscore >20 komt voor bij een derde van de patiënten met een door de huisarts herkend psychosociaal probleem maar is zeldzaam (7%) onder de overige patiënten.⁶
- Bij een Depressiescore in het hoogste twee derde deel van het schaalbereik (score >4) is er een gerede kans op het bestaan van een 'echte' depressieve stoornis waarvoor een antidepressivum en/of psychotherapie geïndiceerd is. Deze score wordt aangetroffen bij één op de vijf patiënten met een door de huisarts herkend psychosociaal probleem maar is zeldzaam (5%) onder de overige patiënten.⁶
- Bij een Angstscores in het hoogste twee derde deel van het schaalbereik (score >8) is er een kans op het bestaan van een of meer DSM-IV-angststoornissen waarvoor medicamenteuze behandeling en/of psychotherapie geïndiceerd kunnen zijn. Een Angstscores >8 komt voor bij één op de vijf patiënten met een door de huisarts herkend psychosociaal probleem maar is zeldzaam (5%) bij de overige patiënten.⁶
- Bij een Somatisatiescore in de hoogste helft van het schaalbereik (score >16) is er een grote kans op het bestaan van een somatisatiestoornis zoals omschreven in de DSM-IV.
Deze score is aanwezig bij een op de vijf patiënten met een door de huisarts herkend psychosociaal probleem maar is zeldzaam (8%) bij de overige patiënten.⁶
- Een score in de laagste helft van de Somatisatieschaal (<17) betekent meestal dat er ofwel sprake is van een lichamelijke aandoening, ofwel van een in principe goedaardige somatisatie in het kader van een stressprobleem. In het laatste geval kan de Distressscore ook licht tot matig verhoogd zijn, maar de Depressie- en Angstscores zijn dan aan de lage kant.⁶

Hoewel hierboven 'afkappunten' zijn aangegeven, dient men hier met enige voorzichtigheid mee om te gaan. De 4DKL heeft - net als de meeste andere klachtenlijsten - niet de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van bijvoorbeeld een glucosemeter. Diverse patiëntgebonden factoren, zoals de neiging om te overdrijven of

juist te dissimuleren, kunnen in individuele gevallen de score naar boven of naar beneden beïnvloeden. Naast het berekenen van een score is het dan ook aan te bevelen de hoog gescoorde items met de patiënt door te nemen en eventueel verder te vragen naar verwante symptomen en mogelijke oorzaken van de klachten. Zo komt men het beste tot een afgewogen klinisch oordeel over de psychopathologische toestand van de patiënt. ⁶

8 Overige gegevens

9 Literatuurlijst

1. Terluin B. De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL); een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet 1996;39(12): 538-47
2. Terluin B. Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten? Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 1998; 76: 435-441
3. [Terluin B, Van Marwijk HWJ, Adèr HJ, De Vet HCW, Penninx BWJH, Hermens MLM, Van Boeijen CA, Van Balkom AJLM, Van der Klink JJJ, Stalman WAB: 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.](#)
4. 4DKL Vierdimensionale klachtenlijst. Psychische & Werk Psychische aandoeningen en vermoeidheid in de arbeidssituatie. Gedownload op: 03-09-06 via www.psychischenwerk.nl/pw/subarticle.php?id=61&aid=995
5. [Terluin B, Duijsens IJ: 4DKL-handleiding. Handleiding van de Vierdimensionale Klachtenlijst. Leiderdorp: Datec; 2002.](#)
6. Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk. Psychodiagnostisch gereedschap. De Psycholoog 1998; 33: 18-24
7. De Croon E.M., Nieuwenhuijsen K., Hugenholtz N.I.R., van Dijk F.J.H.. Drie vragenlijsten voor diagnostiek van depressie en angststoornissen. TBV, 2005;13(4)
8. Terluin B., Rijmen F., van Marwijk H.W.J., Stalman W.A.B.. Waarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) voor het detecteren van depressieve stoornissen. Huisarts & Wetenschap. 2007

Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA)

15 april 2009

review: B. Hilgers; T.K. Neuber

invoer: E. van Engelen

1 Algemene gegevens

	Het meetinstrument heeft betrekking op de volgende categorieën
Lichaamsregio	Algemeen, overig, ongespecificeerd
Aandoening (ICD)	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (overig, ongespecificeerd)
Domein 'Menselijk functioneren' (ICF)	Mentale functies; Tussenmenselijke interacties en realties; Opleiding, beroep/werk, economisch leven; Maatschappelijk-sociaal-leven

