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

Lien De Rous en Lauren Venema, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Pauline Boeckxstaens, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Sigrid Musch, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wend u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave **3**

Abstract **5**

Inleiding **6**

Chronische aandoeningen en de invloed op levenskwaliteit en functioneren 6

Epidemiologie 6

Impact van chronische ziekten op levenskwaliteit en functioneren 7

Algemeen 7

Kinderen en adolescenten 8

Specifieke aandoeningen 8

Belang van persoonsgerichte aanpak bij patiënten met chronische ziekten 11

Evaluatie van levenskwaliteit en functioneren 12

Ontstaan van ICF 12

Indeling van ICF 13

Gebruik van de “Primary Care Functioning Scale” 14

Andere vragenlijsten 14

Influenzavaccinatie 15

Doel van de studie 15

Materiaal en methoden **16**

Chronische aandoeningen en de invloed op het functioneren en kwaliteit van leven 16

De ‘‘International Classification of Functioning, Disability and Health” 17

Griepvaccinatie 18

Zoekstrategie literatuurstudie 18

Selectie doelpopulatie griepvaccinatie 18

Datacollectie 18

Resultaten **19**

Epidemiologie 19

Analyse 20

Discussie **28**

Algemeen 28

Lichamelijke en geestelijke functies 28
Activiteiten 28
Participatie 29
Omgeving 29
Persoonlijke eigenschappen 29
Vergelijking resultaten literatuur 29
Opmerkingen 30
Conclusie **31**
Bronvermelding **32**
Bijlagen **35**
Uitgeschreven protocol 35
Individuele persoonlijke reflectie 37
Goedkeuring EC 40
Vragenlijst PCFS 43

Abstract

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.

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.

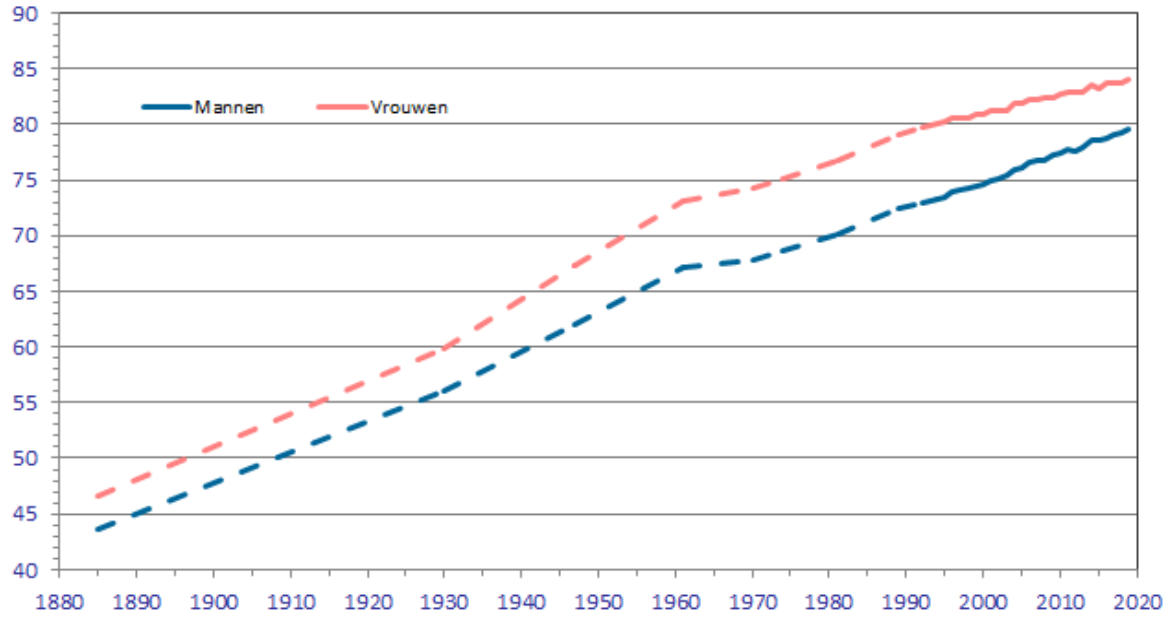
Conclusie: Uit de studie blijkt dat de geïncludeerde patiënten problemen ondervinden op verschillende vlakken van het functioneren zoals beschreven in de PCFS-vragenlijst, maar dat ze het globale lichamelijk en geestelijk functioneren als ‘redelijk’ tot ‘goed’ beoordelen. De PCFS-vragenlijst kan helpen 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.

Inleiding

1. Chronische aandoeningen en de invloed op levenskwaliteit en functioneren

1.1. Epidemiologie

Belgische meisjes en jongens geboren in 2019 hebben een levensverwachting van respectievelijk 84 en 79,6 jaar. Ter vergelijking, 100 jaar eerder lag de levensverwachting voor vrouwen tussen 55 en 60 jaar en voor mannen tussen 50 en 55 jaar. (fig. 1)(1)



Figuur 1: Evolutie van de levensverwachting bij geboorte in België (volgens geslacht) over de periode 1885-2019 (25)

Een hogere levensverwachting brengt een toename in prevalentie en incidentie van chronische aandoeningen met zich mee. Uit recente data (2014-2016) blijkt dat de inwoners van het Verenigd Koninkrijk op 65-jarige leeftijd een resterende levensverwachting van 18,6 jaar hebben, waarvan 8,7 jaar (46,8%) met een chronische mentale of lichamelijke aandoening en de bijhorende beperkingen. (2) Een Schotse database toonde aan dat de prevalentie van multimorbiditeit (twee of meer chronische aandoeningen) 64.9% bedroeg in de leeftijdscategorie 65–84 jaar en 81.5% bij de 85-plussers. In de Verenigde Staten heeft 91,5% van de 65-plussers twee of meer chronische aandoeningen en 55,6% vier of meer chronische ziektes. (3) In Nederland, waarvan de leeftijdspiramide dicht aanleunt bij deze van België, heeft bijna 50% van de bevolking minstens één chronische aandoening en meer dan 2/3e van de 65-plussers heeft er twee of meer. (4) Het feit dat vele ziekten vroeger worden ontdekt, speelt - naast de toenemende levensverwachting - ook een rol in de stijging van het aantal chronische patiënten. Door innovatieve behandelingen zien we tevens een reductie in mortaliteit, waardoor patiënten langer met de ziekte in leven blijven. (5)

1.2. Impact van chronische ziekten op levenskwaliteit en functioneren

1.2.1. Algemeen

Verschillende grote systematische reviews en meta-analyses onderzochten het verband tussen de aanwezigheid van meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit) en de levenskwaliteit, waarbij duidelijk een omgekeerd evenredige relatie naar voren kwam. De meest voorkomende aandoeningen waren cardiovasculaire aandoeningen, diabetes mellitus, musculoskeletale aandoeningen, longziekten, kanker en mentale aandoeningen. (6, 7, 4) Per extra aandoening werd telkens een afname van de levenskwaliteit vastgesteld. (6, 7) De sterkste afname in gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit werd vastgesteld bij neurologische aandoeningen, meer specifiek bij de ziekte van Alzheimer en multiple sclerose. (8)

Bij jonge patiënten werd een snellere afname van de levenskwaliteit opgemerkt in vergelijking met ouderen. Een mogelijke verklaring is dat er bij ouderen door langere ziekteduur acceptatie optreedt, alsook is er mogelijks een toename van de veerkracht. Een andere mogelijke verklaring ligt in het feit dat (sommige) oudere patiënten lagere verwachtingen hebben met betrekking tot hun levenskwaliteit. (6) Tenslotte werd er bij vrouwen een sterkere associatie tussen multimorbiditeit en gedaalde levenskwaliteit gevonden dan bij mannen. (6, 8) Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat vrouwen vaak extraverter zijn, waardoor rapportage van levenskwaliteit realistischer is dan bij mannen. Vrouwen blijken ook vaker comorbiditeiten te hebben. (8) Andere indicatoren die gepaard gaan met een lagere levenskwaliteit bij chronisch zieken zijn lage socio-economische status, het behoren tot een etnische minderheid en het wonen in een ruraal gebied. (9)

De fysieke gezondheid bleek sneller achteruit te gaan dan de mentale gezondheid, hoewel ook mentale moeilijkheden frequent voorkomend waren in de resultaten. (6) In quasi alle reviews komt onmiskenbaar naar voor dat de impact op het fysieke functioneren duidelijker is dan de invloed op het psychologisch en sociaal functioneren. Vanaf 3 à 4 comorbiditeiten wijzen de resultaten wat betreft dit psychosociaal welzijn meestal wel duidelijk in dezelfde richting. (7)

Patiënten met twee of meer chronische aandoeningen hebben twee keer meer kans om een **depressie** te krijgen dan patiënten zonder multimorbiditeit en drie keer meer kans dan mensen zonder enige chronische ziekte. (3) Een andere systematische review onderzocht het verband tussen morbiditeit en suïcidale ideaties. Hoewel men bij morbiditeit in het algemeen tegenstrijdige resultaten rapporteerde, werd wel een duidelijke associatie gezien bij bepaalde specifieke aandoeningen (zie verder). Mogelijke verklaringen voor zelfmoordgedachten bij mensen met chronische aandoeningen zijn bedreiging van de autonomie en gevoelens van waardeloosheid. (10)

De accumulatie van verschillende chronische aandoeningen gaat tevens vaak gepaard met **cognitieve achteruitgang** op bepaalde vlakken, zonder argumenten voor de aanwezigheid van dementie. (3) Deze cognitieve achteruitgang speelt tevens mee in het ontwikkelen van een mindere levenskwaliteit. (9)

Hoe groter het aantal chronische aandoeningen, hoe groter het risico op het niet meer kunnen uitvoeren van de **dagelijkse activiteiten (ADL)**. Recente studies toonden aan dat de combinatie van een of meerdere chronische aandoeningen en een mentale aandoening bij ouderen een grote risicofactor is voor het ervaren van moeilijkheden met ADL. (3)

1.2.2. Kinderen en adolescenten

Aangepaste vragenlijsten zorgen ervoor dat de impact van chronische aandoeningen op de levenskwaliteit ook bij kinderen en adolescenten in kaart kan worden gebracht. Het grootste verschil met gezonde kinderen werd gezien bij kinderen met maligniteiten, endocriene/metabole/nutritionele ziekten (oa. obesitas), neurologische aandoeningen, congenitale malformaties en chronische pijn. (11)

Kinderen met progressieve aandoeningen ervaren een lagere levenskwaliteit dan kinderen met een plots ontstane aandoening, vermoedelijk omdat deze hun klachten minder onder 'controle' hebben. Wanneer men echter de ouders de levenskwaliteit van hun kinderen laat inschatten, wordt het omgekeerde opgemerkt. Een mogelijke verklaring is dat er bij ouders van kinderen met progressieve ziekte meer kennis is over verloop van de ziekte, terwijl de plots ontstane aandoeningen moeilijker te voorspellen zijn en soms heel snel levensbedreigend kunnen zijn (bijvoorbeeld bij een astma-exacerbatie). Frequente hospitalisaties of chirurgische ingrepen spelen ook een rol, net als de leeftijd van het kind. Over het algemeen schatten ouders de levenskwaliteit lager in dan de kinderen zelf. (11, 12) Een bijkomende factor die de levenskwaliteit bij kinderen/jongeren met een chronische aandoening kan beïnvloeden, is de socio-economische status. Een systematische review met in totaal 6957 patiënten vond in 22 van de 30 (73%) geïncludeerde artikels een associatie tussen socio-economische determinanten en de levenskwaliteit bij kinderen en jongeren met astma, diabetes mellitus type 1, epilepsie en chronische nierinsufficiëntie. De belangrijkste predictoren die gelinkt werden aan slechtere levenskwaliteit, dewelke ook consistent bij elk van de vier onderzochte aandoeningen werden teruggevonden, waren een lagere maternele opleiding en laag huishoudelijk inkomen. (13)

Kinderen met chronische aandoeningen doen het ook beduidend slechter op school, onder andere door de vele afwezigheden. Bij diabetes komt daar nog bij dat de glycemie invloed heeft op de mogelijkheid om goed te kunnen opletten tijdens de lessen. (14)

1.2.3. Specifieke aandoeningen

1.2.3.1. Diabetes mellitus

Systematische reviews met betrekking tot de relatie tussen diabetes mellitus en een lagere levenskwaliteit konden geen eenduidige conclusie trekken omwille van variabele resultaten. (15) Er zou wel een eenduidig verband kunnen worden aangetoond wanneer er naast diabetes nog andere chronische aandoeningen aanwezig zijn. Een Chinese systematische review rapporteerde namelijk een beduidend hogere levenskwaliteit bij DM-patiënten zonder comorbiditeiten dan bij patiënten met comorbiditeiten, waarvan hyperlipidemie, cardiovasculair lijden en hypertensie de meest voorkomende bleken te zijn. Deze review toonde ook aan dat een CVA één van de comorbiditeiten was met de grootste impact op de levenskwaliteit. Opmerkelijk: in China zijn er drie soorten ziekteverzekeringen (twee voor inwoners uit stedelijk gebied en één voor inwoners uit ruraal gebied) met een ongelijke verdeling van middelen ten voordele van de stedelijke gebieden. De ziekteverzekering, waaronder een patiënt valt, bleek een effect te hebben op de levenskwaliteit. (16)

