

Eindrapport Project 2008-KWP-P-14: IMPLEMENTATIE EN TOETSING VAN HET GEZONDHEIDSPROFIEL IN HET KINESITHERAPEUTISCH WERKVELD

1. Inleiding

Het gezondheidsprofiel (GHP) (zie bijlage 1) is een anamnestic instrument dat werd ontwikkeld door de opleidingen manuele therapie en kinesitherapie van de Vrije Universiteit Brussel op basis van actuele conceptuele modellen zoals het bio-psychosociaal handelen, de Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren (ICF), het meerdimensionaal belasting/belastbaarheidsmodel en de hulpvraag van de patiënt (Jette, 2006). Het ICF wordt door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO, 2001) gepromoot als vaktaal voor de revalidatie. Het gezondheidsprofiel kan bijdragen tot een grotere kennis van deze theoretische modellen.

Het doel van het project is de bruikbaarheid van het GHP en de invloed ervan op het klinisch redeneerproces na te gaan bij 25 kinesitherapeuten uit het werkveld, die het instrument toepassen bij 5 nieuwe patiënten. De centrale vraag is: levert de toepassing van het GHP als een anamnestic instrument een meerwaarde op in de kinesitherapeutische praktijk?

Aan de hand van een ad hoc opgestelde vragenlijst, gevolgd door diepte-interviews zal worden nagegaan of de toepassing van het GHP een invloed heeft gehad op de kinesitherapeuten wat betreft het verbeteren van de kennis over de onderdelen van het GHP, de toepasbaarheid van het GHP en de betekenis ervan voor het klinisch handelen van de therapeut. De volgende onderzoeksvragen zullen worden beantwoord:

1) Kennis

- Heeft de therapeut na het toepassen van het GHP een grotere kennis van het ICF/biopsychosociaal model?
- Gebruikt de therapeut de begrippen uit het ICF op een correcte manier?

2) Toepasbaarheid

- Hoeveel tijd vraagt het om het GHP in te vullen?
- Verandert deze tijd met de toenemende ervaring met het GHP?
- Is het GHP gebruiksvriendelijk ?
- Is het GHP bruikbaar voor alle settings waarin kinesitherapeuten werkzaam zijn?
- Is het GHP bruikbaar voor alle types pathologie?

3) Klinische impact

- Ervaart de therapeut zelf een klinische meerwaarde door het gebruik van het GHP?
- Is de manier waarop de therapeut aan diagnostiek doet veranderd ?
- Formuleren de therapeuten andere doelen door het gebruik van het GHP ?
- Gaan therapeuten door het gebruik van het GHP andere verrichtingen stellen?

2. Methode

Deelnemers

Via mail werd een oproep tot medewerking verstuurd naar de leden van KRM (Kinekring Regio Mortsel), BKK (Brusselse KineKring) en de stagebegeleiders van de VUB. Met geïnteresseerde therapeuten is dan verder telefonisch contact opgenomen. Ook bevriende therapeuten van de onderzoekers zijn gecontacteerd via mail en achteraf telefonisch gecontacteerd indien deze interesse hadden om mee te werken aan het project. Deelnemers moeten klinisch actief zijn op het moment dat het onderzoek loopt.

Baselinemeting

Vóór er enige informatie over het project gegeven wordt, krijgen de deelnemende therapeuten een casus (casus 1) in tekstvorm en er wordt hen gevraagd om een antwoord te geven op onderstaande vragen (Tabel 1).

- 1) Welke vragen zou u graag nog stellen aan de patiënt ?
- 2) Welke onderzoek of testen zou u als kinesitherapeut uitvoeren ?
- 3) Wat is als kinesitherapeut uw beoordeling van deze patiënt ?
- 4) Wat is uw prognose ?
- 5) Formuleer de behandeldoelen die u bij deze patiënt als kinesitherapeut zou voorop stellen.
- 6) Welke therapiemiddelen zou u gebruiken?

Tabel 1: Vragen die de deelnemers beantwoorden na het lezen van de casus.

Interventie

Na het beantwoorden van de vragen van de casus krijgen de therapeuten informatie over het GHP en de onderliggende theoretische modellen. In een powerpointpresentatie van 30 min wordt het ICF-model georiënteerd binnen de kinesitherapie en worden de ICF-begrippen verduidelijkt. Tijdens het volgende half uur wordt, aan de hand van een voorbeeldcasus, het GHP stapsgewijs en samen met de deelnemers, ingevuld. Na de presentatie krijgen de deelnemers de mogelijkheid om vragen te stellen. Vervolgens worden de deelnemers gevraagd om binnen een periode van 3 à 6 weken na deze informatievergadering vijf nieuwe patiënten te registreren met behulp van het GHP. De opvolging gebeurt telefonisch of per mail. Indien er zich een probleem zou voordoen of indien er extra vragen zouden zijn, kunnen de deelnemers (telefonisch of per mail) terecht bij een onderzoeksmedewerker.

Tweede meting

Na de periode van zes weken, krijgen de deelnemende kinesitherapeuten opnieuw een casus (2) voorgelegd en beantwoorden dezelfde vragen als in casus 1.

Semigestructureerd interview

Wanneer de vragen van casus 2 beantwoord zijn, worden de deelnemers bevraagd over hun ervaringen met het GHP d.m.v. een semi-gestructureerd interview. Het interview wordt afgenomen bij de therapeuten thuis of in hun praktijk. Voor het eigenlijke interview wordt een korte inleidende tekst voorgelezen door de interviewer waarin het onderzoek nogmaals kort toegelicht wordt. Het interview bestaat uit een aantal vragen en stellingen die in een vaste volgorde worden afgewerkt. Voor bepaalde vragen kiest de therapeut een antwoord uit een lijst van mogelijke antwoordcategorieën (zie bijlage 2). Verder bestaat het interview ook uit enkele ja/nee vragen en volledig open vragen. De therapeut wordt steeds gevraagd zijn antwoord te staven. De interviewer stelt bijvragen indien hij dit nodig acht, deze staan niet vast op papier en zijn afhankelijk van de gegeven antwoorden. Het gesprek wordt opgenomen met een digitaal opnametoestel (Philips Digital Voice Tracer 7890) en de interviewer noteert de antwoorden van de therapeut onder de vorm van kernwoorden op het interview formulier. Op vraag van de deelnemer kan de opname van het interview worden stopgezet. Alle interviewopnames worden gecodeerd zodat de namen van de