- *Korte beschrijving* → De Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid bestaat uit vier modules, gericht op arbeidsgerelateerde spanningsreacties. De VBBA wordt gebruikt om de relatie tussen arbeid en gezondheid bij werknemers te bepalen.¹
- *Doelgroep* → Volwassene werknemers, werkzaam in een bedrijf
- *Auteur:*
 - ✓ *Oorspronkelijke versie* → Van Veldhoven M.en Meijman T. (1994)¹

2 Doel van het meetinstrument

- *Diagnostisch*
- *Evaluatief/Effectiviteit*
- *Inventariserend*

3 Soort/ Vorm van het meetinstrument

- *Vragenlijst*
- *Opbouw* → Totaal 4 modules, 'Module psychologische taakeisen en regelmogelijkheden' (8 subcategorieën, 75 items); 'Module sociaal-organisatorische context en regelmogelijkheden' (10 subcategorieën, 73 items); 'Module arbeidsvoorwaarden' (3 subcategorieën, 23 items); 'Module gevolgen van psychosociale arbeidsbelasting' (8 subcategorieën, 81 items).^{1,2}
- *Invulinstructie* → Gesloten vragen in te vullen door patiënt. Hierbij gaat het alleen om de persoonlijke mening van de patiënt. De betreffende vakjes kunnen gewoon angekruisd worden.^{1,2}

- *Meetniveau* → Per item: wijze score (variabel) meetniveau ordinaal
Module 1, 2 en 3: altijd/vaak/soms/nooit. Module 4: ja/nee; grafisch van 1 tot 5 (per vraag verschillende antwoordmogelijkheden) of helemaal niet/nauwelijks/enigszins/helemaal.¹

4 *Verkrijgbaarheid*

- *Opvraagbaar bij* → BGD West-Brabant, Arbodienst, Afdeling kwaliteit en ontwikkeling, Postbus 6843, 4802 HV, Breda
- *Geschatte kosten* → Onbekend
- *Copyright* → Ja¹

5 *Methodologische kwaliteit*

- **Interne consistentie**

→ Subcategorie lijst:

Tabel 1: Interne consistentie, N=812, medewerkers van twee gezondheidszorginstellingen en een productiebedrijf²

Subcategorie	Cronbach's α
Werktempo en werkhoeveelheid	0.89
Emotionele belasting	0.85
Lichamelijke inspanning	0.90
Geestelijke belasting	0.87
Afwisseling in het werk	0.82
Leermogelijkheden	0.84
Zelfstandigheid in het werk	0.90
Inspraak	0.85
Contactmogelijkheden	0.77
Relaties met collegas	0.87
Relatie met directe leiding	0.90
Problemen met de taak	0.80
Onduidelijkheid over de taak	0.81
Verandering in de taak	0.86
Informatie	0.83
Communicatie	0.79
Toekomstonzekerheid	0.95
Beloning	0.80
Loopbaanmogelijkheden	0.77
Plezier in het werk	0.79
Betrokkenheid bij de organisatie	0.79
Verandering van baan	0.90
Herstelbehoefte	0.87
Piekeren	0.80
Emotionele reacties tijdens het werk	0.89

- **Reproduceerbaarheid**

- ✓ *Betrouwbaarheid (reliability)* →

- ✓ *Overeenkomst (agreement)* →

- **Validiteit**

- ✓ *Content validity* →

Volgens van Veldhoven et al bestaat er een goede begripsvaliditeit van de VBBA en worden de begrippen psychosociale arbeidsbelasting en werkstress door de subcategorieën kennelijk goed in kaart gebracht.²

- ✓ *Criterion validity* →

Volgens van Veldhoven et al wordt de criteriumvaliditeit van de VBBA onderbouwd door de bevindingen over de relaties van de subcategorieën met persoons- en functiekenmerken uit het binnen de handleiding omschreven onderzoek.²