Er is geen evidentie voor een verhoogd risico op suïcide bij diabetespatiënten. (10)

1.2.3.2. Hart- en vaatziekten

De impact op de levenskwaliteit bij mensen die een **cerebrovasculair accident (CVA)** doormaakten, werd onderzocht door middel van een literatuurstudie van 43 artikels uit zowel Westerse landen als China (met in totaal iets meer dan 13 000 deelnemers). Vrouwelijk geslacht, comorbiditeiten, lager opleidingsniveau en lagere sociaal-economische status bleken (echter niet in alle geïncludeerde studies) geassocieerd met een lagere levenskwaliteit. In tegenstelling tot de eerder vermelde review (6), bleek na een CVA een hogere leeftijd predisponerend voor een lagere levenskwaliteit. Ook de ernst van het CVA, het voorkomen van incontinentie, achteruitgang van de fysieke of cognitieve toestand en depressie/angst bleken bepalend voor de levenskwaliteit. Een positief zelfbeeld, ondersteuning vanuit de omgeving en sociale participatie zouden dan weer een positieve invloed hebben. Er was geen consensus over het effect van burgerlijke staat op de levenskwaliteit, noch over de invloed van het al dan niet thuis blijven wonen na een CVA. Binnen dit laatstgenoemde domein werd de invloed van cultuur op de levenskwaliteit het meest duidelijk. In China heerst namelijk een voornamelijk collectivistische ingesteldheid, met familiale relaties, acceptatie van de ziekte en aanvaarding door de omgeving als belangrijkste factoren. In de Westerse landen hecht men vooral belang aan autonomie en controle over de ziekte, wat past bij een individualistische visie. Voor de Chinese populatie is het dus heel belangrijk dat de familie de nodige zorg voor een familielid met een doorgemaakt CVA op zich neemt, waardoor een opname in een zorginstelling een daling in levenskwaliteit met zich meebrengt. (17)

Een hoger risico op zelfmoord werd geassocieerd aan het doormaken van een CVA. (10) Belangrijk om te vermelden is dat niet alle systematische reviews op dergelijke duidelijke resultaten uitkwamen. (15)

Ook patiënten met **coronair lijden** ervaren een lagere levenskwaliteit dan gezonde personen, zo blijkt uit een meta-analyse die gebruik maakt van de ICF-classificatie (zie hieronder). Ook hier werd de negatieve impact van comorbiditeiten aangehaald. Wat betreft de *lichamelijke en geestelijke functies*, was er bij patiënten opmerkelijk meer sprake van cognitieve achteruitgang. In mindere mate bepaalden ook fysieke klachten (zoals gehoorverlies, incontinentie, vermoeidheid en pijn) de daling in levenskwaliteit. Wat betreft *activiteiten en participatie*, bleken patiënten heel wat moeite te hebben met het onderhouden van hun sociale contacten. Er zijn meer problemen met fysieke activiteit en het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (bv zelfzorg). Op vlak van *omgevingsfactoren* werden gelijkaardige scores gezien als bij gezonde personen. De rol van *persoonlijke factoren* was onduidelijk. (18)

Over het algemeen ervaren patiënten met cardiovasculair lijden niet meer zelfmoordgedachten dan gezonde personen. Bij de subgroep van patiënten met een **myocardinfarct** in de voorgeschiedenis werden wel meer suïcidale ideaties en zelfmoord opgemerkt. (10)

De verschillende symptomen van **hartfalen** beperken de fysieke functies en mogelijkheid om dagelijkse activiteiten uit te voeren. Hierin speelt ook cognitieve achteruitgang een rol (concentratiemoeilijkheden en geheugenverlies). De klachten gaan vaak ook progressief achteruit, waardoor patiënten steeds meer afhankelijk worden van hun omgeving. Het is een chronische aandoening die vaak gepaard gaat met onvoorspelbare decompensaties, waardoor de patiënt weinig grip heeft op zijn/haar symptomen. Emotioneel worden verschillende gevoelens gezien als reactie op de aandoening: depressieve gevoelens, angst, woede, eenzaamheid, hopeloosheid, waardeloosheid

en schuldgevoelens. Deze emotionele respons beïnvloedt de mate waarin hartpatiënten deelnemen aan voor hen waardevolle activiteiten. Sociale contacten zijn vaak zeldzamer en ook het opnemen van hun rol binnen de gezins- en werkomgeving wordt moeilijker. (19)

1.2.3.3. Longziekten

Patiënten met **COPD** blijken vaker zelfmoord te plegen en ook astmapatiënten vertonen vaker suïcidale ideaties. (35) Depressie, angstgevoelens en mentale moeilijkheden komen vaker voor bij patiënten met **astma.** Sociale ondersteuning kan de levenskwaliteit doen toenemen, maar omgekeerd zorgt de aandoening ook voor een sociale kwetsbaarheid. Volwassenen met astma hebben het doorgaans moeilijker met de fysieke en emotionele uitdagingen die met de diagnose gepaard gaan dan kinderen, vermoedelijk omdat zij geen leven zonder astma hebben gekend en dat het omgaan met de ziekte routinematig is geworden. (20)

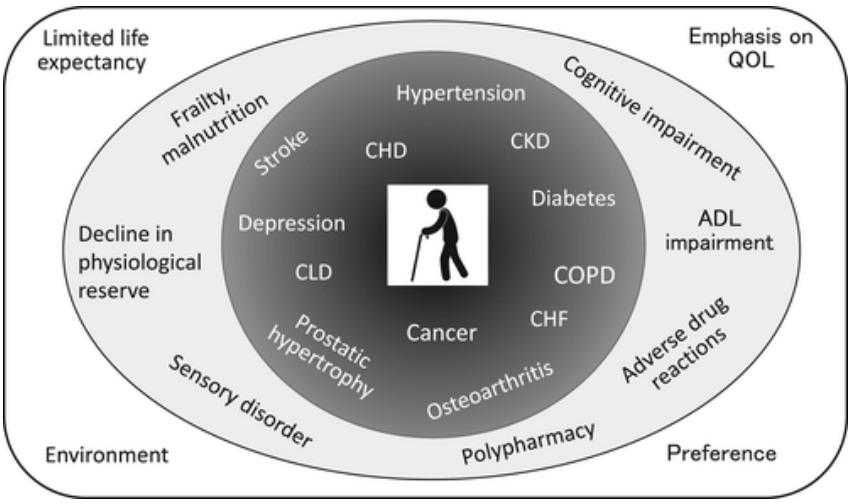
1.2.3.4. Nierziekten

Bij patiënten met nierlijden worden meer depressieve klachten gezien. Wat betreft suïcide werden twee studies geanalyseerd, waarbij één studie geen relatie met suïcide aantoonde. In de andere studie werd wel een verhoogd risico op suïcide gevonden, waarbij de studiepopulatie 75-plussers met eindstadium nierlijden betrof. (10) Een subgroep van nierpatiënten, namelijk deze met **uro- of nefrolithiase**, ondervindt over het algemeen een mindere levenskwaliteit met moeilijkheden in het sociaal functioneren, pijn, fysieke moeilijkheden en de hiermee gepaard gaande rolbeperking als voornaamste predictoren. Hoe meer ziekte-episodes (‘steen-episodes’), hoe lager de levenskwaliteit. Ook tussen de ziekte-episodes door is er een impact van steenlijden op het mentale en fysieke welbevinden. Ook hier werd een negatieve impact op de levenskwaliteit gezien van vrouwelijk geslacht, lagere socio-economische status en comorbiditeiten. (21)

Jonge nierpatiënten ervaren moeilijkheden bij het deelnemen aan dagelijkse activiteiten, waarbij vooral sporten en naar school gaan als belangrijkste activiteiten worden beschouwd. Sociale contacten worden minder gemakkelijk aangegaan of net vermeden. Het gevoel er anders uit te zien dan hun leeftijdsgenoten speelt hierin een rol. Ze ervaren moeilijkheden op vlak van educatie, het vinden van een gepaste job en het aangaan van intieme relaties. (22)

2. Belang van persoonsgerichte aanpak bij patiënten met chronische ziekten

Patiënten met chronische aandoeningen, en zeker deze met meerdere aandoeningen, behoeven een gepersonaliseerde aanpak. Figuur 2 geeft duidelijk weer hoe gelaagd een 'chronische patiënt' in elkaar zit.



Figuur 2: schema van de complexe problematiek en achtergrondfactoren van een patiënt met multimorbiditeit. (3) CHD: coronair lijden (coronary heart disease), CHF: chronisch hartfalen (chronic heart failure), CKD: chronisch nierlijden (chronic kidney disease), CLD: chronich leverlijden (chronic liver disease), COPD: chronisch obstructief longlijden (chronic obstructive pulmonary disease), QOL: levenskwaliteit (quality of life).

Tot nu toe werd de nadruk vooral op de ziekte zelf gelegd, wat wordt weerspiegeld in de vooral ziektespecifieke richtlijnen. Een ziektebeeld op zich kan echter niet voorspellen wat de noden of functionele outcome van de patiënt zullen zijn. (23) Richtlijnen houden bovendien geen rekening met de persoonlijke, sociale, culturele, mentale,… factoren, noch met de vaak hogere leeftijd van de patiënt in kwestie. Zeker bij patiënten met verschillende chronische aandoeningen is het simpelweg combineren van verschillende ziektespecifieke richtlijnen niet voldoende om goede zorg te bieden omwille van de waaier aan omgevingsfactoren, waarden en normen, prioriteiten,… waarmee men best rekening houdt.

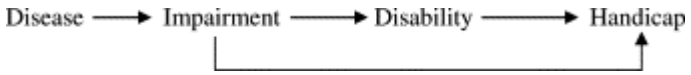
Een patiëntgerichte aanpak zal zich focussen op wat belangrijk is voor de patiënt en diens symptomen/ziekte proberen behandelen binnen de context van de patiënt. Uit voorgaand onderzoek is bovendien gebleken dat een patiënt met (multi)morbiditeit heel veel waarde hecht aan de invloed van de aandoeningen op zijn/haar levenskwaliteit en het dagelijks functioneren. (24) Gezien het groeiend aandeel patiënten met chronische aandoeningen, is het dus belangrijk om meer inzicht te verwerven in de levenskwaliteit en het functioneren bij deze populatie.

3. Evaluatie van levenskwaliteit en functioneren

3.1. Ontstaan van ICF

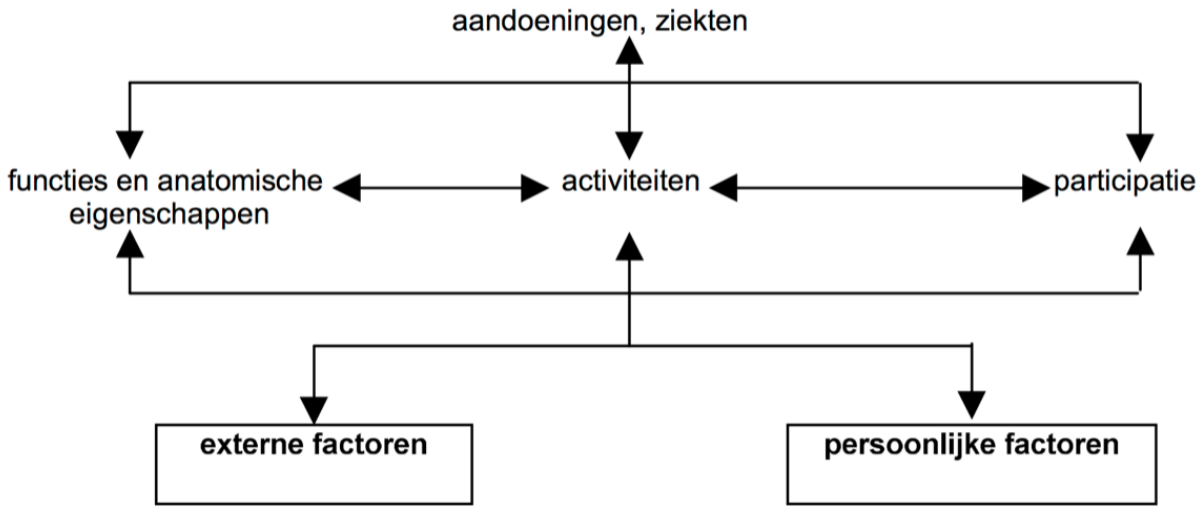
Zoals hierboven reeds beschreven was er nood aan extra tools om het functioneren en de levenskwaliteit gestandaardiseerd te kunnen beoordelen. De door de WHO (= World Health Organization) ontwikkelde 'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)' bestond al langer en is bedoeld om ziektes, aandoeningen, letsels en gezondheidsgerelateerde problemen te kunnen coderen en classificeren. De aanwezigheid van een ziekte op zich is echter geen goede predictor voor wat levenskwaliteit en functioneren betreft, vandaar dat in 1980 een eerste aanvullende tool werd gepubliceerd om beperkingen in het functioneren te beschrijven. Dit was de 'International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps' (ICIDH).