geïnterviewden onbekend zijn voor de onderzoeker die in een later stadium de interviews analyseert. De vragen die aan bod komen in het interview zijn opgesteld door de werkgroep (zie bijlage 3). Wegens de korte tijdspanne van het onderzoek is er niet nagegaan of de vragen door verschillende deelnemers op dezelfde manier begrepen worden. De transcriptie van de interviews gebeurt door een externe medewerker, er wordt gevraagd de interviews letterlijk in te typen. De antwoorden waar de deelnemers in antwoordcategorieën moeten antwoorden zijn achteraf in percentages omgezet. De kwantitatieve informatie uit de verduidelijking of uit de antwoorden van de therapeuten op open vragen zijn door het korte tijdsbestek van deze studie eenvoudig verwerkt. In de data-exploratiefase wordt in de neergeschreven interviews gezocht naar zowel positieve als negatieve uitspraken over het GHP van de therapeuten (Whitley, B.E. (2002). Principles of Research in Behavioral Science, <http://www.socialresearchmethods.net/kb/contents.php>). In de dataspecificatie fase worden deze uitspraken geclusterd tot enkele kernwoorden. Deze dienen als checklist voor de analyse van de interviews. Iedere uitspraak omtrent het GHP van de therapeuten worden dan geturfd onder deze kernwoorden, iedere therapeut kan maximaal eenmaal per kernwoord gescoord worden. Eén onderzoeker heeft deze kernwoordenlijst opgesteld en voorgelegd aan de projectadviesgroep. Uit het aantal keer dat een kernwoord geturfd is zijn dan percentages op het totale aantal uiteindelijke deelnemers berekend.

Beoordeling van de casussen

De casussen worden kwalitatief beoordeeld met behulp van een checklist (zie bijlage 4). Dit scoresysteem werd ontwikkeld door de onderzoekers en bestaat uit 13 items die afgeleid zijn van het GHP. Er wordt nagegaan in hoeverre de deelnemers de 13 onderdelen van het GHP gebruiken bij het beantwoorden van de vragen. Elk onderdeel krijgt eenzelfde gewicht van 6 punten. De maximale score bedraagt 84. Beide casussen worden onafhankelijk van elkaar beoordeeld door 2 verschillende onderzoekers (EK en PV). Indien de scores van beide beoordelaars 80% of meer overeenstemming vertonen, wordt afgesproken om de scores van beoordelaar EK te gebruiken bij de verdere statistische verwerking. In het geval dat er minder dan 80% overeenstemming is tussen de beoordelaars, wordt de gemiddelde score van de beide beoordelaars gebruikt voor de verdere statistische verwerking.

Blinding

Tijdens de casusbeoordeling en de verwerking van de interviews werden de onderzoeksmedewerker en de casusbeoordelaars geblindeerd voor de identiteit van de deelnemende therapeuten.

Statistische verwerking

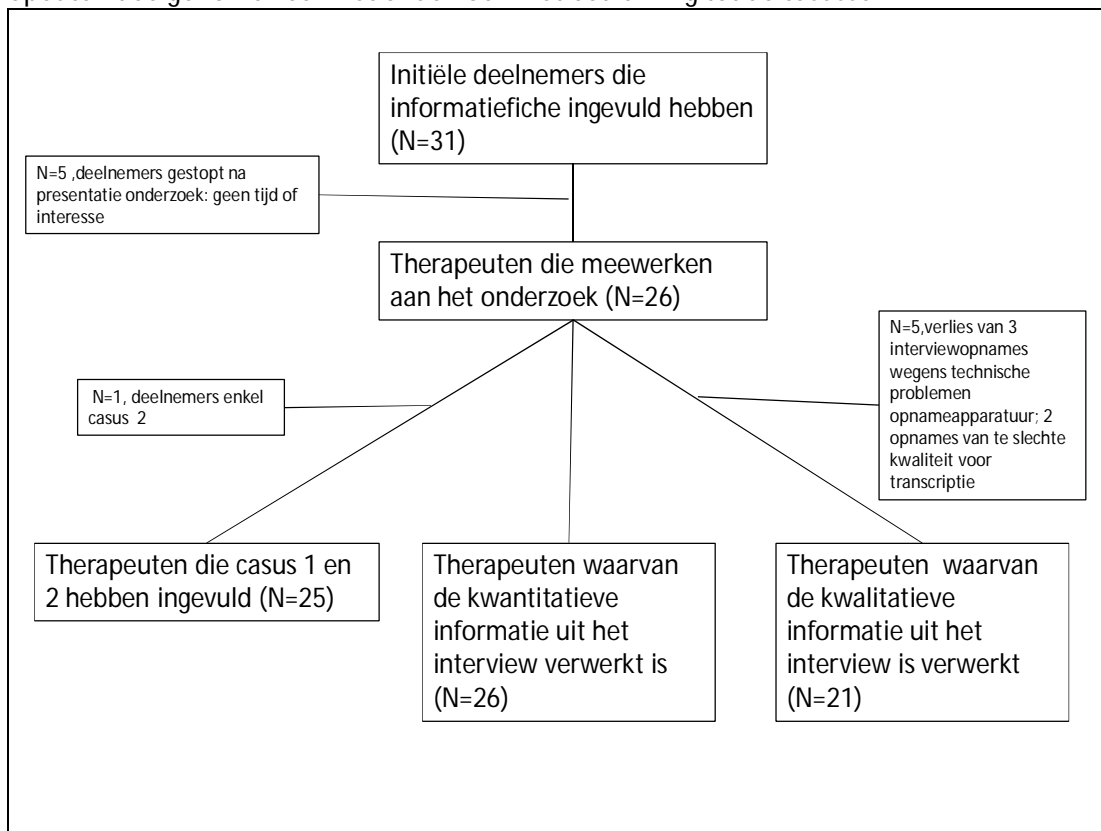
De mate van overeenkomst tussen de beide beoordelaars van de casus gebeurt aan de hand van kruistabellen. Indien de mate van overeenkomst groter of gelijk is aan 80%, worden verschillen tussen de dichotome variabelen getest met behulp van de McNemar test. Verschillen tussen ordinale waarden (gemiddelde scores van de beide beoordelaars wanneer de mate van overeenstemming < 80%) gebeurt met behulp van de χ^2 test. De normaalverdeling wordt nagegaan via de Kolmogorov-Smirnov test. Om het verschil tussen de totaalscores van de casussen aan te tonen wordt de paired-sample t-test gebruikt.