- ✓ *Construct validity*

- **Responsiviteit / longitudinale validiteit**

6 *Hanteerbaarheid/ Feasibility*

- *Taal* → Nederlands
- *Benodigdheden* → Invulformulier, pen
- *Randvoorwaarden* → Geen
- *Benodigde tijd* → Ongeveer 30 minuten¹
- *Gebruikershandleiding* → Ja,
http://www.skbvs.nl/bestanden/www.skbvs.nl_20030716_handleiding_vbba.pdf

7 *Normgegevens*

8 *Overige gegevens*

9 *Literatuurlijst*

1. Van Veldhoven M., Meijman T.. Het meten van psychosociale arbeidsbelasting met een vragenlijst: De Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA). Nederlands Instituut voor arbeidsomstandigheden (NIA). Amsterdam. 1994
2. Van Veldhoven M., Meijman T., Broersen J.P.J., Fortuin R.J.. Handleiding VBBA. SKB Vragenlijst Services. 2002
3. Sanderma R., Hosman C.M.H., Mulder M.. Het meten van determinanten van gezondheid: een overzicht van beschikbare meetinstrumenten. Van Gorcum. Assen. 1995

Tampaschaal voor Kinesiofobie (TSK)

18 maart 2009

Review: E. Swinkels-Meewisse

Invoer: E. van Engelen

1 Algemene gegevens

	Het meetinstrument heeft betrekking op de volgende categorieën
Lichaamsregio	Wervelkolom; overige
Aandoening (ICD)	Bewegingsapparaat; Psychische stoornissen en gedragsstoornissen
Domein 'Menselijk functioneren' (ICF)	Sensorische functies en pijn; Mentale functies

- *Korte beschrijving* → De Tampaschaal voor Kinesiofobie is een vragenlijst die een indruk geeft van de mate van pijngerelateerde vrees bij patiënten met lage-rugpijn (LRP) of fibromyalgie. Met deze vragenlijst kan worden geïnventariseerd of het activiteitsniveau van de patiënt beïnvloed wordt door vrees voor letsel/weefsel schade met vermijdingsgedrag als gevolg. De vragenlijst bestaat uit 17 items waarbij een hogere score staat voor een hogere mate van bewegingsvrees.
- *Doelgroep* → Patiënten met (sub)acute en chronische lage-rugpijn (LRP) en fibromyalgie
- *Auteur*:
 - ✓ *Oorspronkelijke versie* → Miller, R.P. et al. (1991)⁴
 - ✓ *Nederlandse versie* → Vlaeyen J.W.S.. et al. (1995)¹¹

2 Doel van het meetinstrument

- *Prognostisch*
- *Evaluatief/Effectiviteit*
- *Inventariserend*

3 Soort/ Vorm van het meetinstrument

- *Vragenlijst*
- *Opbouw* → totaal 17 items,
 - acute LRP, subcategorie: Harm (6 items); activity avoidance (7 items)⁸.
 - Chronische LRP, subcategorie: pathological somatic focus (5 items); activity avoidance (8 items)⁸