De ICIDH werd echter bekritiseerd omdat deze het functioneren op een lineaire manier indeelde: een letsel aan het lichaam veroorzaakt een beperking en deze bepaalt het nadeel om rollen te vervullen. (fig. 3)(25)



Figuur 3: Lineair model ICIDH (25)

Als antwoord daarop ontwikkelde de WHO een tool om van een puur biomedisch model naar een geïntegreerd biopsychosociaal model te gaan. Zo ontstond in 2001 de 'International Classification of Functioning, Disability and Health', ook bekend als de ICF (fig. 4). Dit is een conceptueel kader dat op een multidirectionele wijze een zo volledig mogelijk beeld van het functioneren van een persoon probeert te vormen. Het staat haaks op de dichotome visie die personen als gezond of ongezond/gehandicapt bestempelt. (23)

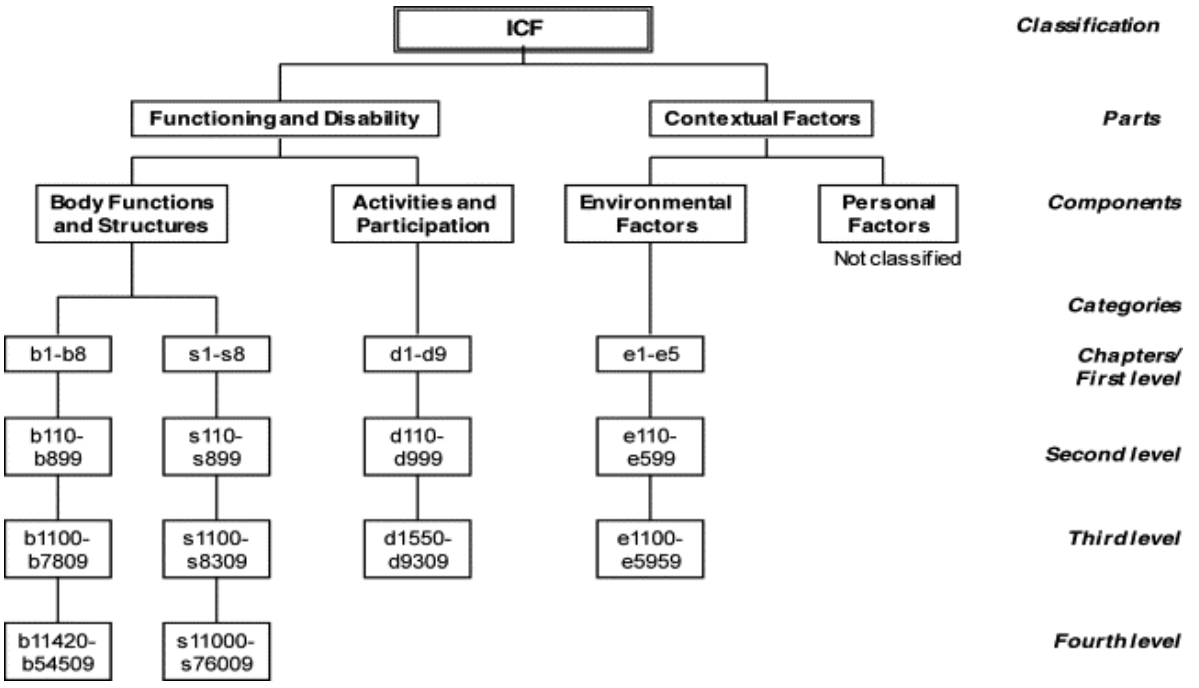


Figuur 4: De ICF, gebaseerd op het biopsychosociaal model: een coherent beeld dat verschillende aspecten van gezondheid in acht neemt. (23)

3.2. Indeling van ICF

Zoals beschreven in figuur 5 bestaat de ICF uit 5 grote componenten. Deze zijn:

- **Lichamelijke en geestelijke functies:**
  - *Lichamelijke functies (Eng.: body functions)*: fysiologische functies van het lichaam (inclusief geestelijk functioneren)
  - *Lichamelijke structuren (Eng.: body structures)*: anatomische delen van het lichaam zoals organen, ledematen en hun onderdelen.
  - *Beperking (Eng.: impairment)*: afwijking of verlies van een lichamelijke of geestelijke functie.
- **Activiteiten (Eng.: activities):** het uitvoeren van een taak of actie door een individu.
- **Participatie (Eng.: participation):** deelname van een individu in een situatie, in een meer sociale context.
- **De omgeving (Eng.: environmental factors)**
- **Persoonlijke eigenschappen (Eng.: personal factors)**



Figuur 5: De structuur van ICF. (26)

De ICF maakt het mogelijk om door middel van een universele taal het functioneren te beschrijven. Hierdoor kunnen verschillende zaken onderzocht worden. Enkele voorbeelden: Wat is de outcome in functioneren van een bepaalde interventie? Hoe evalueert een patiënt zijn/haar functioneren? Hoe zinvol zijn de diensten die we aanbieden? Wat zijn de noden van personen met verschillende graden van beperkingen? De etiologie van eventuele beperkingen in het functioneren is niet belangrijk,

gezien de nadruk meer ligt op de positieve en negatieve aspecten van het functioneren (wat de patiënt wel/niet kan). (23)

Ondanks de goede intenties van de WHO, worden deze ICF-codes in de praktijk tot nu toe weinig toegepast. Er wordt aangenomen dat dit komt doordat dit veel tijd vraagt van de zorgverlener en er door de hedendaagse ziektegerichte aanpak te weinig aandacht aan wordt besteed. Het is daarnaast onpraktisch omdat de ICF uit zeer veel categorieën bestaat. Als antwoord daarop zijn er verschillende 'core sets' ontwikkeld, bijvoorbeeld voor acute/chronische neurologische aandoeningen, geriatrische patiënten,... In studies werden de belangrijkste categorieën voor een bepaalde aandoening/populatie geselecteerd en in een makkelijker toe te passen core set gegoten. (27-30)

3.3. Gebruik van de "Primary Care Functioning Scale"

Door Postma S.A.E. et al. werd op basis van de ICF een vragenlijst ontwikkeld die gebruikt kan worden in de eerstelijnszorg: de 'Primary Care Functioning Scale' (PCFS). (24, 31) Voor de PCFS werden alle componenten van de ICF gebruikt, inclusief de persoonlijke eigenschappen. Het doel van de vragenlijst is om een conversatie te starten met de patiënt over het functioneren en helpen bepalen wat belangrijk is voor hem/haar. Bovendien kan er op die manier ook bekeken worden welke activiteiten en soorten participatie het lichamelijk en/of geestelijk functioneren kunnen verbeteren. De vragenlijst bevraagt 52 items, onderverdeeld als volgt:

- Lichamelijke en geestelijke functies: items 1-11
- Activiteiten en participatie: items 12-34
- De omgeving: items 35-44
- Persoonlijke eigenschappen: items 45-52

Bij de vragenlijst zitten ook een aantal algemene vragen die onder andere de sociodemografische karakteristieken van de deelnemers in kaart brengen. De volledige vragenlijst is te vinden in de bijlage.

3.4. Andere vragenlijsten

De tot nu toe meest gebruikte gestandaardiseerde vragenlijsten om levenskwaliteit/functioneren te beoordelen, zijn de SF (Short Form)-6D en de EQ (EuroQoL)-5D. De SF-6D is een afgeleide van een verkorte versie van de SF-36 en behandelt zes domeinen (fysiek functioneren, rolbeperking, sociaal functioneren, pijn, mentaal welzijn en vitaliteit) met vier tot zes antwoordmogelijkheden. De EQ-5D daarentegen bevraagt vijf domeinen (mobiliteit, zelfzorg, activiteiten, pijn/discomfort en angst/depressie) met drie mogelijke gradaties als antwoord. (32) Het zijn allebei voorkeursgebaseerde vragenlijsten, wat inhoudt dat er aan de patiënt-gerapporteerde beperking tevens een bepaald gewicht wordt toegekend, gebaseerd op de voorkeur van de populatie of een specifieke patiëntengroep. (33) Er wordt in deze studie geopteerd om de PCFS te gebruiken omdat deze de ICF codes op alle gebieden implementeert en deze ontwikkeld is om te gebruiken in de eerste lijn.

4. Influenzavaccinatie

Jaarlijks krijgt gemiddeld 2 tot 8% van de bevolking te maken met griep. Hoewel griep door veel mensen als een banale ziekte wordt beschouwd, zijn er jaarlijks nog heel wat sterfgevallen gerelateerd aan een influenzavirus. In meer dan 90% van de 'griepdoden' gaat het om 65-plussers.

Een griepvaccin zorgt voor een daling van de besmettingsgraad: van 6% naar 2,5% bij ouderen en van 2,3% naar 0,9% bij gezonde volwassen. Bij COPD-patiënten vermindert het vaccin het aantal exacerbaties.

Griepvaccinatie wordt sterk aanbevolen aan volgende risicogroepen:

- 65-plussers;
- Jonge kinderen: 6 maanden tot 59 maanden;
- vrouwen die zwanger zijn tijdens het griepseizoen (*);
- chronisch zieken: mensen met een hartziekte, een longziekte zoals ernstig astma of COPD, een lever- of nierziekte, chronische spierziekte of diabetes (*);
- mensen met een verminderde weerstand door andere ziekten of door een medische behandeling;
- al wie in een woonzorgcentrum (*), psychiatrische instelling voor lang verblijf of instelling voor personen met een beperking opgenomen is;
- iedereen die onder hetzelfde dak woont als de bovengenoemde risicopersonen of zorgt voor kinderen jonger dan 6 maanden;
- iedereen werkzaam in de gezondheidssector.

(*) Griepvaccinatie wordt het belangrijkst geacht bij deze drie risicogroepen.

Helaas staan nog heel wat patiënten weigerachtig ten opzichte van de vaccinatie. In vergelijking met 28 andere Europese landen doet België het echter lang niet zo slecht. In 2013 werd 58% van de 65-plussers gevaccineerd, waarmee de Belgische bevolking op de derde plaats komt (na Groot-Brittannië en Nederland). We zijn er jammer genoeg nog niet, want idealiter wordt volgens de WHO een vaccinatiegraad van 75% bereikt (34-39).

5. Doel van de studie

Het doel van deze studie is om te onderzoeken wat de mate van functioneren is bij patiënten met chronische aandoeningen die op het griepspreekuur komen. Er werd geopteerd om dit te onderzoeken aan de hand van de bovenvermelde PCFS. Dit omdat deze vragenlijst de ICF integreert op een toepasbare manier, de vragenlijst door de patiënt zelf kan worden ingevuld en de vragenlijst specifiek ontwikkeld is voor toepassing in de eerste lijn. Er werd gekozen om deze vragenlijst te laten invullen door patiënten die op het griepspreekuur komen, gezien dit veelal chronisch zieken betreft en het aanbieden van de vragenlijsten zo op een georganiseerde manier kon gebeuren.

Materiaal en methoden

Over een tijdspanne van 3 jaar werd er onderzoek gedaan naar het onderwerp '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'

Voor dit in de praktijk door middel van de vragenlijst kon worden onderzocht, werd een literatuurstudie uitgevoerd. Deze bestond uit verschillende onderdelen:

- Wat is de invloed van multimorbiditeit op het functioneren en kwaliteit van leven?
- Wat is de ICF?
- Wat zijn de aanbevelingen rond de griepvaccinatie?

Er werd algemene informatie verzameld via verschillende kanalen voor de elektronische database werd geraadpleegd. Hiervoor werden voornamelijk de websites van Sciensano en de WHO gebruikt. Deze informatie werd verwerkt in de inleiding en werd gebruikt om een gerichte zoekstrategie op te stellen. De inleiding en zoekstrategie werden ook opgesteld aan de hand van een oriëntatiegesprek met de (co-)promotor. Nadien werd per onderdeel een zoekopdracht opgesteld in PubMed.