3. Results

Populatie

Initieel worden 31 deelnemers geïnformeerd over het onderzoek (Figuur 1); 5 deelnemers wensten na de informatiesessie niet deel te nemen. Dus hebben uiteindelijk 26 deelnemers een bijdrage geleverd aan het onderzoek. Alle 26 therapeuten werden geïnterviewd na hun deelname. De kwantitatieve data van alle 26 werd tijdens het interview door de onderzoeksmedewerker

genoteerd op een formulier (bijlage 3) en statistisch verwerkt. Vijf opnames die gebruikt zouden worden voor de kwalitatieve data van het interview zijn door technische problemen verloren gegaan. Hierdoor bleven 21 interviews over voor de verdere verwerking van het kwalitatieve deel van de interviews. Eén deelnemer heeft slechts 1 casus (casus 2) ingevuld; zodoende hebben 25 therapeuten deelgenomen aan het onderzoek met betrekking tot de casussen.



Figuur 1: flowchart voor de recrutering van deelnemers

De 26 deelnemende therapeuten zijn gemiddeld 17 jaren actief als kinesitherapeut (min. 2; max. 40). De deelnemende therapeuten zijn allen werkzaam in een privépraktijk en zijn gespecialiseerd in verschillende domeinen: musculoskeletale kinesithérapie, bekkenbodembrevalidatie, pre- en postnatale kinesithérapie, manuele therapie, orthopedie, sportletsels, geriatrie, lymfedrainage, neurologische revalidatie, psychomotoriek,...

De kennis over ICF en het GHP werden bevraagd bij de aanvang van het onderzoek; dit wordt weergegeven in Tabel 2. Alle therapeuten met minder dan 10 jaar klinische ervaring (n=6), kennen het ICF en 4 (67%) daarvan passen het ook toe in hun praktijk. Therapeuten die meer dan 10 jaar ervaring hebben (n=19) zijn minder bekend met het ICF-model: slechts 7 (37%) van hen kennen het en amper 2 (11%) gebruiken het in hun praktijk.

N=25	ja	Nee
Kennis ICF	13 (52%)	12 (48%)
Gebruik ICF	6 (24%)	19 (76%)
Kennis GHP	6 (24%)	19 (76%)
Gebruik GHP	4 (16%)	21 (84%)

Tabel 2: Kennis van International Classification of Functioning (ICF) en het GHP (GHP): weergave in absolute aantallen en percentages van het totaal aantal deelnemers

Casussen

Betrouwbaarheid van de beoordelaars

Voor 17 items van casus 1 en 18 items casus 2 bestaat er een overeenstemming tussen de twee beoordelaars van 80% of meer (Tabel 3). De (dichotome) scores van beoordelaar EK voor deze items worden gebruikt voor verdere verwerking. Voor 8 items van casus 1 en 7 items casus 2 is er minder dan 80% overeenstemming tussen de beide beoordelaars. Het gemiddelde van de scores van de beide beoordelaars wordt in dit geval gebruikt voor de verder verwerking van de data.

item	casus 1	casus 2	item	casus 1	casus 2
2	93	100	8.3	86	80
3.1	100	100	9.1	80	89
3.2	97	100	9.2	93	68
4.1	60	65	10.1	60	81
4.2	97	100	10.2	90	89
5.1	83	77	11	93	92
5.2	97	100	12	100	96
6	77	100	13.1	97	96
7.1	63	92	13.2	70	44
7.2	87	85	13.3	87	88
7.3	90	100	14	83	85
8.1	27	19	15	77	58
8.2	73	54			

Tabel 3: Mate van overeenkomst tussen beoordelaar 1 en beoordelaar 2 (in %) voor elk item van de vragenlijst. Waarden kleiner dan 80% worden in vet weergegeven.

Totale score van de vragenlijst.

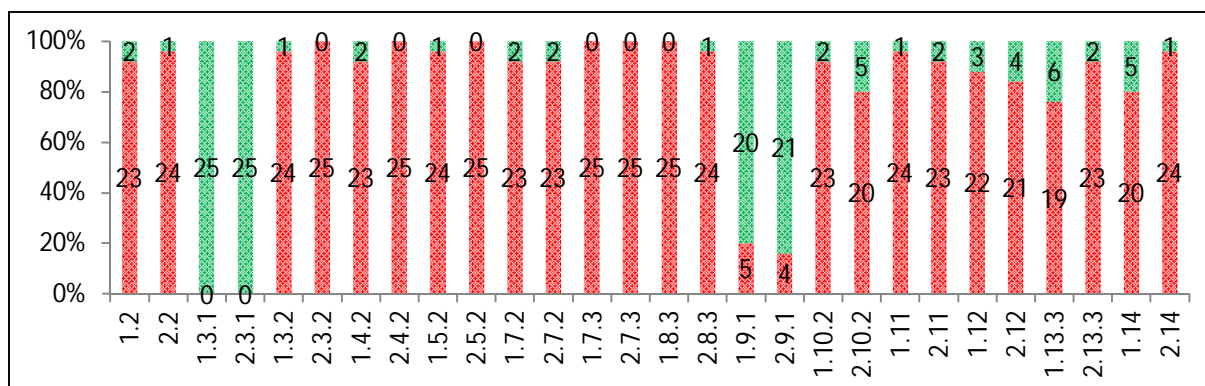
De gemiddelde totale score van de eerste casus (21/84) verschilt niet significant ($p=0,262$) van de gemiddelde score van de tweede casus (18/84) (Tabel 4). Beide scores zijn normaal verdeeld.

score casus 1 – score casus 2	df=24	t=1,150	p=0,262
-------------------------------	-------	---------	---------

Tabel 4: t-toets voor gepaarde waarnemingen van de totale score op de vragenlijst van casus 1 en casus 2

Scores per item

De items waarbij de mate van overeenkomst tussen de scores van de twee beoordelaars groter of gelijk aan 80% is, zijn dichotoom en worden dus op significante verschillen getest met behulp van de McNemar test. Items 3.1 en 7.3 vertonen identieke scores op casus 1 en casus 2 (Grafiek 1). De verschillen tussen casus 1 en casus 2, waar te nemen bij de overige items, zijn niet significant (Tabel 5).