De vragen zijn van toepassing op meerdere categorieën

	• <i>Invulinstructie</i> → Bij de gegeven uitspraken de mate van overeenstemming omcirkelen. De score van de 4 omkeer items 4, 8, 12, en 16 omkeren (score 1 wordt 4, score 2 wordt 3 etc) • <i>Meetniveau</i> → per item: wijze score (1-4) meetniveau ordinaal <i>Meetniveau</i> → per subschaal <i>acute</i> LRP: “Harm” wijze score (6-24) meetniveau ordinaal; “activity avoidance” wijze score (7-28) meetniveau ordinaal; <i>Meetniveau</i> → per subschaal <i>chronische</i> LRP: “pathological somatic focus” wijze score (5-20) meetniveau ordinaal; “activity avoidance” wijze score (8-32) meetniveau ordinaal <i>Meetniveau</i> → totaalscore: wijze score (17-68) meetniveau ordinaal
4	<i>Verkrijgbaarheid</i> • <i>Opvraagbaar bij</i> → Expertisecentrum Meetinstrumenten voor Revalidatie • <i>Geschatte kosten</i> → gratis te downloaden • <i>Copyright</i> → nee
5	<i>Methodologische kwaliteit</i> Nederlandstalige Tampaschaal voor Kinesiofobie • Interne consistentie → Gehele lijst: Cronbach's α: N=103, populatie chronische LRP : 0,77¹¹ Cronbach's α: N=129, populatie chronische LRP : 0,77¹² Cronbach's α: N= 35, populatie chronische LRP : 0,76¹ Cronbach's α: N=176, populatie acute LRP : 0,70⁹ Cronbach's α: N=176, populatie acute LRP : 0,72⁹ Cronbach's α: N=555, populatie acute LRP : 0,75⁸ Cronbach's α: N= 38, populatie chronische LRP : 0,80¹¹ Cronbach's α: N= 31, populatie chronische LRP : 0,68¹¹ Cronbach's α: N=188, populatie chronische LRP : 0,80² Cronbach's α: N= 89, populatie fibromyalgie : 0,82² → Subschaal lijst: Cronbach's α: harm factor. N=555, acute LRP : 0,68⁸ Activity avoidance factor. N=555, acute LRP: 0,74⁸ Cronbach's α: pathological somatic focus. N=188, chronische LRP: 0,70² Activity avoidance factor. N=188, chronische LRP: 0,73² pathological somatic focus. N=89, fibromyalgie : 0,70² Activity avoidance factor. N=89, fibromyalgie: 0,76² N= 1109, P= patiënten met werk-gerelateerde klachten van de bovenste extremiteiten, gem. leeftijd 41.7 (SD 8.7), 67% vrouwen Uit factoranalyse bleek dat de TSK op twee factoren laadt, te weten: activity avoidance en somatische focus. Cronbach's alpha: activity avoidance 0.67 Somatische focus 0.76¹³

• Reproduceerbaarheid ✓ <i>Betrouwbaarheid (reliability)</i> → → Gehele lijst: R(Pearson): N=176, acute LRP populatie: 0,78 ICC: N=176, acute LRP populatie : 0,78 (95% BI : 0,74 ; 0,85) • Validiteit ✓ <i>Construct validity</i> → Gehele lijst Ten behoeve van construct validiteit werd de correlatie berekend tussen de score op de TSK en de performantie van verschillende gedragstests in populaties van patiënten met chronische en acute LRP. De correlaties varieerden tussen de -0,27 en -0,49 ($p < 0,05$)^{1;10-12} Tevens zijn gegevens bekend van correlaties tussen de TSK en verschillende ander meetinstrumenten voor pijngerelateerde vrees bij zowel acute als chronische LRP patiënten. Deze correlaties varieerden tussen Pearson $r=0.33$ en 0.76^{1;6;9;11} • Responsiviteit / longitudinale validiteit Responsiviteit is nog niet onderzocht. Wel is de Minimal Detectable Change (MDC), ook wel Smallest Detectable Change (SDC) genoemd, in een populatie met acute LRP patiënten vastgesteld.. MDC of SDC, N=176, acute LRP populatie; 9,2 (95% BI: 8,4; 10,3)^{5;7}	6 <i>Hanteerbaarheid/ Feasibility</i> <i>Taal</i> → Nederlands • <i>Benodigdheden</i> → invulformulier • <i>Randvoorwaarden</i> → persoon moet alleen, zonder hulp van anderen de vragen invullen • <i>Benodigde tijd</i> → ongeveer 5-10 min • <i>Gebruikershandleiding</i> → nee 7 <i>Normgegevens</i> • <i>Uitkomstklassen en normgegevens</i> → <i>Totale TSK:</i> In populaties met chronische LRP patiënten varieert de mediaan/gemiddelde tussen 36 en 44^{1;11;12}. Bij patiënten met fibromyalgie is de mediaan 36 (N=119)³. Bij patiënten met acute LRP is de mediaan/het gemiddelde 36 (N=176)⁹ <i>Factoren TSK:</i> Harm factor: acute LRP populatie; N=544; gemiddelde=10,5 (SD3,7) Activity avoidance factor: acute LRP populatie; N=544; gemiddelde = 16,9 (SD=4,1) 8 <i>Overige gegevens</i> • Er zijn momenteel geen Nederlandstalige modificaties gepubliceerd.
--	--