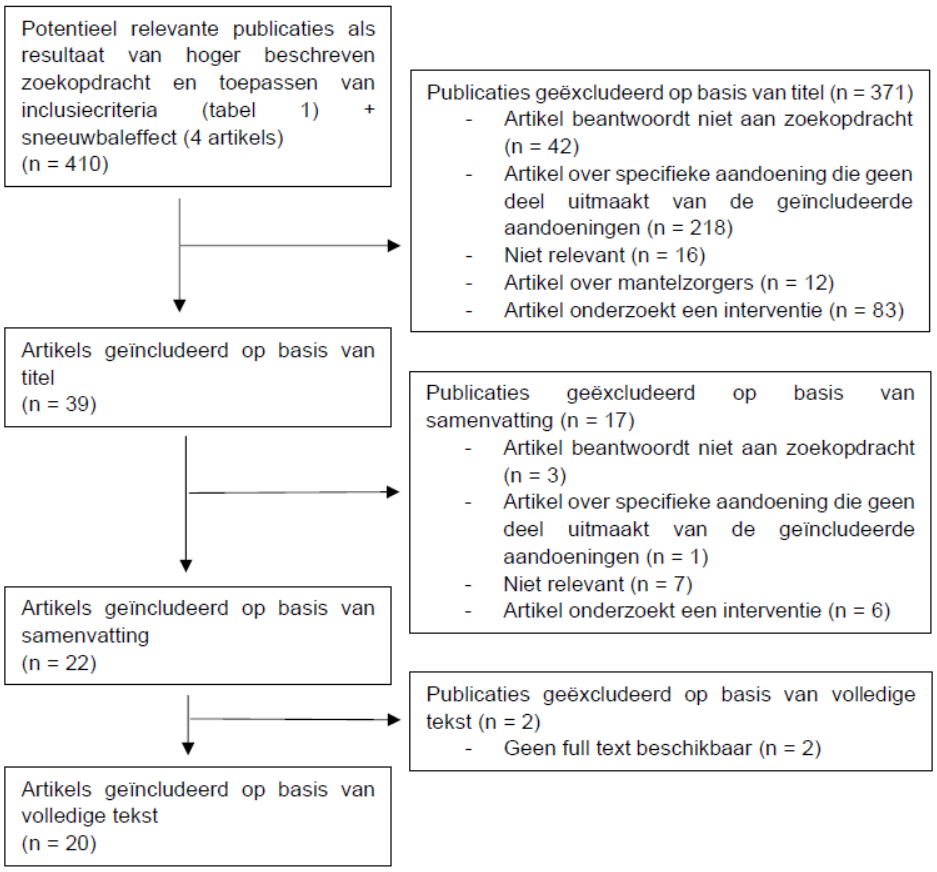
1. Chronische aandoeningen en de invloed op het functioneren en kwaliteit van leven

Om inzicht te creëren in het onderwerp van deze studie en te onderzoeken welke informatie reeds beschikbaar was, werd allereerst een breed literatuuronderzoek uitgevoerd. De zoekopdracht werd uitgevoerd op Pubmed op 07/11/2020 en bestond uit volgende zoektermen: (chronic disease[MeSH Terms]) AND (quality of life[MeSH Terms]). Dit resulteerde in 8786 potentieel relevante artikels. Na toepassen van de inclusiecriteria (tabel 1) bleven er 406 artikels over. Via het sneeuwbaleffect werden daar nog 4 artikels aan toegevoegd, dus in totaal werden 410 artikels weerhouden.

Datum publicatie	01/01/2015-08/11/2020
Taal	Engels
Type studie	(Systematische) review
Volledige tekst beschikbaar	Ja

Tabel 1: inclusiecriteria eerste literatuurstudie

Vervolgens was er een screening op basis van titel en abstract, waarna respectievelijk 39 en 22 publicaties resteerden. Gezien voor dit onderzoek zes specifieke chronische, veelvoorkomende aandoeningen worden uitgelicht (zie verder), werden voor de literatuurstudie alle ziektespecifieke artikels geëxcludeerd die niet tot deze zes aandoeningen behoren.



Figuur 6: schematisch overzicht van het selectieproces

Tenslotte vielen nog twee artikels af omdat er geen volledige tekst beschikbaar was. In totaal werden voor dit deel van de literatuurstudie bijgevolg 20 artikels gebruikt.

2. De ‘‘International Classification of Functioning, Disability and Health”

Allereerst werd op de website van de WHO meer gelezen over de ICF. (23) Vervolgens werd onderzocht wat reeds beschreven is over deze ICF op PubMed. Dit gebeurde op volgende manier:

- Zoekterm: "International Classification of Functioning, Disability and Health"[Mesh]
- Restricties: review of systematische review
- Resultaat: 90 artikels (op 17/10/2020)

Deze artikels werden gescreend op basis van titel en abstract, waarna uiteindelijk 5 artikels werden weerhouden voor gebruik in de inleiding.

Nadien werd een zoekopdracht uitgevoerd op basis van de onderzoeksvraag. De populatie zijn chronisch zieken of patiënten met multimorbiditeit in de eerste lijn. Binnen deze populatie wordt bekeken hoe de ICF toegepast kan worden. Zo ontstond volgende zoekopdracht: ((chronic morbidity) OR (multimorbidity)) AND (primary care)) AND (("Disability and health" OR " International Classification of Functioning, Disability and Health ")). Deze zoekopdracht leverde 15 artikels op (op 15/10/2020), waarvan er 3 werden weerhouden op basis van titel en abstract.

3. Griepvaccinatie

3.1. Zoekstrategie literatuurstudie

De database van PubMed werd gebruikt om artikels te zoeken. Volgende zoekopdracht werd gebruikt: ((influenza vaccination) AND (chronic illness)) AND (recommendation). Via deze zoekopdracht werden artikels geïncludeerd op basis van titel en abstract. Via het sneeuwbaleffect werden extra artikels geïncludeerd. De vijf resterende artikels, inclusief de richtlijnen van WHO, werden gebruikt om de doelpopulatie van deze studie af te bakenen.

3.2. Selectie doelpopulatie griepvaccinatie

De WHO maakt jaarlijks een aanbeveling op over het komende griepseizoen. Momenteel raden ze aan om zwangere vrouwen, kinderen tussen 6 en 59 maanden, ouderen, personen met chronische aandoeningen en gezondheidsmedewerkers te vaccineren. (39) Aangezien in deze studie onderzoek wordt gedaan naar patiënten met chronische ziekten zal met deze subpopulatie worden verdergaan. Verschillende studies beschrijven groepen met chronische aandoeningen die in aanmerking komen voor een griepvaccinatie. Deze groepen zijn: chronisch pulmonair lijden (COPD en astma), chronisch cardiovasculair lijden, chronische nierinsufficiëntie, chronische leverziekte, neurologisch lijden, hematologisch lijden, metabool lijden (inclusief diabetes mellitus), maligniteit, immunodeficiëntie, morbide obesitas (BMI>40). (40-46) Dit betreft een grote lijst aandoeningen, waar in de verschillende studies niet steeds consensus over is. Daarom werd uit deze lijst een aantal veelvoorkomende aandoeningen gekozen die eenvoudig te definiëren zijn volgens ICPC-2 codes in het medisch dossier.

Tabel 1:

Geïncludeerde chronische aandoeningen en respectievelijke ICPC-2 codes	
Astma, COPD of chronische bronchitis	R79, R95, R96
Nierziekte of nierfalen	U88, U99
Cardiovasculaire ziekte	K74, K75, K76, K78, K79, K80, K92
Hartfalen	K77, K83, K84
CVA of TIA	K89, K90, K91
Diabetes mellitus	T89, T90

4. Datacollectie

De bovenstaande ICPC-2-codes werden gebruikt om in het medisch dossier een lijst van patiënten te extraheren. Patiënten jonger dan 18 jaar en overleden patiënten werden geëxcludeerd. Aan patiënten die in deze lijst voorkomen en op griepspreekuur komen, wordt na vaccinatie aangeboden om een afgedrukte vragenlijst in te vullen. De gebruikte vragenlijst betreft de reeds in Nederland gevalideerde ICF Primary Care- vragenlijst (zie inleiding).

Resultaten

1. Epidemiologie

Er werden 76 patiënten uitgenodigd tot het invullen van de vragenlijst, waarvan 68 patiënten de ingevulde vragenlijst indienden.

Na grondige selectie zoals hierboven beschreven werden de ingevulde vragenlijsten van 61 personen geselecteerd. De geïncludeerde patiënten hebben een leeftijd variërend van vijftig tot negentig jaar, met een gemiddelde van 73,8 jaar. De steekproef bestaat uit 29 vrouwen (47,5%) en 32 mannen (52,5%). Met uitzondering van twee patiënten zijn ze allen gepensioneerd. Vijftig personen hebben een levenspartner (82%) en elf personen zijn alleenstaand (18%), waarvan vijf weduwnaars.

Het hoogst behaalde diploma was bij vijftien patiënten (24,6%) lager onderwijs, bij 28 patiënten (45,9%) middelbaar onderwijs en bij drie patiënten hoger beroepsonderwijs (4,9%). Zeven patiënten (11,5%) behaalden een diploma aan de hogeschool en vijf patiënten (8,2%) aan de universiteit. Twee personen (3,3%) verklaarden geen diploma te hebben behaald en één iemand vulde deze vraag niet in.

Het aantal aandoeningen gerapporteerd door de arts in het medisch dossier varieerde van één tot veertien met een gemiddelde van 4,7 aandoeningen per patiënt, terwijl het aantal door de patiënt gerapporteerde aandoeningen varieerde van één tot tien met een gemiddelde van 2,4 aandoeningen per patiënt. Regelmatig worden ziekten als diabetes type 2 en nierinsufficiëntie door de patiënt niet vermeld. Ook opvallend is dat patiënten met een oncologische voorgeschiedenis dit vaak zullen vermelden, hoewel ze meestal reeds lang geleden van de aandoening zijn hersteld.

Van de vijf geïncludeerde morbiditeiten was cardiovasculair lijden (inclusief ritmestoornissen) met voorsprong de meest voorkomende, gezien deze 31 keer werd gerapporteerd in het patiëntendossier. Veertien patiënten leden aan coronair lijden, dertien patiënten hadden een ritmestoornis (met voorkamerfibrillatie als de meest voorkomende ritmestoornis) en vier patiënten hadden perifeer arterieel lijden. Regelmatig werden meerdere van de hierboven beschreven subgroepen teruggevonden bij dezelfde patiënt.

Chronische nierinsufficiëntie was de tweede meest voorkomende groep met achttien rapportages. Diabetes mellitus werd vijftien keer vermeld in de patiëntendossiers van de geselecteerde doelgroep, waarbij het slechts in één geval om diabetes type 1 ging.

Veertien patiënten leden aan een longaandoening: vier patiënten hadden astma, vier patiënten hadden COPD (chronisch obstructief longlijden), drie patiënten hadden bronchiëctasieën en bij drie patiënten werd de longaandoening niet gespecificeerd.

Hartfalen en kleplijden werden negen keer vermeld in de patiëntendossiers, waarvan zeven keer kleplijden en twee keer hartfalen.

Tenslotte maakten zes patiënten een CVA (cerebrovasculair accident) door en twee patiënten een TIA (transient ischemic accident), wat het totaal in deze groep op acht brengt.

De overgrote meerderheid van de geïncludeerde patiënten neemt dagelijks meer dan drie geneesmiddelen. Het aantal patiënten dat dagelijks één, twee of drie geneesmiddelen neemt, bedraagt respectievelijk drie, zes en tien.

Tabel 2: epidemiologie

	Totaal (n=61)
Gemiddelde leeftijd (jaar)	73,8
Geslacht, n (%)	
Man	32 (52,5%)
Vrouw	29 (47,5%)
Tewerkstelling, n (%)	
Werkend	2 (3,3%)
Gepensioneerd	59 (96,7%)
Burgerlijke staat, n (%)	
Partner	50 (82%)
Alleenstaand	11 (18%)
Diploma, n (%)	
Geen	2 (3,3%%
Lager onderwijs	15 (24,6%)
Middelbaar onderwijs	28 (45,9%)
Hoger beroepsonderwijs	3 (4,9%)
Hogeschool	7 (11,5%)
Universiteit	5 (8,2%)
Gemiddeld aantal aandoeningen per patiënt	4,7
Aantal geneesmiddelen, n (%)	
1 geneesmiddel	3
2 geneesmiddelen	6
3 geneesmiddelen	10
4 of meer geneesmiddelen	42

2. Analyse

2.1. Algemeen

In de algemene vragenlijst werd gepeild naar hoe de patiënten hun lichamelijke en geestelijke gezondheid gedurende de afgelopen maand beoordelen (zie tabel 3). Er waren vijf categorieën: ‘slecht’, ‘matig’, ‘redelijk’, ‘goed’ en ‘heel goed’. Eén patiënt vulde deze vragen niet in.

Telkens drie patiënten beschouwden hun **lichamelijke gezondheid** als ‘matig’ en ‘heel goed’. Niemand koos voor ‘slecht’. Door 32 patiënten werd ‘goed’ aangeduid en 21 patiënten beschouwden hun gezondheid als ‘redelijk’.

Op vlak van **geestelijke gezondheid** werd er beter gescoord. Opnieuw koos niemand voor ‘slecht’, alsook werd ‘matig’ hier niet aangeduid. Zeven patiënten beoordeelden hun geestelijke gezondheid als ‘redelijk’. Veertig patiënten beschouwden hun geestelijk welzijn als ‘goed’ en elf personen als ‘heel goed’. Hier werd de vraag door twee patiënten niet ingevuld.

Algemene **kwaliteit van leven** werd drie maal als ‘matig’ beoordeeld en zeven maal als ‘redelijk’. Door 44 patiënten werd de levenskwaliteit als ‘goed’ beschouwd en voor vijf patiënten was dit zelfs ‘zeer goed’.

Vier patiënten vermeldden dat ze hun activiteiten de laatste maand hebben moeten verminderen omwille van hun gezondheid en twee patiënten konden deze zelfs helemaal niet meer uitvoeren.