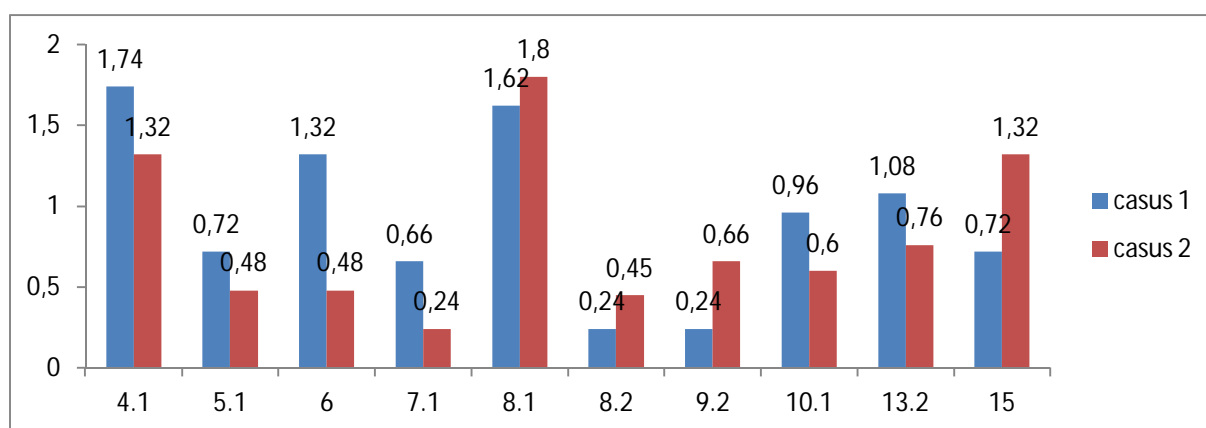


Grafiek 1: dichotome scores van de items waarvan de mate van overeenkomst tussen de beoordelaars groter of gelijk aan 80% is (1.2=casus 1 item 2; 2.3.1=casus 2 item 3 subitem 1;...zie ook bijlage 4).

	2	3.2	4.2	5.2	7.2	8.3	9.1	10.2	11	12	13.1	13.3	14
p	1,00	1,00	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	0,38	1,00	1,00	1,00	0,22	0,22

Tabel 5: Significantiewaarden van de McNemar test voor de items waarvan de mate van overeenkomst tussen de beoordelaars groter of gelijk aan 80% is

Van de items waarbij de mate van overeenkomst tussen de scores van de twee beoordelaars kleiner is dan 80%, worden de gemiddelde waarden van de beide beoordelaars gebruikt (Grafiek 2). Het zijn aldus geen dichotome waarden meer en de χ^2 test wordt gebruikt om de significantie van de waargenomen verschillen na te gaan. Ook voor deze items werden echter geen significante verschillen gevonden (Tabel 6).



Grafiek 2: Gemiddelde scores van de items waarvan de mate van overeenkomst tussen de beoordelaars kleiner is dan 80%.

	Item van de checklist									
	4.1	5.1	6	7.1	8.1	8.2	9.2	10.1	13.2	15
Chi ²	5,056	0,634	1,22	0,032	2,961	1,778	1,223	0,417	1,37	1,646
p	0,282	0,729	0,54	0,859	0,228	0,411	0,543	0,812	0,849	0,199

Tabel 6: χ^2 test tussen casus 1 en casus 2 voor de items waarvan de mate van overeenkomst tussen de beoordelaars kleiner is dan 80%

Interview - kwantitatieve data

Drie therapeuten (14%) vinden dat ze onvoldoende informatie hadden gekregen om het GHP te gebruiken en hebben daarom extra informatie ingewonnen bij de onderzoeksmedewerker.

Een grote meerderheid van de respondenten geeft een verkeerde definitie van de begrippen 'stoornissen' en 'beperkingen' wanneer hiernaar gevraagd wordt in het interview (Tabel 7); de begrip 'participatie' is beter gekend.

ICF- begrip	Juist	Fout
Stoornissen	10%	90%
Beperkingen	15%	85%
Participatie	76%	24%
Externe factoren	52%	48%
Interne factoren	48%	52%

Tabel 7: percentage van juiste en foute antwoorden op interviewvraag 1: Formuleer in uw eigen woorden de IFC-begrippen

Het grootste deel (77%) van de therapeuten had 5 à 20 min nodig om een GHP in te vullen wanneer zich een nieuwe patiënt aanmeldde (Tabel 8). Een klein aantal therapeuten had minder tijd nodig. Elf procent van de deelnemers gaf geen antwoord op deze vraag.

N=26	< 5 min	5 – 10 min	10 – 15 min	15 – 20 min	20 – 25 min	Geen antwoord
Hoeveel tijd heeft u nodig om een GHP in te vullen?	3,85%	23,08%	26,92%	26,92%	7,69%	11,54%

Tabel 8: tijdsbesteding aan het invullen van GHP voor 1 patiënt

Eenzestig procent (61,54%) (n=16) van de deelnemende therapeuten spendeert meer tijd aan de intake van een nieuwe patiënt (Tabel 9) wanneer het GHP gebruikt wordt in vergelijking met de eigen manier. Hiervan vindt 68,75% dit een acceptabele tijdsinvestering. Een grote meerderheid (80,77%) van de volledige groep ondervraagden (n=26) vindt dit een acceptabele tijdsinvestering (Tabel 10).

N=26	Meer	Evenveel	Minder
Hebt u het idee dat deze manier van werken met het GHP meer/evenveel/minder tijd in beslag neemt dan uw vorige manier van werken?	61,54%	34,62%	3,85%

Tabel 9: Tijdsbesteding aan het invullen van het GHP in vergelijking met de vorige manier van werken

N=26	Ja	Nee
Vindt u dat een acceptabele tijdsinvestering?	80,77%	19,23%

Tabel 10: de tijdsinvestering, nodig voor het invullen van het GHP, acceptabel

Een meerderheid (61,54%) van de geïnterviewden vinden het gezondheidsprofiel gebruiksvriendelijk; 7,69% beoordeelt de gebruiksvriendelijkheid zelfs als uitstekend (Tabel 11). Slechts 7,69% vindt de gebruiksvriendelijkheid slecht. De helft van de onderzoekspopulatie (65,38%) vindt dat het gezondheidsprofiel goed toepasbaar is in hun setting; 15,38% vindt het zelfs uitstekend toepasbaar in hun setting (Tabel 11). Een klein deel van de therapeuten is van oordeel dat de toepasbaarheid in hun setting slecht is (7,69%).