9 Literatuurlijst

1. Crombez G, Vlaeyen JWS, Heuts PHTG, and Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself. Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain* 1999;80:329-39.
2. Goubert L, Crombez G, Van Damme S, Vlaeyen JWS, Bijttebier P, and Roelofs J. Confirmatory factor analysis of the Tampa Scale for Kinesiophobia: invariant two-factor model across low back pain patients and fibromyalgia patients. *Clin J Pain* 2004;20:103-10.
3. Goubert L, Crombez G, Vlaeyen JWS, Van Damme S, Van den Broeck A, and van Houdenhove B. De Tampaschaal voor Kinesiofobie. Psychometrische karakteristieken en normering. *Gedrag & Gezondheid* 2000;28:54-62.
4. Miller RP, Kori SH, Todd DD. (unpublished data).
5. Ostelo RWJG, Swinkels-Meewisse I E, Knol D, Vlaeyen J W S, Vet H C W d. Assessing pain and pain-related fear in acute low back pain: What is the smallest detectable change? In: *Int J Behavioral Medicine* 2007; 14(4):242-248
6. Roelofs J, Goubert L, Peters ML, Vlaeyen JWS, and Crombez G. The Tampa Scale for Kinesiophobia: further examination of psychometric properties in patients with chronic low back pain and fibromyalgia. *Eur.J.Pain* 2004;8:495-502.
7. Swinkels-Meewisse, E. J. Pain-related fear in acute low back pain: The prognostic impact on performance, disability, and participation. 1-185. 2006. Maastricht University.
8. Swinkels-Meewisse EJ, Roelofs J, Verbeek AL, Oostendorp RA, and Vlaeyen JWS. Fear of movement/(re)injury, disability and participation in acute low back pain. *Pain* 2003;105:371-9.
9. Swinkels-Meewisse EJ, Swinkels RA, Verbeek AL, Vlaeyen JWS, and Oostendorp RA. Psychometric properties of the Tampa Scale for Kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Man.Ther.* 2003;8:29-36.
10. Swinkels-Meewisse IE, Roelofs J, Oostendorp RA, Verbeek AL, and Vlaeyen JW. Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. *Pain* 2006;120:36-43.
11. Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Boeren RGB, and Eek Hv. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995;62:363-72.
12. Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Rotteveel AM, Ruesink R, and Heuts PHTG. The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *J Occup Rehabil* 1995;5:235-52.
13. Roelofs, J, Sluiter, JK, Frings-Dresen, MHW, Goossens, M, Thibault, P, Boersma, K, Vlaeyen, JWS, (2007), Fear of movement and (re)injury in chronic musculoskeletal pain: Evidence for an invariant two-factor model of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and Dutch, Swedish and Canadian samples, *Pain*, vol. 131, p. 181-190

Bijlage 6: Analyse Deel A van de enquête

1. Naam van het afgenomen meetinstrument

4DKL

PSEQ, VBBA, 4DKL, Tampa

Tampa, PSEQ

4DKL, Tampa, PSEQ, Rand-36, MBI

MBI

2. Hoe vaak hebt u dit meetinstrument toegepast?

4DKL: 3 keer

1 keer

1 keer

Tampa: 4 keer

Meer dan 10 keer

1 keer

PSEQ: 2 keer

3 keer

1 keer

VBBA: 5 keer

Rand-36: 1 keer

MBI: 1 keer

1 keer

3. Met welk doel hebt u het meetinstrument toegepast?

4DKL: Inventariserend

Inventariserend

Inventariserend

Tampa: Inventarisatie van pijngedrag/ vooral pijnbeleving

Inventariserend/evaluatief binnen het kader van het NLTP behandelprotocol

Inventariserend, evaluatief

PSEQ: Inventariserend

Inventariserend/evaluatief

Evaluatief

VBBA: Inventarisatie van herstelbehoefte en leefstijlfactoren

Rand-36: Inventariserend

MBI: Inventariserend

Inventariserend en toetsend bij deze patiënt

4. Vindt u het gebruik van dit meetinstrument zinvol?

- 4DKL: Ja
Ja
In kaart brengen van psychosociale toestand niet zinvol
- Tampa: Ja
Indien correct ingevuld geeft dit een redelijk inzicht of er sprake is van angst om te bewegen
Ja
- PSEQ: Ja, snel/gemakkelijke indruk over functioneren
Ja, geeft duidelijk aan of er sprake is van inactiviteit door de ervaren pijn
Ja
- VBBA: Ja
- Rand-36: Nee, te lang
- MBI: Ja
Ja zeer, er wordt helder aangegeven hoe deze te interpreteren is