Tabel 3: Beoordeling gezondheid

	Totaal (n=61)
Beoordeling lichamelijke gezondheid, n	
Heel goed	3
Goed	32
Redelijk	21
Matig	3
Slecht	0
Niet ingevuld	1
Beoordeling geestelijke gezondheid, n	
Heel goed	11
Goed	40
Redelijk	7
Matig	0
Slecht	0
Niet ingevuld	2
Beoordeling kwaliteit van leven, n	
Heel goed	5
Goed	44
Redelijk	7
Matig	3
Slecht	0
Niet ingevuld	1

2.2. Lichamelijke en geestelijke functies

In deze sectie werd nagegaan in welke mate patiënten problemen ervaren met hun fysieke en mentale functioneren. De mogelijke keuzes waren 'geen', 'licht', 'matig', 'ernstig' en 'volledig' probleem. De data worden weergegeven in volgende tabel. In de eerste kolom wordt weergegeven hoeveel patiënten van het totaal een probleem ervaren. Nadien wordt in de 4 rechtse kolommen weergegeven welk percentage van deze patiënten telkens een licht, matig, ernstig of volledig probleem ervaren.

Tabel 4: Lichamelijke en geestelijke functies n totaal: 61

	n met probleem	Licht probleem	Matig Probleem	Ernstig probleem	Volledig probleem
Zicht	38	59,0%	30,7%	10,3%	0%
Lichamelijk uithoudingsvermogen	32	59,3%	28,0%	12,7%	0%
Soepel bewegen van de gewrichten	32	34,4%	53,1%	12,5%	0%
Lichamelijke pijn	31	48,4%	38,7%	12,9%	0%
Leveren spierkracht	30	40,0%	50,0%	10,0%	0%
Onthouden nieuwe informatie	30	80,0%	16,7%	3,3%	0%
Energiek voelen	29	51,7%	37,9%	10,4%	0%
Slapen	25	40,0%	52,0%	9,0%	0%
Horen	24	54,2%	41,6%	4,2%	0%
Zich geestelijk in evenwicht voelen	14	78,6%	7,1%	14,3%	0%
Concentratie	17	70,6%	23,5%	5,9%	0%

Globaal gezien werden vooral lichte en matige problemen gerapporteerd. Er werd geen enkele keer aangegeven dat een bepaalde functie een volledig probleem was.

Patiënten ervaarden het meest een probleem op vlak van hun **zicht**. Bij 38 patiënten (63,9%) werd een probleem ervaren op vlak van deze zintuiglijke functie, waarvan 59% een licht probleem; 30,7% een matig probleem en 10,3% een ernstig probleem.

Ook op vlak van **lichamelijk uithoudingsvermogen** en het **soepel kunnen bewegen van de gewrichten** werden heel wat problemen gerapporteerd: telkens 32 patiënten (52,5%) gaven aan hiermee een probleem te ervaren. Op vlak van uithoudingsvermogen ging het in de groep van patiënten die een beperking ervaarde vooral om lichte problemen (59,3%) en mindere mate om een matige beperking (28%). Soepelheid in de gewrichten wordt als een ernstiger probleem gezien: 53,1% ervaart op dit vlak een matige beperking t.o.v. 34,4% die een lichte beperking ervaart. Op beide vlakken vindt 12,5% van de patiënten (binnen de groep die een probleem ervaart) dat het om een ernstig probleem gaat.

Daarnaast is **lichamelijke pijn** jammer genoeg ook een fenomeen dat het functioneren regelmatig in meer of mindere mate in de weg staat. Van de geïncludeerde personen hebben 31 patiënten (50,8%) problemen op dit vlak, waarvan 48,4% lichte problemen; 38,7% matige problemen en 12,9% ernstige problemen.

Het **leveren van spierkracht** en het **onthouden van nieuwe informatie** levert bij 30 patiënten (49,2%) problemen op. Bij 80% van de patiënten met een beperking op vlak van geheugen gaat het om een licht probleem; bij 16,7% om een matig probleem en bij 3,3% om een ernstig probleem. In 50% van de gevallen worden problemen ervaren bij het leveren van spierkracht wordt als matig ervaren en 40% als licht. De overige 10% wordt het als een ernstige beperking beschouwd.

29 patiënten (47,5%) voelen zich minder **energiek** dan hij/zij willen. 51,7% van de personen vindt dit een licht probleem; 37,9% ervaart het als een matig probleem en 10,4% beschouwt het als een ernstige beperking.

Opvallend is ook dat maar liefst 25 van de geïncludeerde patiënten (41%) moeilijkheden ervaart bij het **slapen**. Het gaat in respectievelijk 40%, 52% en 8% van de gevallen om een licht, matig en ernstig probleem.

Horen gaat bij 24 patiënten (39,3%) minder goed. In 54,2% van de gevallen gaat het om een licht probleem; 41,6% ziet het als een matig probleem en 4,2% ervaart een ernstige beperking op dit vlak.

De ‘minste’ problemen worden ervaren bij het **zich geestelijk in evenwicht voelen** en **concentratie**: respectievelijk 14 (23%) en 17 patiënten (27,9%) beschouwen dit als een probleem. In het overgrote deel gaat het om een licht probleem: 78,6% (geestelijk evenwicht) en 70,6% (concentratie). Op vlak van geestelijke toestand ervaart 7,1% een matig en 14,3% een ernstig probleem. Wat betreft de concentratie gaat het voor 23,5% om een matig probleem en voor 5,9% om een ernstig probleem.

Naast aanduiden in welke mate de patiënt een beperking in de specifieke functies ondervindt, werd ook gevraagd om aan te geven of patiënten tevreden zijn met die mate van functioneren.

Globaal gezien neemt de tevredenheid recht evenredig af met de graad van beperking die de patiënt ervaart in het betreffende domein. Dit betekent dus dat patiënten vaak ‘tevreden’ of ‘neutraal’ aanduiden wanneer ze geen tot lichte problemen ervaren en eerder ‘ontevreden’ aanduiden wanneer er een matig tot ernstig probleem wordt ervaren, al gaat dit niet altijd op.

Opvallend is dat de musculoskeletale problemen een grote impact lijken te hebben. Het gaat hier om volgende domeinen: pijn in het lichaam, lichamelijk uithoudingsvermogen, het soepel bewegen van de gewrichten en het leveren van spierkracht. Zelfs wanneer het slechts om een licht probleem gaat, geeft de patiënt meestal aan hier niet tevreden mee te zijn.

Ook bij de bevraagde zintuiglijke functies, namelijk horen en zien, wordt opgemerkt dat patiënten vaker ontevreden zijn bij een licht probleem (doch iets minder uitgesproken dan bij bovenstaande).

Slapen, een probleem waarvan hierboven wordt vermeld dat het opvallend vaak voorkomt binnen de geïncludeerde populatie, geeft ook relatief snel een gevoel van ontevredenheid. Hetzelfde geldt voor de capaciteit om nieuwe informatie te onthouden.

2.3. Activiteiten

In deze sectie van de vragenlijst werd dieper ingegaan op verschillende specifieke activiteiten via de gekende antwoordmogelijkheden (zie hierboven).

Tabel 5: Activiteiten

n totaal: 61

	n met probleem	Licht probleem	Matig probleem	Ernstig probleem	Volledig probleem
Lopen of wandelen	38	31,6%	47,3%	21,1%	0%
Op- en aflopen trap	32	37,5%	40,6%	21,9%	0%
Veranderen van houding	36	50,0%	36,1%	13,9%	0%
Omgaan met stress	36	47,3%	44,4%	8,3%	0%
Oplossen van problemen	16	44,4%	50,0%	5,6%	0%
Plannen en uitvoeren dagelijkse activiteiten	23	56,5%	43,5%	0%	0%
Zorg dragen eigen gezondheid	19	68,4%	26,3%	5,3%	0%
Iets optillen en meenemen	30	46,7%	46,7%	6,6%	0%
Gebruik van handen en armen	22	45,5%	40,9%	13,6%	0%
Besturen fiets, auto of ander voertuig	18	50,0%	38,9%	11,1%	0%
Huishouden doen	14	71,4%	14,3%	14,3%	0%
Zich zelfstandig verzorgen	10	63,6%	36,4%	0%	0%
Zich zelfstandig wassen	9	55,6%	44,4%	0%	0%
Zich zelfstandig kleden	7	57,1%	42,9%	0%	0%
Zelfstandig eten	6	50,0%	50,0%	0%	0%
Zelfstandig naar het toilet gaan	6	50,0%	50,0%	0%	0%

De activiteit waarbij het meeste moeilijkheden werden opgemerkt was **lopen of wandelen**: 38 patiënten (62,3%) ondervinden hierbij een probleem. Het gaat in 47,3% van de gevallen om een matig probleem, in 31,6% om een licht probleem en in 21,1% van de gevallen om een ernstig probleem.

Hand in hand hiermee gaat de beperking in het **op- en aflopen van een trap**, waar 21 patiënten (52,5%) het moeilijk mee hebben. Wat betreft de verdeling in lichte, matige en ernstige problemen gaat het om respectievelijk 37,5; 40,6 en 21,9 procent.

Veranderen van houding lijkt ook vaak voor problemen te zorgen, want 36 patiënten (59,1%) geven aan hier moeilijkheden te ondervinden. Voor 50% van de gevallen ging dit om een licht probleem, voor 36,1% om een matig probleem en voor 13,9% om een ernstig probleem.

Opmerkelijk is dat ook 36 patiënten (59,1%) aangeven moeilijk te kunnen **omgaan met stress.** Hierbij heeft 47,3% hier weinig moeite mee, 44,4% matig en 8,3% ernstig.

Algemene problemen zoals het **oplossen van problemen** en het **plannen en uitvoeren van dagelijkse activiteiten** worden als problematisch beschouwd bij respectievelijk 16 patiënten (29,5%) (waarvan 44,4% licht, 50% matig en 5,6% ernstig) en 23 patiënten (37,7%) (waarvan 56,5% licht en 43,5% matig).

Bij 19 patiënten (31,1%) werden er moeilijkheden ervaren om **zorg** te **dragen voor de eigen gezondheid**, waarvan 68,4% een licht probleem ervaart, 26,3% een matig probleem en 5,3% een ernstig probleem.

Iets optillen en meenemen, alsook het **gebruik van de handen en armen** bezorgt respectievelijk 30 (49,2%) en 22 patiënten (36,1%) problemen. Wat betreft het optillen en meenemen ervaart 6,6% een ernstig probleem en 46,7% een licht of matig probleem. Het gebruiken van de bovenste ledematen veroorzaakt voor 45,5% een licht probleem, voor 40,9% een matig probleem en voor 13,6% een ernstig probleem.

Door 18 patiënten (29,5%) werd aangeduid dat men een probleem heeft bij het **besturen van een fiets, auto of ander voertuig**. Voor 50% is dit een licht probleem, voor 38,9% een matig probleem en voor 11,1% een ernstig probleem.

Het **huishouden doen** lukt moeilijk bij 14 patiënten (23%), waarvan 71,4% een licht probleem ervaart en telkens 14,3% een matig en ernstig probleem.

De elementen die we in grote lijnen ook in de gekende Katz-schaal terugvinden werden ook bevraagd, al werd hier beter op gescoord. 10 patiënten (18%) ondervinden problemen bij het **zich zelfstandig verzorgen** (63,6% licht probleem en 36,4% matig probleem). 9 patiënten (14,8%) kunnen zichzelf moeilijk **zelfstandig wassen** (55,6% licht probleem en 44,4% matig probleem). 7 patiënten (11,5%) vinden het lastig om **zich zelfstandig** te **kleden** (57,1% licht probleem en 42,9% matig probleem). **Zelfstandig eten** en **zelfstandig naar het toilet gaan** geeft bij 6 patiënten (9,8%) moeilijkheden, waarvan telkens de helft een licht probleem en de andere helft een matig probleem ondervindt.

Ook hier gaven patiënten aan of ze tevreden waren met de mate waarin ze problemen ondervinden bij het uitvoeren van de betreffende activiteit. Musculoskeletale problemen lijken een grote impact te hebben: moeilijk van houding kunnen veranderen, alsook moeilijk een voorwerp kunnen optillen en meenemen geven een gevoel van ontevredenheid. Hetzelfde geldt voor trappen doen en een eindje kunnen lopen of wandelen. Het belang van zelfredzaamheid komt hier ook duidelijk naar voor: een licht probleem in het zelf kunnen oplossen van problemen, het zorg dragen voor de eigen gezondheid, het huishouden doen en mobiliteit geven al snel een gevoel van ontevredenheid.

Tenslotte zal ook de aanwezigheid van stress, dewelke opvallend vaak voorkomt in de onderzochte patiëntenpopulatie, ervoor zorgen dat heel wat patiënten op het vlak van tevredenheid slecht scoorden.

2.4. Participatie

Binnen dit onderdeel werd bekeken in hoeverre patiënten problemen ondervinden met het onderhouden van relaties en het **uitoefenen van werk** en/of hobby's. Zoals reeds voordien vermeld (zie 'epidemiologie') zijn binnen de geïncludeerde populatie slechts twee personen niet gepensioneerd. Daarnaast is er één persoon die aangeeft onbetaald werk (vrijwilligerswerk) te doen. De andere patiënten benoemen dat ze niet op zoek zijn naar (onbetaald) werk, alsook geven ze niet aan dat ze ontevreden zijn met het feit dat ze geen (vrijwilligers)werk uitoefenen.