N=26	Uitstekend	Goed	Matig	Slecht	Zeer slecht	Geen antwoord
Hoe beoordeelt u de gebruiksvriendelijkheid van het GZH?	7,69%	61,54%	23,08%	7,69%	0,00%	0,00%
Hoe beoordeelt u de toepasbaarheid van het gezondheidsprofiel in uw setting?	15,38%	50,00%	26,92%	7,69%	0,00%	0,00%
Hoe beoordeelt u de	11,54%	57,69%	15,38%	3,85%	0,00%	11,54%

toepasbaarheid van het GHP bij 5 patiënten?						
---	--	--	--	--	--	--

Tabel 11: kwantitatieve resultaten van het interview

Een meerderheid (61,54%) van de deelnemers ervaart een verschil in de manier waarop de 'intake' van een nieuwe patiënt gebeurt (Tabel 12). Ongeveer de helft (53,85 %) van de therapeuten zou het gezondheidsprofiel in de toekomst nog gebruiken. In schril contrast hiermee staat de bevinding dat 80,77% van de therapeuten het gezondheidsprofiel zou aanraden aan collega's (Tabel 12). Meer dan de helft (53,85%) van de therapeuten communiceert op dezelfde manier met artsen of collega's terwijl 38,46% wel een verandering ervaart.

N=26	Ja	Nee	geen antwoord
Verschildt het GHP van uw gebruikelijke 'intake' ?	61,54%	34,62%	3,85%
Zou u het GHP in de toekomst nog gebruiken?	53,85%	42,31%	3,85%
Zou u het GHP aanraden bij uw collega's?	80,77%	15,38%	3,85%
Verandering in communicatie met artsen of collega's?	38,46%	53,85%	7,69%

Tabel 12: kwantitatieve resultaten van het interview

Meer dan een kwart (26,93%) van de ondervraagden, ervaart een verandering in hun klinisch handelen (Tabel 13). Bijna de helft van de deelnemers (46,15%) merkt een verandering op in de manier waarop zij een anamnese afnemen als het gezondheidsprofiel gebruikt wordt. Ongeveer 20% van de therapeuten heeft gemerkt dat er andere behandeldoelstellingen geformuleerd worden als het gezondheidsprofiel gebruikt wordt. Alle therapeuten geven aan dat hun therapiemiddelen niet veranderen door het gebruik van het gezondheidsprofiel en het grootste deel van de deelnemers ervaart geen veranderingen in het uitvoeren van hun functieonderzoek (84,61%) (Tabel 13).

N=26	volledig mee eens	mee eens	onbeslist	mee oneens	volledig mee oneens
Ik ervaar een verandering in mijn klinisch handelen door het gebruik van het gezondheidsprofiel	3,85%	23,08%	7,69%	61,54%	3,85%
Ik denk dat er iets veranderd is aan uw manier van anamnese afnemen door het gebruik van het gezondheidsprofiel	7,69%	38,46%	11,54%	42,31%	0,00%
Ik voer mijn functieonderzoek op een andere manier uit door	0,00%	3,85%	11,54%	69,23%	15,38%

het gebruik van het gezondheidsprofiel					
Ik stel door het gebruik van het GHP andere behandeldoelstellingen	0,00%	19,23%	11,54%	53,85%	15,38%
Ik stel door het gebruik van het GHP andere therapeutische verrichtingen	0,00%	0,00%	0,00%	80,77%	19,23%

Tabel 13: kwantitatieve resultaten van het interview

Interview – kwalitatieve data

In bijlage 5 wordt een overzicht gegeven van de uitspraken uit de interviews die geclusterd worden tot kernwoorden (data-exploratiefase en dataspecificatiefase) zoals die in Tabel 14 neergeschreven worden.

Het gezondheidsprofiel wordt door 80,95 % van de deelnemers ervaren als een goede manier om tot een patiëntendossier te komen. Bij 14,29 % zorgt het gezondheidsprofiel voor een anamnese met meer structuur. Eén derde (33,33%) noteert in het gezondheidsprofiel elementen die ze normaal niet zouden noteren, wat hun klinisch handelen dus inzichtelijker kan maken. Er heerst bij een groot deel van de therapeuten onduidelijkheid over de gebruikte begrippen in het gezondheidsprofiel (71,43%). Iets minder dan de helft (47,62%) van de therapeuten geeft ook aan dat er inhoudelijk enkele problemen zijn. Een klein aantal deelnemers (9,52 %) vindt het gezondheidsprofiel te tijdrovend

Positieve kernwoorden		Negatieve kernwoorden	
Dieper ingaan op problematiek patiënt = biopsychosociaal	71,43%	vorm	38,10%
Meer structuur in de anamnese	14,29%	onduidelijkheid	71,43%
inzichtelijker maken van klinisch redeneren	33,33%	Inhoud	47,62%
goed, volledig dossier	80,95%	niet toepasbaar op alle patiëntgroepen	23,81%
Nuttig voor kinesitherapeuten met veel of weinig ervaring/studenten	28,57%	te tijdrovend	9,52%

Tabel 14: Kernwoorden uit het kwalitatieve deel van het interview (n=21)

Discussie en conclusie

In deze discussie bespreken we eerst voor elke onderzoeksvraag de gegevens die werden verzameld vanuit de uitwerking van de twee evaluatiecasussen en uit het kwantitatieve en het kwalitatieve deel van het interview.

1) Kennis

- *Heeft de therapeut na het toepassen van het GHP een grotere kennis van het ICF/biopsychosociaal model?*

Uit de beoordeling van de casussen blijkt dat de kennis van de therapeuten over het ICF en het biopsychosociaal model niet veranderd is: zowel de totale score als de scores van de individuele items die betrekking hebben op de ICF-begrippen, verschillen niet significant tussen de beoordelingen vóór en na de interventie.

- *Gebruikt de therapeut de begrippen uit het ICF op een correcte manier?*

Uit de beoordeling van de casussen blijkt dat enkel de begrip 'stoornis' op een correcte manier gebruikt wordt. Dit wordt echter niet weerspiegeld in de resultaten van het interview. Uit het interview blijkt dat een meerderheid van de deelnemers de begrippen stoornis en activiteit foutief definieert. Ongeveer de helft van de deelnemers definieert de begrippen externe en persoonlijke factoren foutief.

2) Toepasbaarheid

- Wat is de gebruikstijd van het GHP ?

De meerderheid van de deelnemende therapeuten geeft aan dat de gebruikstijd die nodig is voor het invullen van een GHP schommelt tussen 5 en 20 minuten. De meesten vinden dat dit meer tijd in beslag neemt dan de eigen manier van werken. Uit de kwantitatieve data van het interview blijkt dat 80,71% van de 26 geïnterviewden vindt dat dit een acceptabele tijdsinvestering is. Uit de kwalitatieve data van het interview blijkt dat 9,52% vindt dat de toepassing van het GHP te tijdrovend is.