5. Voor welk klachtenbeeld vindt u het meetinstrument nuttig?

- 4DKL: M.b.t. elke klacht waarbij psychologische factoren een rol spelen
Chronische pijnpatiënten
Burnout/overspannen
- Tampa: Bij iedere chronische pijnpatiënt zinvol, ter inventarisatie van inactiviteit
Meerdere klachten: als er anamnestic sprake is van bewegingsangst
Bewegingsangst in kaart brengen
- PSEQ: Divers (doelgroepvalidatie)
Als er anamnestic sprake is van inactiviteit en pijn een grote rol speelt, diverse doelgroepen: bijv. specifieke lage rugklachten
Pijnpatiënten
- VBBA: Evaluatie bij werkinventarisatie (FCE test)
- Rand-36: Functionele beperkingen
- MBI: Burnout/overspannen
Burnout/whiplash

6. Bij welk type patiënten vindt u dit meetinstrument niet bruikbaar? Waarom niet?

- 4DKL: Bij patiënten waarbij geen psychologen component een rol speelt m.b.t. de therapie
Mechanische problematiek, vanwege andere cognitie
Deze lijst is te lang en neemt te veel tijd in beslag binnen een half uur
- Tampa: Niet bij mechanische problemen
Indien er geen sprake is van bewegingsangst
Bij alle patiënten waarbij angst een bepaalde rol speelt

- PSEQ: Voor alle doelgroepen bruikbaar, minder bij mechanische klachten
Acute pijn, status na acuut trauma, specifieke klachten
Bij patiënten waarbij pijn niet op de voorgrond staat
- VBBA: Mechanisch
- Rand-36: Kan bij grotendeels de gehele patiëntengroep worden afgenomen, maar is veels te lang
- MBI: Bij patiënten zonder burnout klachten
Acute low back pain of chronische low back pain

7. Wat vindt u van de benodigde tijd voor het afnemen van dit meetinstrument?

- 4DKL: Laat de vragenlijst met goede instructie thuis invullen
Goed
Veel te lang
- Tampa: Goed
Patiënt vult zelf het formulier in → geen tijdverlies
Ok
- PSEQ: Goed
Kost maar vijf minuten tijd. Zeer goed
Past prima in de tijd
- VBBA: Vrij lang, kost veel tijd
- Rand-36: Te lang
- MBI: Tijdsduur kan niet
Goed, vijf minuten=ok

8. Welk invloed heeft het gebruik van dit meetinstrument op uw verder methodisch handelen?

- 4DKL: Bij hoge scores koppel ik het terug naar huisarts of psycholoog
Geeft richtlijn voor aanpak bij chronische pijnpatiënten
%
- Tampa: Geeft richtlijnen voor opstellen behandelgrootheden
Tampa > 43 → indicatie voor aanpakken van angstcomponent
Geeft een goed beeld van de aanwezige angst
- PSEQ: Goede indruk, bevestiging van keuzes
Opstellen van een specifiek behandelplan gericht op het opbouwen van activiteiten. Doelgerichte adviezen
Bij veel pijnpatiënten heerst een beperkt ziekte-inzicht. Door deze manier van meten is alles beter objectiveerbaar
- VBBA: Goede inventarisatie

Rand-36: Geeft op zich een duidelijk beeld van de functionele beperkingen van een patiënt

MBI: Geeft puur een inventariserende rol
Ja, handleiding voor behandeling

9. Hoe ervaart de patiënt het afnemen van dit meetinstrument?

4DKL: Bij goede instructie ervaart de patiënt dat als positief
Vaker twijfel over keuzemogelijkheden
Te lang

Tampa: Enige onduidelijkheid betreffende meerdere keuzemogelijkheden
Onduidelijk/verwarrend
De schaalverdeling is moeilijk voor hem

PSEQ: Gemakkelijk afneembaar
Duidelijke vragen, de meeste patiënten worden zich bewust van hun inactiviteit
Prima