Tabel 6: Participatie n totaal: 61

	n met probleem	Licht probleem	Matig probleem	Ernstig probleem	Volledig probleem
Onderhouden relaties familie	10	70,0%	0%	30,0%	0%
Onderhouden relaties vrienden of partner	2	100,0%	0%	0%	0%
Uitvoeren hobby's	7	57,0%	43,0%	0%	0%

Door 10 patiënten (16,4%) werden er problemen aangegeven in het onderhouden van **relaties met zijn/haar familie**. Voor 70% gaat het om een licht probleem en voor 30% om een ernstig probleem. De overgrote meerderheid geeft aan hier ontevreden over te zijn.

Slechts 2 patiënten (3,3%) van de steekproef gaven aan een licht probleem te ondervinden in het onderhouden van **relaties met zijn/haar vrienden of partner**, meestal ook resulterend in een ontevreden gevoel.

Tenslotte ervaarden 7 patiënten (11,5%) moeilijkheden in het **uitvoeren van hobby's**, waarvan 57% het als een licht probleem beschouwt en 43% als een matig probleem. Daarnaast is er één iemand die zijn/haar hobby's onmogelijk kan uitvoeren omwille van de corona-epidemie. Ook dit zorgt voor ontevreden gevoel.

2.5. Omgeving

In het hoofdstuk betreffende de omgeving wordt gepeild naar de ondersteuning die de patiënt ervaart van externe factoren zoals medicatie, hulpmiddelen, sociale zekerheid, familie, huisarts…

Tabel 7: Omgeving

	Volledig ondersteunend	Tamelijk ondersteunend	Niet ondersteunend/ belemmerend	Tamelijk belemmerend	Volledig belemmerend
Hulpmiddel	100%	0%	0%	0%	0%
Thuiszorg of huishoudelijke hulp	75,0%	25,0%	0%	0%	0%
Medicatie	73,8%	23,0%	1,6%	0%	0%
Sociale zekerheidsvoorzieningen	88,6%	9,8%	0%	1,6%	0%
Huisarts en diens mening	73,8%	24,6%	0%	0%	1,6%
Vrienden	70,5%	24,6%	0%	0%	0%
Kennissen	68,9%	29,5%	3,3%	0%	1,6%
Familie	57,4%	24,6%	13,1%	1,6%	3,3%

Voetnoot tabel: Slechts 5 personen (8,2%) van de patiënten gebruiken een hulpmiddel. Er zijn 8 personen (13,1%) die gebruik maken van thuiszorg of huishoudelijke hulp.

Globaal gezien valt het op dat de meeste patiënten zich naar hun normen volledig ondersteund voelen, hoewel slechts een klein percentage (8,2%) gebruik maakt van thuiszorg of hulpmiddelen (wandelstok, rollator..). Dit **hulpmiddel** is voor hen volledig ondersteunend. **Thuiszorg of huishoudelijke hulp** was er bij 8 personen (13,1%) en dit is voor 75% volledig ondersteunend en voor de overige 25% tamelijk ondersteunend.

Voor 73,8% van de geïncludeerde personen is de **medicatie** die ze innemen volledig ondersteunend, voor 23% tamelijk ondersteunend en voor 1,6% neutraal of tamelijk belemmerend.

Van de patiëntengroep is 88,6% tevreden met de **sociale zekerheidsvoorzieningen**; 9,8% vindt deze tamelijk ondersteunend en 1,6% vindt deze tamelijk belemmerend.

Het merendeel (73,8%) van de patiënten voelen zich volledig ondersteund door zijn/haar **huisarts en diens mening** en 24,6% tamelijk ondersteund. Eén iemand (1,6%) voelt zich volledig belemmerd door de huisarts en ook één persoon staat neutraal t.o.v. de mening van de huisarts.

Respectievelijk 70,5% en 68,9% van de patiënten voelt zich volledig ondersteund door vrienden en buren/kennissen. Wat betreft **vrienden** voelt 24,6% zich tamelijk ondersteund; 1,6% vindt zijn/haar kennissen volledig belemmerend en 3,3% staat hier neutraal tegenover. 29,5% voelt zich tamelijk ondersteund door **kennissen** en 4,9% staat hier neutraal tegenover.

Op vlak van **familie** worden iets meer problemen opgemerkt. Het goede nieuws: 57,4% voelt zich volledig ondersteund en 24,6% tamelijk ondersteund. 1,6% vindt zijn/haar familie tamelijk belemmerend en 3,3% vindt zijn/haar familie zelfs volledig belemmerend. Daarnaast staat 13,1% van de patiënten hier neutraal tegenover.

Het wordt duidelijk dat het overgrote deel van de geïncludeerde patiënten tevreden is met de mate waarin ze ondersteund worden door externe factoren. Slechts een viertal personen gaf aan niet tevreden te zijn. Dit waren telkens patiënten die problemen ervaren binnen de familiale sfeer.

2.6. Persoonlijke eigenschappen

Tenslotte werd er nog gepeild naar enkele persoonlijke eigenschappen en de mate van tevredenheid hierover.

Tabel 8: Persoonlijke eigenschappen

	Volledig eens	Tamelijk eens	Neutraal	Tamelijk oneens	Volledig oneens
Graag in gesprek met een ander	41,0%	39,4%	18,0%	1,6%	0%
Inschikkelijk en zorgvuldig	42,6%	37,8%	18,0%	0,0%	1,6%
Zorgvuldig	42.6%	37.8%	18.0%	0.0%	1.6%
Gelijkmoedig	37,7%	39,4%	21,3%	0.0%	1,6%
Fantasierijk, geïnteresseerd	44,3%	34,4%	21,3%	0.0%	0%
Optimistisch	32,8%	42,6%	21,3%	0.0%	3,2%
Zelfzeker	37,7%	37,7%	21,4%	1,6%	1,6%
Betrouwbaar en eerlijk	42,6%	41,0%	16,4%	0.0%	0%

Van de patiëntengroep ziet 41% zichzelf volledig als iemand die **graag in gesprek** is met een ander. 39,4% is hier net iets minder mee akkoord, maar vindt zichzelf nog steeds een vrij open persoon. 18% staat hier neutraal tegenover en 1,6% is liever op zichzelf (tamelijk oneens met de stelling).

Telkens 42,6% van de patiënten is het volledig eens met de stelling dat hij/zij **inschikkelijk** en **zorgvuldig** is. 37,8 is het met deze twee stellingen tamelijk eens en 18% is het noch eens, noch oneens. Bij beide eigenschappen is 1,6% het er oneens mee.

Wat betreft **gelijkmoedigheid** is 37,7% het volledig eens en 39,4% het tamelijk eens. 1,6% vindt zichzelf absoluut niet gelijkmatig en 21,3% heeft hier geen mening over.

Op zoek gaan naar nieuwe ervaringen en dus **geïnteresseerd** zijn, wordt als een populaire eigenschap beschouwd binnen het lijstje: 44,3% is het volledig eens dat hij/zij een geïnteresseerd persoon is; 34,4% is het hiermee tamelijk eens en 21,3% staat hier neutraal tegenover.

Optimisme is net iets minder populair: respectievelijk 32,8% en 42,6% van de personen is het volledig of tamelijk eens met de stelling vrolijk te zijn. Daar staat tegenover dat 3,2% zichzelf absoluut geen opgewekt persoon vindt. 21,3% is het noch eens, noch oneens.

75,4% van de patiënten beschouwt zichzelf als een (vrij) **zelfzeker** persoon (gelijk verdeeld over de antwoorden ‘volledig eens’ en ‘tamelijk eens’ met de stelling). 21,4% staat hier neutraal tegenover en telkens 1,6% is het tamelijk of volledig oneens met de stelling goed voor zichzelf te kunnen opkomen.

Wat betreft de laatste eigenschap, namelijk **betrouwbaarheid**, is 42,6% het volledig eens met de stelling een betrouwbaar en eerlijk persoon te zijn. 41% is het tamelijk eens met de stelling en 16,4% is het noch eens, noch oneens.

Wat betreft de tevredenheid met hun persoonlijke eigenschappen, zijn er slechts vijf personen die aangeven ergens ontevreden mee te zijn. Het gaat dan om de eigenschappen optimisme, zelfzekerheid, gelijkmoedigheid, zorgvuldigheid en inschikkelijkheid. Verder geven alle geïncludeerde patiënten aan tevreden te zijn met de mate waarin ze de bovengenoemde eigenschappen bezitten of hier geen mening over te hebben.

Discussie

1. Algemeen

Indien er algemeen wordt gepeild naar de kwaliteit van leven, geestelijke gezondheid en lichamelijke gezondheid scoren de patiënten hier grotendeels hoog op. Er is niemand die dit ervaart als slecht (zie supra tabel 3). Opvallend is echter dat er bij de algemene vragen op de vraag: “Wat zijn uw belangrijkste medische aandoeningen?” vaak musculoskeletale problemen werden beschreven door de patiënt. Dit was niet coherent met wat er in de Sumehr van de huisarts terug te vinden was.

Anderzijds stonden diabetes mellitus en chronische nierinsufficiëntie (CNI) vaak in de Sumehr, maar werd dit niet vermeld door de patiënten. Dit kan erop wijzen dat patiënten meer waarde hechten aan musculoskeletale problemen dan aan iets als CNI. Dit kan mede ook verklaard worden door het feit dat uit deze problemen vaak pijn of beperkingen kunnen vloeien en chronische nierinsufficiëntie heel vaak geen subjectieve last veroorzaakt voor de patiënt. Een bemerking kan zijn dat iets als CNI vaak niet besproken wordt met de patiënt en zij hier dus zelf minder het belang van kunnen inschatten.

Majeure medische aandoeningen zoals hartaandoeningen en oncologische problematiek werden grotendeels correct genoteerd zowel door de patiënt als de huisarts. Dit kan mede verklaard worden doordat dit vaak ingrijpende gebeurtenissen zijn. Het is belangrijk om er zich bewust van te zijn dat de patiënten dit mogelijks ook nog voor langere tijd als belangrijk beschouwen, ook al zijn ze al jaren genezen verklaard.

De PCFS verdeelt de ICF-domeinen onder in verschillende secties. Deze zullen hieronder per sectie verder besproken worden.

2. Lichamelijke en geestelijke functies

Een probleem met het zicht werd het meest gerapporteerd door de patiënten, gevolgd door musculoskeletale problemen en lichamelijke pijn. Ook ondervonden patiënten problemen met het onthouden van nieuwe informatie. Uit de vragenlijsten bleek dat indien er problemen waren met sensoriële functies of musculoskeletale problemen, dit meestal voor een ontevreden gevoel zorgde bij de patiënten. Problemen met slaap werden iets minder aangeduid, doch bij problemen zorgde dit vaker voor een ontevreden gevoel.

3. Activiteiten

Ook op dit gebied worden aanzienlijke beperkingen ervaren bij fysieke problemen zoals: lopen en wandelen, veranderen van houding, op- en aflopen van de trap en iets optillen en meenemen. Problemen met stress werden ook vaak aangeduid, doch zorgde dit niet steeds voor een ontevreden gevoel bij de patiënten. Over het algemeen lijken activiteiten opgenomen in de KATZ-schaal (zich zelfstandig verzorgen, wassen, kleden en eten) bij het merendeel van de patiënten niet voor problemen te zorgen. Hier kan wel sprake zijn van onderrapportage. Mede doordat één van de selectiecriteria om deel te nemen aan de studie was dat patiënten zich moesten aanmelden op het griepspreekuur. Dit betekent dat deze mensen meer mobiel zijn gezien ze zich kunnen verplaatsen naar de praktijk. In deze groep worden dan ook minder problemen verwacht.

4. Participatie

In vergelijking met de andere secties ondervinden patiënten hier duidelijk minder problemen. Indien er problemen bij het onderhouden van een relatie gerapporteerd werden, werd een probleem bij het onderhouden van relatie met familie vaker als een ernstig probleem beschreven dan een probleem in relaties met kennissen of vrienden.

5. Omgeving

Patiënten ervaarden thuiszorg, medicatie, sociale zekerheid, huisarts, vrienden, kennissen en familie voornamelijk als volledig of tamelijk ondersteunend. Er kunnen enkele zaken weerhouden worden. Ongeveer ¼ van de patiënten ervaarde de medicatie als tamelijk of niet ondersteunend. Eerder bleek ook dat meer dan de helft van de patiënten 4 of meer medicamenten per dag inneemt. In de vragenlijst kon geen context gegeven worden waarom de patiënten dit zo beschreven. Ligt dit aan het aantal medicamenten? Of omwille van onvoldoende kennis? Of aan bijwerkingen? In de toekomst zal het belangrijk zijn dat er een context gecreëerd kan worden als patiënten zo'n zaken ervaren. Hierin is een vragenlijst te beperkend.