- Is het GHP gebruiksvriendelijk ?

Meer dan 68% van de ondervraagden vindt het GHP een gebruiksvriendelijke tool. Een meerderheid vindt dat het GHP verschilt van de manier waarop zij een patiënt gebruikelijk bevragen maar 54% van de therapeuten geeft aan om het GHP in de toekomst nog te willen gebruiken.

- Is het GHP bruikbaar voor alle settings waarin kinesitherapeuten werkzaam zijn? - Is het GHP bruikbaar voor alle types pathologie?

Meer dan 65% van de therapeuten vindt dat het GHP bruikbaar is in de eigen setting. Slechts 2 personen (7,68%) vinden de bruikbaarheid van het GHP in de eigen setting slecht; met name bekkenbodemreëducatie, perinatale kinesitherapie, kinesitherapie bij hyperventilatie, psychomotoriek. Uit de kwalitatieve verwerking van het interview blijkt dat 23,81% van de deelnemers denkt dat het GHP niet toepasbaar is op alle patiëntengroepen.

3) Klinische impact

- Ervaart de therapeut zelf een klinische meerwaarde door het gebruik van het GHP?

Uit de beoordeling van de casussen blijkt dat er geen verandering is in het klinisch handelen: het kinesitherapeutische probleem wordt in de tweede casus niet meer dan in de eerste casus omschreven in termen van stoornis, beperkingen, participatie, externe en interne factoren. Er is ook geen verschil gevonden tussen de beoordeling van de casussen met betrekking tot het formuleren van een kinesitherapeutisch werkdiagnose volgens de ICF-dimensies stoornis, beperking en participatie. Uit het interview blijkt wel dat 23% van de respondenten aangeven dat het gebruik van het GHP een invloed heeft gehad op hun klinisch handelen. Meer dan 70% vindt dat de problematiek van de patiënt grondiger wordt beschreven wanneer gebruik wordt gemaakt van het GHP. Meer dan 80% van de ondervraagden vindt tevens dat het GHP bijdraagt tot een goed volledig dossier.

- Is de manier waarop de therapeut aan diagnostiek doet veranderd?

Zesenvertig procent (46%) van de geïnterviewde therapeuten geeft aan dat de manier van anamnese afnemen veranderd is door gebruik te maken van het GHP. Bijna 15% van de geïnterviewden vindt dat het GHP bijdraagt tot meer structuur in de anamnese. Een grote groep van de ondervraagden (84,61%) vindt niet dat de manier waarop zij een functieonderzoek uitvoeren, beïnvloed wordt door het gebruik van het GHP.

- Formuleren de therapeuten andere doelen door het gebruik van het GHP ?

De meerderheid vindt niet dat ze andere doelen formuleren door het gebruik van het GHP. Toch ondervindt 19,23% van de ondervraagden een verandering in het formuleren van

behandeldoelen. Uit de beoordeling van de casussen blijkt dat er in de tweede casus niet meer rekening gehouden wordt met de hulpvraag van de patiënt, noch met de hulpvraag van de patiënt wanneer de behandeldoelen geformuleerd worden.

- Gaan de therapeuten door het gebruik van het GHP andere verrichtingen stellen?

De geïnterviewde therapeuten zijn het unaniem eens dat ze geen andere verrichtingen toepassen door het gebruik van het GHP.

DISCUSSIE:

Kennis van de ICF-begrippen via de casussen

Bij de aanvang van het onderzoek was de kennis van de deelnemers over het ICF beperkt: ongeveer de helft van de deelnemers kende het ICF niet. Slechts een beperkte groep, voornamelijk therapeuten die recent (afgelopen 10 jaar) afstudeerden, geven aan dat ze het ICF betrekken bij hun klinisch handelen. Ondanks de informatieronde en het oefenmoment met vijf nieuwe patiënten waarbij het GHP werd gebruikt om de verschillende ICF-begrippen te bevragen en te noteren, bleek uit de casusbeoordeling dat er geen verandering was in de correcte toepassing van de ICF-begrippen stoornis, beperking en participatie en dat interne en externe factoren niet werden aangehaald als herstelbelemmerende of herstelbevorderende factoren. Dit resultaat kan impliceren dat onze informatieronde en het oefenmoment onvoldoende zijn om het routinegedrag van de therapeuten te veranderen. Anderzijds moet rekening gehouden worden met het feit dat onze meetprocedure (beoordeling van een papieren casus) onvoldoende sensitief / responsief kan zijn om veranderingen te detecteren. Op basis van de summier antwoorden die de deelnemers noteerden op hun casus, vermoedden de beide beoordelaars dat de deelnemende therapeuten zeer snel en zonder diepgang hebben geantwoord. De manier van vraagstelling (open vragen) kan dit in de hand werken. De onderzoekers hebben bij het opstellen van deze vragen geopteerd om gebruik te maken van open vragen om zo weinig mogelijk suggestief te zijn.

Kennis van de ICF-begrippen via het interview

De kwantitatieve resultaten van het interview geven aan dat ongeveer de helft van de ondervraagden kennis hadden van 'interne' en 'externe factoren', driekwart van hen konden het begrip 'participatie' juist omschrijven en een minderheid kon een juiste omschrijving geven van de begrippen 'stoornis' en 'beperking'. Uit de kwalitatieve interviewdata blijkt dat meer dan 70% van de deelnemers het GHP te onduidelijk vindt. De kernomschrijving omvat oa. de begrippen van de theoretische modellen waarop het GHP gebaseerd is (bijlage 5).

De bevindingen uit het casusonderzoek en het aanvullende interview suggereren dat het toepassen in de praktijk van het benoemen en classificeren van gezondheidsdimensies zoals het ICF een langdurig leer proces is. Vermits het eenmalig informeren van therapeuten niet voldoende blijkt om de kennis en het klinisch handelen te veranderen, is het nuttig om in de toekomst na te denken over een meer actieve implementatiestrategie.

Toepasbaarheid van het GHP

Een grote groep therapeuten vindt het GHP gebruiksvriendelijk. Toch vindt 30% dat het GHP op dit vlak tekort schiet. Daarom denken de onderzoekers dat een elektronische versie van het GHP met de mogelijkheid om vaste antwoorden aan te vinken, nuttig kan zijn om de gebruiksvriendelijkheid in de toekomst te verbeteren.

