Van focus op ziekte naar focus op functioneren bij patiënten met chronische aandoeningen: een verkennend onderzoek aan de hand van de primary care functioning scale

Haio: DE ROUS Lien , U.G.
Promotor: BOECKXSTAENS Pauline , U.G.
Praktijkopleider: BOGAERTS Saartje , GYSELBRECHT Elisabeth , HAEGEMAN Davy

Context: Een steeds groter deel van de patiënten lijdt aan (multi-)morbiditeit. Chronische aandoeningen hebben een invloed hebben op het functioneren en de levenskwaliteit van de patiënt. Het bespreken van die impact staat meestal niet op de agenda tijdens het consult bij de huisarts. De nadruk ligt namelijk vaak op ziektegeoriënteerde zorg terwijl er bij chronisch zieken meer nood is aan een persoonsgebonden aanpak, zeker wanneer meerdere aandoeningen samenkomen. Om die persoonsgebonden zorg te kunnen verwezenlijken, is het nuttig om de functionele toestand van de patiënt in kaart te brengen. De Primary Care Functioning Scale (PCFS), gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), kan hierbij helpen. In deze masterproef wordt door middel van de PCFS-vragenlijst nagegaan hoe patiënten met chronische aandoeningen hun functioneren beschrijven.

Onderzoeksvraag: Hoe beschrijven patiënten met chronische aandoeningen hun functioneren op basis van de Primary Care Functioning Scale (PCFS)-vragenlijst?

Methode: Patiënten die in aanmerking kwamen voor een griepvaccin werden uitgenodigd voor het griepspreekuur in de twee deelnemende huisartsenpraktijken. Indien de patiënt leed aan één van de geïncludeerde aandoeningen (cardiovasculair lijden, obstructieve longziekten, chronisch nierlijden, hartfalen of diabetes), werd de patiënt uitgenodigd om de PCFS-vragenlijst thuis in te vullen.

Resultaten: Er werden 76 patiënten uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen, waarvan 61 patiënten de vragenlijst effectief invulden. De gemiddelde leeftijd was 73,8 jaar en de man/vrouw-verhouding was 32/29. Het aantal aandoeningen per patiënt was gemiddeld 4,7. De PCFS-vragenlijst peilde naar beperkingen binnen verschillende pijlers van de ICF, alsook naar hoe (on)tevreden patiënten zijn met deze mate van beperking. Op vlak van lichamelijke en geestelijke functies waren de meest voorkomende beperkingen verminderde visus (63,9%), uithoudingsvermogen (52,5%), soepelheid van de gewrichten (52,5%) en pijn (50,8%). De mate van tevredenheid was grotendeels rechtevenredig met de mate van beperking, al leken beperkingen in de zintuiglijke functies (horen en zien), musculoskeletale problemen en slaapproblemen een grotere impact te hebben. Op vlak van activiteiten werden het meest problemen aangeduid bij lopen en wandelen (62,3%), veranderen van houding (59%) en omgaan met stress (59%). Wat betreft de tevredenheid ging het opnieuw over een recht evenredige relatie. Op vlak van participatie werden er weinig tot geen problemen gerapporteerd, maar indien er wel problemen waren in het onderhouden van relaties met familie (16,4%) of vrienden (3,3%) zorgde dit onmiddellijk voor een ontevreden gevoel. Opvallend binnen het domein van de omgevingsfactoren was dat weinig patiënten gebruik maakten van thuishulp (13,1%) of een hulpmiddel (8,2%), al was er quasi geen ontevredenheid hierover. Familie, huisarts en kennissen waren meestal volledig of tamelijk ondersteunend. Toch ervaarde een klein deel van de patiënten (4,9%) hun familie als tamelijk tot volledig belemmerend. Tenslotte was slechts 8,2% van de patiënten ontevreden met een of meerdere persoonlijke eigenschappen, bijvoorbeeld betrouwbaarheid, optimisme, zelfzekerheid en zorgvuldigheid.

Conclusie: Discussie: De belangrijkste beperkingen binnen het functioneren die tot ontevredenheid

leiden, bleken musculoskeletale klachten, problemen met horen of zien, problemen in het onderhouden van de relatie met familie of vrienden en slaapmoeilijkheden te zijn. Door bestaande literatuur werden grotendeels dezelfde resultaten beschreven. Op vlak van activiteiten echter werden in deze studie weinig problemen gerapporteerd met betrekking tot de activiteiten van het dagelijkse leven (ADL), hoewel dit in de literatuur wel naar voren komt. Dit kan mogelijks worden verklaard door de setting van het griepspreekuur, waarbij als gevolg enkel patiënten werden bevraagd die zich nog naar de huisartsenpraktijk konden begeven. Daarnaast was het opvallend dat ondanks de veelvuldig gerapporteerde musculoskeletale problemen en ontevredenheid hieromtrent er toch slechts sporadisch gebruik werd gemaakt van hulpmiddelen. Conclusie: Uit de studie blijkt dat de geïncludeerde patiënten problemen ondervinden op verschillende vlakken van het functioneren zoals beschreven in de PCFS-vragenlijst, maar dat ze het globale lichamelijk en geestelijk functioneren als ‘redelijk’ tot ‘goed’ beoordelen. De PCFS-vragenlijst kan helpen om de functionele toestand van de patiënt in kaart te brengen en heeft als troef dat er naast de mate van beperking binnen het functioneren ook naar de (on)tevredenheid over die beperking wordt gepeild. Hierdoor kan een zorgverlener makkelijker de domeinen binnen het functioneren identificeren waarover de patiënt ontevreden is. Deze informatie kan dan worden gebruikt om te bepalen welke interventies binnen de aanpak van chronische aandoeningen hier aan tegemoet kunnen komen. Op die manier wordt de focus meer verlegd naar een persoonsgerichte zorg. Echter zijn er nog een aantal belangrijke barrières waardoor de vragenlijst tot op vandaag nog niet vaak geïmplementeerd wordt in de zorg. Doch kan de vragenlijst dienen als tool om het gesprek te openen tussen arts en patiënt en als leidraad om het functioneren mee op te nemen in de toekomstige zorgcontacten.