Een andere bemerking die kan gemaakt worden is dat er zelden gebruik wordt gemaakt van een hulpmiddel (wandelstok, rollator, rolwagen...). Nochtans blijkt uit vorige secties dat problemen op vlak van lopen en wandelen vaak worden gerapporteerd. Het lijkt belangrijk om de mogelijkheid tot gebruik van hulpmiddel vaker op tafel te leggen. Ook hier lijkt de context belangrijk. Een nazicht van wat precies de problemen en barrières zijn, kan hierbij helpen.

6. Persoonlijke eigenschappen

De patiënten konden zich grotendeels vinden in de beschreven eigenschappen. Ze zijn hier dan ook tevreden over.

7. Vergelijking resultaten literatuur

De review van Tran et al. beschrijft vergelijkbare resultaten wat betreft lichamelijke en geestelijke functies. Zo wordt beschreven dat sensoriële deficieten een grote impact hebben op kwaliteit van leven en functioneren. Visusverlies is een risicofactor voor heupfracturen, vallen en snellere fysieke achteruitgang. Gehoorverlies kan dan weer leiden tot sociale isolatie, depressie, cognitieve en fysieke achteruitgang. Slapen werd ook als zeer belangrijk ervaren voor ouderen. In dezelfde studie bleek echter wel dat het niet goed kunnen uitvoeren van ADL (algemeen dagelijks levensverrichtingen) zorgt voor verminderde kwaliteit van leven en minder autonomie, en op die manier een voorspeller is van morbiditeit en mortaliteit. (50) Uit de resultaten van deze studie valt dit niet te concluderen, doch blijft het belangrijk om dit mee te nemen in de toekomst.

Uit de resultaten blijkt dat er op verschillende vlakken ontevredenheid is bij patiënten wat betreft hun functioneren. Wat buiten de scope van de vragenlijst valt is of de patiënten het belangrijk vinden dat dit wordt onderzocht door de huisarts en hoe deze resultaten bruikbaar kunnen worden gemaakt. Om die reden werden nog enkele studies weerhouden mede om de bekomen resultaten te staven. Er werden twee kwalitatieve studies geïncludeerd van Nicosia et al. In beide studies werd een

semi-gestructureerd interview afgenomen dat peilde naar de perceptie over het belang van de functionele status in de eerstelijnszorg.

De ene studie peilde naar de perceptie van de patiënten. Er werden 28 patiënten (>65 jaar) geïncludeerd. Indien er gepolst werd naar het belang van het meten van het functioneren bleek dat het overgrote deel van de patiënten dit als belangrijk ervaarde omdat het deel uitmaakt van kwalitatieve holistische zorg. Een minderheid verklaarde dat dit niet medisch relevant was, voornamelijk patiënten die geen problemen ondervinden met ADL. Ook was er de opmerking dat een huisarts al genoeg werk geeft en daar geen tijd voor hoeft te maken. Daarnaast werd ook de bemerking gemaakt dat de huisarts onvoldoende kennis heeft en onvoldoende uitgerust is om te helpen met functionele beperkingen. Wanneer er gepeild wordt naar hoe dit best wordt gemeten, opteren de meeste patiënten voor een interdisciplinaire aanpak zodat er verschillende visies zijn. Een gesprek wordt als intiemer en toegankelijker ervaren dan een vragenlijst. Dit maakt ook een diepere reflectie mogelijk. Bij een vragenlijst is er vaak verlies van concentratie en worden problemen met schrijven en lezen ervaren. Aan de andere kant wordt een zelf in te vullen vragenlijst soms als minder invasief ervaren. (47)

Anderzijds voerde Nicosia et al een andere studie naar de perceptie van artsen (eerstelijnsartsen en geriaters). Drie topics werden besproken: screening en assessment, documentatie en het gebruik van functionele status om zorg te verbeteren. De grootste barrières voor screening en assessment waren volgens de artsen het gebrek aan tijd en het ontbreken van een gestandaardiseerde methode. Wat betreft documentatie kwam naar voor dat er geen standaard locatie bestaat in EMD-programma's waar dit gestructureerd kan worden bijgehouden. Wat implementatie van het functioneren in de zorg betreft was er voornamelijk de bezorgdheid dat het moeilijk is om numerieke data te gebruiken in de praktijk. De connectie tussen de data en de zorg is niet rechtlijnig en de context van de data zou hiervoor ook belangrijk zijn. (49)

Concreet wordt zowel bij de artsen als de patiënten gezien dat het belangrijk kan zijn om het functioneren te implementeren in de zorg. Toch zijn er nog enkele barrières die moeten overwonnen worden. Een vragenlijst zoals de PCFS kan een goede gespreksstarter zijn om een beeld te krijgen van waar de patiënt problemen ervaart. Ook toont dit aan de patiënt dat de arts openstaat om te praten over het functioneren. Aanvullend lijkt een face-to-face gesprek met een zorgverlener (eventueel interdisciplinair) aangewezen om beter accenten te kunnen leggen en dieper te kunnen reflecteren over de vragenlijst. Nadien moet er bekeken worden hoe deze informatie het best wordt genoteerd in het medisch dossier zodat deze optimaal kan worden gebruikt in de verdere zorgverlening.

8. Opmerkingen

De PCFS is een vragenlijst die verschillende aspecten van het functioneren evalueert op basis van de ICF. Het betreft een gevalideerde vragenlijst die in de eerstelijnszorg door patiënten laagdrempelig kan worden gebruikt. De studiegroep in deze thesis kan om enkele redenen gebiast zijn. Zoals eerder vermeld betreft het patiënten die op griepspreekuur komen. Dit zijn patiënten die verwacht worden mobieler te zijn aangezien deze zich verplaatsen naar de praktijk. Er was een exclusie van patiënten die zich niet konden verplaatsen, wat een invloed kan hebben op de resultaten. Ook werden de patiënten op voorhand geïnformeerd over de inhoud van de vragenlijst. Dit kan op zich ook voor een bias zorgen aangezien patiënten die de vragenlijst invulden mogelijks al een bepaalde interesse vertonen wat betreft de invloed van morbiditeit op het functioneren. Het voordeel van de PCFS is dat

deze ook gaat peilen naar de tevredenheid van de patiënten over de problemen. Hieruit kon worden afgeleid dat aan bepaalde problematiek meer ontevredenheid was gebonden en vica versa. Toch dient de opmerking gemaakt te worden dat dit misschien niet voldoende is om verder op te bouwen. De PCFS kan dienen als goede gespreksstarter, maar een diepere reflectie face-to-face over de problemen met de patiënt lijkt nog altijd noodzakelijk om een goede context te creëren. Het invullen van een vragenlijst kan ook barrières inhouden zoals tijd om in te vullen, problemen met lezen en schrijven; en de patiënt moet in staat zijn alle vragen te begrijpen. Wat gezien wordt in de literatuur en deze studie is dat er inderdaad problemen voorkomen op vlak van functioneren bij (co-)morbiditeit. Daarom is het belangrijk om altijd opening te laten in het gesprek zodat de patiënt (of de mantelzorger) zijn/haar noden kan uitdrukken, ook als er geen vragenlijst kan worden ingevuld.

Conclusie

De resultaten van de vragenlijst tonen aan dat op verschillende vlakken van het functioneren problemen voorkomen bij patiënten met chronische aandoeningen. Dit zorgt voor wisselende ontevredenheid. Een vragenlijst zoals PCFS kan dienen als gespreksstarter om dit gebied van zorg bespreekbaar te maken met de patiënt. De vragenlijst kan aangeven of er zich problemen voordoen en in welke domeinen van het functioneren deze zich situeren. Deze domeinen zouden extra aandacht moeten krijgen van een professional om te bepalen welke interventies in de aanpak van chronische aandoeningen hier specifiek aan tegemoet kunnen komen. Een aanvullende diepere reflectie over de vragenlijst is noodzakelijk om de nodige context te schetsen. In de toekomst dient ook bekeken te worden op welke manier deze data het best gebruikt kan worden in de zorg, zodat artsen (of andere paramedici) deze informatie op een toegankelijke en eenvoudige manier kunnen meenemen in verdere patiëntencontacten.

Bronvermelding

1. Statbel. Levensverwachting Belgische bevolking 81,8 jaar in 2019. (Internet) Beschikbaar op: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/sterftetafels-en-levensverwachting#news. Geraadpleegd op 7 november 2020.
2. Office for National Statistic: health state life expectancies. UK; 2014 to 2016. 2017. London. (Internet). Beschikbaar op: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/bulletins/healthstatelifeexpectanciesuk/2014to2016. Geraadpleegd op 7 november 2020.
3. Kuzuya M. Era of geriatric medical challenges: Multimorbidity among older patients. Geriatr Gerontol Int. 2019 Aug;19(8):699-704. doi: 10.1111/ggi.13742. PMID: 31397060.
4. Renne I, Gobbens RJ. Effects of frailty and chronic diseases on quality of life in Dutch community-dwelling older adults: a cross-sectional study. Clin Interv Aging. 2018 Feb 26;13:325-334. doi: 10.2147/CIA.S156116. PMID: 29520132; PMCID: PMC5833750.
5. Kanesarajah J, Waller M, Whitty JA, Mishra GD. Multimorbidity and quality of life at mid-life: A systematic review of general population studies. Maturitas. 2018 Mar;109:53-62. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.12.004. Epub 2017 Dec 6. PMID: 29452782.
6. Makovski T, Schmitz S, Zeegers M, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2019 Aug;53:100903. doi: 10.1016/j.arr.2019.04.005.
7. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2004 Sep 20;2:51. doi: 10.1186/1477-7525-2-51. PMID: 15380021; PMCID: PMC526383.
8. Van Wilder L, Rammant E, Clays E, et al. A comprehensive catalogue of EQ-5D scores in chronic disease: results of a systematic review. Qual Life Res 28, 3153–3161 (2019). https://doi.org/10.1007/s11136-019-02300-y.
9. Commisso E, McGilton KS, Ayala AP, Andrew MK, Bergman H, Beaudet L, et al. Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a protocol for a scoping review. BMJ Open. 2017 Dec 28;7(12):e018247. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018247. PMID: 29288180; PMCID: PMC5770817.
10. Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. Aging Ment Health. 2016;20(2):166-94. doi: 10.1080/13607863.2015.1083945. Epub 2015 Sep 18. PMID: 26381843; PMCID: PMC4720055.
11. Silva N, Pereira M, Otto C, et al. Do 8- to 18-year-old children/adolescents with chronic physical health conditions have worse health-related quality of life than their healthy peers? a meta-analysis of studies using the KIDSCREEN questionnaires. Qual Life Res 28, 1725–1750 (2019). https://doi.org/10.1007/s11136-019-02189-7.
12. Hall CA, Donza C, McGinn S, Rimmer A, Skomial S, Todd E, Vaccaro F. Health-Related Quality of Life in Children With Chronic Illness Compared to Parents: A Systematic Review. Pediatr Phys Ther. 2019 Oct;31(4):315-322. doi: 10.1097/PEP.0000000000000638. PMID: 31568372.
13. Didsbury MS, Kim S, Medway MM, Tong A, McTaggart SJ, Walker AM, et al. Socio-economic status and quality of life in children with chronic disease: A systematic review. J Paediatr Child Health. 2016 Dec;52(12):1062-1069. doi: 10.1111/jpc.13407.
14. McKinley Yoder CL, Cantrell MA. Childhood Disability and Educational Outcomes: A Systematic Review. J Pediatr Nurs. 2019 Mar-Apr;45:37-50. doi: 10.1016/j.pedn.2019.01.003. Epub 2019 Jan 23. PMID: 30682721.
15. Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Ayala A, Rodriguez-Rodriguez V, de Pedro-Cuesta J, Garcia-Gutierrez S, et al. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. Eur J Intern Med. 2015 Apr;26(3):176-81. doi: 10.1016/j.ejim.2015.02.016. Epub 2015 Feb 24. PMID: 25724771.
16. Zhou T, Guan H, Yao J, Xiong X, Ma A. The quality of life in Chinese population with chronic non-communicable diseases according to EQ-5D-3L: a systematic review. Qual Life Res. 2018 Nov;27(11):2799-2814. doi: 10.1007/s11136-018-1928-y. Epub 2018 Jul 6. PMID: 29980994; PMCID: PMC6208588.
17. Wang R, Langhammer B. Predictors of quality of life for chronic stroke survivors in relation to cultural differences: a literature review. Scand J Caring Sci. 2018 Jun;32(2):502-514. doi: 10.1111/scs.12533. Epub 2017 Sep 26. PMID: 28949412.
18. Le J, Dorstyn DS, Mpofu E, Prior E, Tully PJ. Health-related quality of life in coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis mapped against the International Classification of Functioning, Disability and Health. Qual Life Res. 2018 Oct;27(10):2491-2503. doi: 10.1007/s11136-018-1885-5. Epub 2018 May 19. Erratum in: Qual Life Res. 2018 Jun 6;: PMID: 29779143.
19. Olano-Lizarraga M, Oroviogoicoechea C, Errasti-Ibarrondo B, Saracíbar-Razquin M. The personal experience of living with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis of the literature. J Clin Nurs. 2016 Sep;25(17-18):2413-29. doi: 10.1111/jocn.13285. Epub 2016 Jun 6. PMID: 27273246.