Algemene kwaliteitsscreening

In het licht van een algemene kwaliteitsscreening zijn wij van mening dat onze manier van evalueren met behulp van casussen een goede en een gebruiksvriendelijke manier is om de kwaliteit van het klinisch handelen na te gaan, maar de manier waarop de therapeuten vervolgens bevraged worden, moet verder bestudeerd worden. Het interview, als aanvulling op de casusprocedure is

nuttig maar zeer arbeidsintensief en daarom minder makkelijk toe te passen op grote schaal. In het kader van een verder onderzoek kan een (semi-) gestructureerd interview gebruikt worden om de evaluatiemethode van de casussen te toetsen aan de werkelijkheid.

Conclusie

- Eén informatieronde is onvoldoende om de kennis over en de implementatie van het ICF in het klinisch handelen te verbeteren.
- Ondanks het feit dat een groep van de geïnterviewde therapeuten het GHP positief ervaren (klinisch handelen, anamnese afnemen, stellen van behandeldoelen), komt dit niet tot uiting in hun klinisch handelen zoals dat wordt weergegeven door de casusbeoordelingen.
- Het GHP kan gebruikt worden als houvast voor de anamnese.

Suggesties voor verder onderzoek

- Optimaliseren van de casusbeoordeling
- Elektronische versie van het GHP ontwikkelen als houvast om de anamnese te structureren
- Ontwikkelen van een actieve strategie om een classificatiesysteem zoals het ICF te implementeren in het klinisch handelen van de kinesitherapeut

LITERATUURLIJST

- WHO, the international classification of human functioning, WHO 2001
- Heerkens I, Van Ravensberg C. Implementatie van de ICF in de klinische praktijk, Jaarboek voor kinesitherapeuten 2006-2007, Standaard Uitgeverij, Antwerpen
- Hagens L, Bernards A, Oostendorp R. Het meerdimensionaal belasting-belastbaarheidsmodel. Januari 2000, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort.
- Jette A., Physical disablement concepts for physical therapy research and practice. Physical Therapy, 1994; 74: 380-386
- Jette A., Toward a common language for function, disability, and health. Conference Information: III STEP Conference on Linking Movement Science and Intervention. Physical Therapy. 2006;86,5:726-734

Bijlage 1: Het gezondheidsprofiel

Bijlage: Werkversie van het gezondheidsprofiel

Gezondheidsprofiel



1. Persoonlijke gegevens van de patiënt
2. Medische (verwijs)diagnose
3. Stoornissen in lichaamsstructuren of fysiologische of psychische functies
4. Beperkingen in activiteiten
5. Participatieproblemen
6. Is er een relatie tussen stoornissen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen ?
7. Inschatting van herstelbevorderende factoren ?
8. Inschatting van herstelbelemmerende factoren ?
9. Wat is de prognose ? (op korte en lange termijn)
10. Hoe schat u de belasting en belastbaarheid in ?
11. Heeft de patiënt inzicht in zijn ziektesituatie ?
12. Wat is de hulpvraag van de patiënt ?
13. Kinesitherapeutische werkdiagnose

Bijlage 2: antwoordmogelijkheden voor het semi-gestructureerde interview

Antwoordmogelijkheden 1

0Uitstekend 0Goed 0matig 0Slecht 0Zeer slecht

Antwoordmogelijkheden 2 (stellingen)

0volledig mee eens 0Mee eens 0Onbeslist 0Mee oneens 0Volledig mee
oneens

Bijlage 3: Interviewvragen

IK1)-Formuleer in uw eigen woorden volgende begrippen van het ICF (K1 en K2)

Stoornis
Beperking
Participatie
externe factoren
interne factoren

IK2)-Had u voldoende aan de infovergadering om het GZH te gebruiken of heeft u extra info moeten inwinnen?

IT1)-Hoeveel tijd heeft u nodig om een GZH in te vullen (schatting)? T1

0 < 5min
 0 5-10 min
 0 10-15 min
 0 15-20 min
 0 20-25 min

IT2)- Hebt u het idee dat deze manier van werken met gezondheidsprofiel meer/evenveel/minder tijd in beslag neemt dan uw vorige manier van werken? T1,T3

huidige situatie : meer/evenveel/minder

Kunt u uw antwoord toelichten?

IT3) Vindt u dat een acceptabele tijdinvestering? T2

J/N

Kunt u uw antwoord toelichten?

IT4) Hoe beoordeelt u de gebruiksvriendelijkheid van het GZH? T2

Uitstekend Goed matig Slecht Zeer slecht

Kunt u uw antwoord toelichten?

IT5) Hoe beoordeelt u de toepasbaarheid van het gezondheidsprofiel in uw setting? T3

Uitstekend Goed matig Slecht Zeer slecht

Kunt u uw antwoord toelichten?

IT6)- Hoe beoordeelt u de toepasbaarheid van het GZH bij 5 patiënten van uw opdracht? T4

Patiënt 1	Patiënt 2	Patiënt 3	Patiënt 4	Patiënt 5
0Uitstekend	0Uitstekend	0Uitstekend	0Uitstekend	0Uitstekend
0Goed	0Goed	0Goed	0Goed	0Goed
0matig	0matig	0matig	0matig	0matig
0Slecht	0Slecht	0Slecht	0Slecht	0Slecht
0Zeer slecht	0Zeer slecht	0Zeer slecht	0Zeer slecht	0Zeer slecht
Type patient:	Type patient:	Type patient:	Type patient:	Type patient:
Leeftijdscategorie:	Leeftijdscategorie:	Leeftijdscategorie:	Leeftijdscategorie:	Leeftijdscategorie:
0< 15	0< 15	0< 15	0< 15	0< 15
015-65	015-65	015-65	015-65	015-65
0>65	0>65	0>65	0>65	0>65

Kunt u uw antwoord toelichten?

IT7)-Verschilt het GZH van uw gebruikelijke 'intake'? T3

J/N

Kunt u uw antwoord toelichten?

IT8)-Zou u het GZH in de toekomst nog gebruiken? T1,T3,T4,

J/N

Kunt u uw antwoord toelichten?

IT9)-Wat waren volgens u de zwakke punten van het gezondheidsprofiel? T1 tot T4

IT10)-Wat waren volgens u de sterke punten van het gezondheidsprofiel? T1 tot T4

IT11)-Welke waren de moeilijkheden die u ondervonden heeft bij het gebruik van het gezondheidsprofiel? T3

IT12)-Zou u het GZH aanraden bij uw collega's ? T1 tot T4

J/N

Kunt u uw antwoord toelichten?