VBBA: Lang durend

Rand-36: Te lang

MBI: Doet lang over de vragen, kan moeilijk keuzes maken
Goed

10. Zou u in de toekomst het meetinstrument vaker willen afnemen? Zo ja, waarom. Zo nee, waarom niet?

4DKL: Ja, zeker, naam het al geregeld af
Ja, goed ter inventarisatie
Nee, deze lijst is volgens mij niet toepasbaar vanwege lengte en de interpretatie is moeilijk

Tampa: Ja, wordt al veel gebruikt
Nee, te onduidelijk
Ja, gebruik hem al regelmatig

PSEQ: Ja, gemakkelijk toepasbaar
Ja, goede indruk, goed toepasbaar
Ja, bij extreme pijnpatiënten wel, bij de “normale” patiënten beperk ik me waarschijnlijk tot de VAS/PSK

VBBA: Ja, maken zelf gebruik van de kortere varianten

Rand-36: Nee, te lang

MBI: Ja, bij mensen met dergelijke klachten kan het bijdragen aan het objectiveren
Ja, bij soortgelijke ervaring/patiëntendoelgroep zeer nuttig

Bijlage 7: Analyse Deel B van de enquête

1. Hoe is uw algemene interesse in het gebruik van meetinstrumenten?

Uiterst belangrijk

Groot

Interesse is aanwezig, echter door veelvoud van meetinstrumenten is het moeilijk een goede keus te maken

In het kader van evidence based practice kun je niet meer zonder meetinstrumenten. Interesse is dus groot

Ik werk regelmatig/dagelijks met meetinstrumenten en denk dat dit een prima manier is om alles te objectiveren

Zeer nuttig, je hebt een extra handleiding in het behandelplan van de patiënt

2. Weet u waar u meetinstrumenten kunt vinden? Zo ja, welke bronnen raadpleegt u?

Ja, ia de internetsite www.ecmr.nl en uit eigen literatuur en studies

Roadmap, IRV Hoensbroek.

Internet

Ja, www.ecmr.nl, www.cebp.nl, anders via google of sites van collegas, bijv. Paul van der Tas

Ja: www.ecmr.nl / www.fysiovandertas.nl , richtlijnen

Ja, veel de richtlijnen van KNGF met de verwijzing naar meetinstrumenten

3. Vindt u dat het gebruik van meetinstrumenten bijdraagt aan de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening?

Ja zeker een grote meerwaarde

Ja

Ja, op praktijkniveau. Landelijk/regionaal ontbreekt een centrale databank

Ja

Ja

Ja als aanvulling en toetsmoment en voor overdracht naar andere medici

4. Maakt u gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk? Zo ja, welke meetinstrumenten gebruikt u?

Ja: 4DKL, TSK, PSK, Hyperventilatievragenlijst, VAS, BORGschaal, ACSM scores

Ja: diverse lijsten voor chronische pijn, mechanisch: Quebec, Lysholm, VAS, PSK...etc

Ja: TSK, PSK, VAS, BORGschaal, ACSM

Ja: PSK, VAS, TSK, ACSM, BORGschaal, Hyperventilatielijst, handknijpkrachtmeter

Ja: PSK, VAS, TSK, SARS, Tegner, VISA

Ja zoals ze voorkomen

Meetinstrument	Aantal gekregen stemmen	Gebruikt in de praktijk	Niet gebruikt in de praktijk
VBBA		I	I I I I
4DKL	I I I I	I I I I	I I
Rand-36	I I	I I	I I I I
MBI	I	I I	I I I I
TSK	I I I I	I I I I I I	
PSEQ	I I I I	I I I I	I I

Opmerkingen:

VBBA te lang, voor het afnemen van de MBI waren er nog geen geschikte patiënten, ik gebruik vooral korte versies van meetinstrumenten

Nog geen tijd gehad en geen patiëntencategorie voor Rand-36 en 4DKL, VBBA, MBI en TSK voor mij niet van belang.

VBBA veel te lang en niet toepasbaar in de praktijk, geen patiënten voor MBI burnout schaal, PSEQ lijkt een interessant meetinstrument, maar ik heb nog geen tijd gehad om deze toe te passen

De uitwerking en uitleg aan de patiënt van de tampaschaal ontbreekt om het duidelijk uit te leggen

Meetinstrumenten algemeen moeten veel meer aan de praktijk aangeleverd worden en geïmplementeerd worden, dit onderzoek is een goed initiatief