IT13)-Heeft u in het algemeen nog suggesties ivm het gezondheidsprofiel die in vorige puntjes niet aan bod zijn gekomen?

Inleidingstekst: Ik ga u nu een aantal stellingen voorlezen, u moet deze beoordelen.

IKL1)- " ik ervaar een verandering in mijn klinisch handelen door het gebruik van het gezondheidsprofiel?" KL1

0Volledig mee eens 0Mee eens 0Onbeslist 0Mee oneens 0Volledig mee oneens

Kunt u uw antwoord toelichten?

IKL2)-"ik denk dat er iets veranderd is aan uw manier van anamnese afnemen door het gebruik van het gezondheidsprofiel?" KL2

Volledig mee eens Mee eens Onbeslist Mee oneens Volledig mee oneens

Kunt u uw antwoord toelichten?

IKL3)-"Ik voer mijn functieonderzoek op een andere manier uit door het gebruik van het gezondheidsprofiel?" KL2

Volledig mee eens Mee eens Onbeslist Mee oneens Volledig mee oneens

Kunt u uw antwoord toelichten?

IKL4)-" Ik Stel door het gebruik van het GZH andere behandeldoelstellingen?" KL3

Volledig mee eens Mee eens Onbeslist Mee oneens Volledig mee oneens

Kunt u uw antwoord toelichten?

IKL5)-"Ik stel door het gebruik van het GZH andere therapeutische verrichtingen?" KL4

Volledig mee eens Mee eens Onbeslist Mee oneens Volledig mee oneens

Kunt u uw antwoord toelichten?

IKL6)-Heeft het gebruik van het GZH invloed op de manier waarop u communiceert met artsen of collega's? J/N

Kunt u uw antwoord toelichten?

Bijlage 4: beoordeling van de casussen

2)Medische (verwijs)diagnose **/6**

Bevat het dossier een medische diagnose? /6

3)Stoornissen in lichaamsstructuren of fysiologische of psychische functies **/6**

3.1 Wordt het op stoornisniveau probleem genoemd? /3

3.2 Wordt het begrip 'stoornis' correct gebruikt? /3

4)Beperkingen in activiteiten **/6**

4.1 Wordt het op activiteitsniveau probleem genoemd? /3

4.2 Wordt het begrip 'activiteiten' correct gebruikt? /3

5)Participatieproblemen **/6**

5.1 Wordt het op participatie probleem genoemd? /3

5.2 Wordt het begrip 'participatie' correct gebruikt? /3

6)Is er een relatie tussen stoornissen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen?

/6

Geeft de therapeut een (of meer) relatie(s) aan tussen deze factoren? /6

7)Inschatting van herstelbevorderende factoren? **/6**

7.1 Geeft de therapeut herstelbevorderende factoren aan? /3

7.2 Persoonlijke F /1.5

7.3 Externe F /1.5

8. Inschatting van herstelbelemmerende factoren ? /6

8.1 Geeft de therapeut herstelbelemmerende factoren aan ?	/3	
8.2 Persoonlijke F	/1.5	
8.3 Externe F		/1.5

9. Wat is de prognose ? (op korte en lange termijn) /6

9.1 Wordt er een prognose gegeven		/3
9.2 Wordt er onderscheid tussen korte en lange termijn prognose?	/3	

10)Hoe schat u de belasting en belastbaarheid in ? /6

10.1 Wordt er iets gezegd over belasting?	/3	
10.2 Wordt er iets gezegd over belastbaarheid?	/3	

11)Heeft de patiënt inzicht in zijn ziektesituatie ? /6

Peilt de therapeut in zijn anamnese naar het inzicht van de patiënt?	/6	
--	----	--

12)Wat is de hulpvraag van de patient ? /6

Vraagt de therapeut specifiek naar de hulpvraag van de patiënt?	/6	
---	----	--

13)Kinesitherapeutische werkdiagnose ? /6

Zijn er elementen van het menselijk functioneren toegevoegd aan de medische diagnose?

13.1 Heeft de therapeut puntjes uit de dimensie stoornis aangehaald?	/2	
13.2 Heeft de therapeut puntjes uit de dimensie activiteiten aangehaald?	/2	
13.3 Heeft de therapeut puntjes uit de dimensie participatie aangehaald?	/2	

14. Is het verschaffen van inzicht in de ziektesituatie een behandeldoel?	/6	
---	----	--

15. Houdt de therapeut rekening met de hulpvraag van de patiënt in zijn behandeldoelen?	/6	
---	----	--

Bijlage 5: overzicht van de uitspraken uit de interviews (exploratie) en de kernwoorden (specificatiefase).

Specificatiefase (kernwoorden)	Exploratiefase (Uitspraken uit de interviews)
Dieper ingaan problematiek patiënt= biopsychosociaal	Herstel bevorderende en herstelbelemmerende factoren interessant
	meer aandacht details
	aandacht activiteiten
	aandacht hobby's
	compleet beeld van de patiënt
	uitkomen zaken niet direct aan gedacht die invloed op probleem patiënt kunnen hebben
Meer structuur in de anamnese	meer structuur in anamnese
	niets vergeten
Inzichtelijker maken van klinisch redeneren goed, volledig dossier	verplicht meer neerschrijven normaal niet zou neerschrijven maar gewoon onthouden
	totaalbeeld van de patiënt
	goed voor vervangen, direct alle info
	overzichtelijker
Nuttig voor kintherapeuten met veel of weinig ervaring/studenten	doorbreken routine oudere therapeuten
	goede leidraad jonge therapeuten
	goed leerproces voor studenten
vorm	iet schematisch genoeg invulbaar
	dubbele pagina, omdraaien blad
	volgorde vragen
	niet elektronisch beschikbaar: aanvinken keuzes, meest voorkomende problemen
	niet genoeg noteerruimte
onduidelijkheid	ICF: activiteiten begrippen><participatie,hulpvraag, subjectiviteit B-B,herstelbelemmerende en bevorderende factoren, overlapping
	hulpvraag
	subjectiviteit B-B,herstelbelemmerende en bevorderende factoren
	te complex
	herhaling
inhoud	medische beeldvorming specifiek punt
	evaluatie en opvolging
	voorgeschiedenis
	niet genoeg structuur
	te algemeen
	te expliciet navragen
niet toepasbaar alle patiëntgroepen	baby's
	hyperventilatie
	psychomotoriek
te tijdrovend	te tijdrovend