20. Pickles K, Eassey D, Reddel HK, Locock L, Kirkpatrick S, Smith L. "This illness diminishes me. What it does is like theft": A qualitative meta-synthesis of people's experiences of living with asthma. Health Expect. 2018 Feb;21(1):23-40. doi: 10.1111/hex.12605. Epub 2017 Aug 2. PMID: 28768067; PMCID: PMC5750696.
21. Raja A, Hekmati Z, Joshi HB. How Do Urinary Calculi Influence Health-Related Quality of Life and Patient Treatment Preference: A Systematic Review. J Endourol. 2016 Jul;30(7):727-43. doi: 10.1089/end.2016.0110. Epub 2016 May 16. PMID: 27080725.
22. Bailey PK, Hamilton AJ, Clissold RL, Inward CD, Caskey FJ, Ben-Shlomo Y, et al. Young adults' perspectives on living with kidney failure: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. BMJ Open. 2018 Jan 10;8(1):e019926. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019926. PMID: 29326196; PMCID: PMC5781019.
23. World Health Organization (WHO). (Internet). Beschikbaar op: https://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf. Geraadpleegd op 15 oktober 2020.
24. Postma, S.A.E., van Boven, K., ten Napen, K., Gerritsen, D.L., Assendelft, W.J.J., Schers, H., olde Hartman, T.C. (2018). The development of an ICF-based questionnaire for patients with chronic conditions in primary care. Journal of Clinical Epidemiology. 2018 August 10; 103 (2018): 92-100. doi:10.1016/j.jclineepi.2018.07.005.
25. Castaneda, L., Bergmann, A., Bagua L. (2014). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a systematic review of observational studies. Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology. 2014 april; 17(2): 437-451. Doi 10.1590/1809-4503201400020012eng.
26. Glaessel A, Kirchberger I, Stucki G, Cieza A. Does the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for Breast Cancer capture the problems in functioning treated by physiotherapists in women with breast cancer? Physiotherapy. 2011 Mar;97(1):33-46. doi: 10.1016/j.physio.2010.08.010. Epub 2010 Oct 30. PMID: 21295236.
27. Selb, M., Escirpizo, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., Üstun, B., Cieza, A. (2015). A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2015 february; 51(1): 105-117.
28. Stucki, G., Pollock, A., Engkasan, J.P., Selb, M. (2019). How to use the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference system for comparative evaluation and standardized reporting of rehabilitation interventions. Eur J Phys Rehabil Med. 2019 Jun;55(3):384-394. doi: 10.23736/S1973-9087.19.05808-8.
29. Escorpizo, R., Bemis-Dougherty, A. (2013). Introduction to Special Issue: A Review of the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapy over the Years. Physiother Res Int. 2015 Dec;20(4):200-9. doi: 10.1002/pri.1578.
30. Prodinger, B., Cieza, A., Oberhauser, C., Bickenbach, J., Üstün, B.T., Chatterji, S., Stucki, G. (2014). Toward the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Rehabilitation Set: A minimal Generic set of Domains for Rehabilitation as a Health Strategy. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2014 october11-17; 2016(97): 875-84. Doi:10/10.1016/j.apmr.2015.12.030.
31. Postma, S.A.E., Schers H, Ellis, J.L., van Boven, K., Napel, H.T., Stappers, H., Olde Hartman, T.C., Gerritsen, D.L. (2020). Primary care functioning scale showed validity and reliability in patients with chronic conditions: a psychometric study. J Clin Epidemiol. 2020 Sep;125:130-137. doi: 10.1016/j.jclinepi.2020.05.018.
32. Yousefi M, Najafi S, Ghaffari S, Mahboub-Ahari A, Ghaderi H. Comparison of SF-6D and EQ-5D Scores in Patients With Breast Cancer. Iran Red Crescent Med J. 2016 Jan 20;18(5):e23556. doi: 10.5812/ircmj.23556.
33. Brazier JE, Yang Y, Tsuchiya A, Rowen DL. A review of studies mapping (or cross walking) non-preference based measures of health to generic preference-based measures. The European journal of health economics. 2010 Apr 1;11(2):215-25.
34. Sciensano. Ziekte en gezondheid in kaart brengen - Influenza. (Internet). Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/influenza. Geraadpleegd op 15 december 2019.
35. Agentschap Zorg en Gezondheid. Vaccinatie tegen griep. (Internet). Beschikbaar op: https://www.laatjevaccineren.be/vaccinatie-tegen-griep. Geraadpleegd op 15 december 2019.
36. Volksgezondheidenzorg.info. Internationale vergelijking vaccinatiegraad influenza. (Internet). Beschikbaar op: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/influenza/regionaal-internationaal/internationaal. Geraadpleegd op 15 december 2019.
37. Vaxinfopro. (2019, 3 september). BCFI over griepvaccinatie 2019-2020. (Internet). Beschikbaar op: https://www.vaxinfopro.be. Geraadpleegd op 15 december 2019.
38. Influenza 2019 - 2020. Folia Pharmacotherapeutica 2019 augustus; 46(08): 3-8. Beschikbaar op https://www.bcfi.be/nl/folias/3121.pdf?folia=3121&version=long.
39. Word Health Organization (WHO). (Internet). Beschikbaar op: https://www.who.int/influenza/en/. Geraadpleegd op 21 mei 2020.
40. Chow, J., Doyle, D., Uyeki, M. (2019). Influenza virus-related critical illness: prevention, diagnosis, treatment. Critical care. 2019 June 12; 23(214). Doi:10.1186/s13054-019-2491-9.
41. Korkmaz, P., Kilit, T., Onbasi, K., Ozatag, D., Toka, O. (2019) Influenza vaccination prevalence among the elderly and individiuals with chronic disease, and factors affecting vaccination uptake. Cent Eur J Public Health. 2019 february 7; 27(1): 44-49. doi:10.21101/cejph.a5231.

42. Heo, J., Song, J., Noh, J., Choi, M., Yoon, J., Lee, S., Cheong, H., Kim, W. (2018). Effect of influenza immunization on pneumonia in the elderly. Human vaccines & Immunotherapeutics. 2017 november 8; 14(3): 744-749. doi:10.1080/21645515;2017.1405200.
43. Restivo, V., Costantino, C., Bono, S., Maniglia, M., Marchese, V., Ventura, G., Casuccio, A., Tramuto, F., Vitale, F. (2018). Influenza vaccine effectiveness among high-risk groups: a systematic literature review and meta-analysis of case control and cohort studies. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2017 april 18; 14(3): 724-735. doi: 10.1080/21645515.2017.1321722.
44. Bertoldo, G., Pesce, A., Pepe, A., Pelullo, C. P., Giuseppe, G. D., The collaborative working group. (2019). Seasonal influenza: knowledge, attitude and vaccine uptake among adults with chronic conditions in Italy. Plos One. 2019 may 1; 14(5). doi:10.1871/journal.pone.0215978.
45. Grohskopf, L., Alyanak, E., Broder, K. R., Walter, E. B., Fry, A. M, Jemigan, D. B. (2019). Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: recommendations of the advisory committee on immunization practices-united states, 2019-20 Influenza Season. MWR Recomm Report. 2019 August 23; 68(3): 1-21. doi:10.15585/mmwr.rr6803a1.
46. Fortin, M., Almirall, J., Nicholson, K. (2017). Development of a research tool to document self-reported chronic conditions in primary care. Journal of comorbidity. 2017 november 9 ; 7(1): 117-123. doi:10.15256/joc.2017.7.122.
47. Nicosia,F.., Malena, J., Alicia, N., Molly, c, S., Maureen, B., Rebecca,T,B. (2020). The more they know, the better care they can give: patient perspectives on measuring functional status in primary care. J Gen Intern Med. 2020 Juli 17; 35 (10): 2947-54. doi:10.1007/s11606-020-06075-8.
48. Huang, C., Umegaki, H., Kamitani, H., Asai, A., Kanda, S., Maeda, K., Nomura,H., Kuzuya, M. (2019). Change in quality of life and potentially associated factors in patents reveiving home-based primary care: a prospective cohort study. BMC geriatrics. 2019; 19 (21): doi:10.1186/s12877-019-1040-3.
49. Nicosia, F., Spar, M., Steinman, M., Lee, S., Brown, R. (2019). Making function part of the conservation: clinician perspectives on measuring functional status in primary care. J Am Geriatr Soc. 2019 maart; 67(3): 493-502. doi: 10.111/jgs.15677.
50. Tran, H., Leonard, S. (2017). Geriatric Assessment for primary care providers. Prim Care Clin Office Pract. 2017; 44: 399-411. doi: 10.1016/j.pop.2017.05.001.

Bijlagen

1. Uitgeschreven protocol

Inleiding

Jaarlijks krijgt gemiddeld 2 tot 8% van de bevolking te maken met griep. Hoewel griep door veel mensen als een banale ziekte wordt beschouwd, zijn er jaarlijks nog heel wat sterfgevallen gerelateerd aan een influenzavirus. In meer dan 90% van de 'griepdoden' gaat het om 65-plussers. De belangrijkste doelgroepen van griepvaccinatie zijn dan ook deze 65-plussers en patiënten met een chronische aandoening (*).

Om op een gestructureerde manier deze risicopatiënten van een griepvaccin te voorzien, wordt de laatste jaren in heel wat huisartsenpraktijken een griepspreekuur georganiseerd. Risicopatiënten worden hiervan meestal per brief op de hoogte gesteld, waardoor ze actief worden aangespoord om zich te laten vaccineren.

Tevens is dit een populatie waarin chronische (multi)morbiditeit een grote impact op de kwaliteit van leven kan hebben.

(*) mensen met een hartziekte, longziekte zoals ernstig astma of COPD, lever- of nierziekte, diabetes of chronische spierziekte

Onderzoeksvragen

1. Kwalitatief onderzoek naar de kwaliteit van leven en het functioneren bij patiënten met chronische aandoeningen die op griepspreekuur komen

Doel van de studie

Er wordt beoogd om meer inzicht te krijgen in de impact van chronische aandoeningen op het functioneren en de levenskwaliteit binnen deze populatie, waardoor huisartsen zich meer bewust kunnen worden van de zorgnoden.

Op langere termijn kan deze data worden gebruikt om in te spelen op tekortkomingen binnen de zorgverlening, zowel op maatschappelijk als individueel vlak, waardoor de levenskwaliteit op zijn beurt aanzienlijk zou kunnen toenemen.

Uiteindelijk is het de bedoeling om de kwaliteit van de eerstelijnszorg bij patiënten met chronische (multi)morbiditeit op een andere manier te benaderen. Momenteel wordt de nadruk vaak gelegd op een ziektegeoriënteerde zorg, terwijl er bij ouderen en chronische patiënten eerder nood is aan een peroonsgebonden aanpak op lange termijn.

Methode

Allereerst wordt een verkennende literatuurstudie uitgevoerd met betrekking tot

- het huidige nationale vaccinatiebeleid en de evidentie hiervoor, alsook de verschillen hierin wereldwijd (met focus op Europa)
- welke risicopatiënten het meeste baat hebben bij griepvaccinatie
- de beschikbare tools om de impact van (multi)morbiditeit op levenskwaliteit en het functioneren te meten.

Vervolgens wordt overgegaan tot het eigenlijke onderzoek.
Allereerst wordt nagegaan bij welke patiënten een griepvaccin wordt aanbevolen volgens het jaarlijkse advies van de Hoge Gezondheidsraad. Deze aandoeningen worden gekoppeld aan de bijbehorende ICPC-2-code(s) aan de hand van een artikel uit 2017 (1). Vervolgens worden via de statistiek-module in het elektronisch patiëntendossier de patiënten geselecteerd die aan de criteria voldoen. Overleden patiënten en patiënten jonger dan 18 jaar worden geëxcludeerd. De risicopatiënten worden per brief uitgenodigd op een georganiseerd griepspreekuur in de deelnemende huisartspraktijken. Gezien dit een vrij lange lijst betreft, worden als subpopulatie zes risicogroepen gedefinieerd waarover binnen de literatuur de meeste consensus bestaat. Deze worden later uitgenodigd om aan de studie deel te nemen, maar de andere risicopatiënten zijn vanzelfsprekend ook welkom op het griepspreekuur en worden aldus ook uitgenodigd per brief.
Als de patiënt op deze uitnodiging ingaat, krijgt hij een afspraak toegewezen. Tijdens het korte consultatiemoment wordt het vaccin toegediend en wordt aan de patiënt mondeling de nodige uitleg over dit onderzoek verschaft. Dit gebeurt door de huisartsen in opleiding en de collega-huisartsen in de praktijk. Geïnteresseerde patiënten worden voorzien van een bundel met het schriftelijke informatieformulier, het te ondertekenen toestemmingsformulier en de vragenlijst. Na de vaccinatie dienen zij een twintigtal minuten in de wachtzaal te blijven om een eventuele allergische reactie tijdig te kunnen opvangen. Deze tijd kunnen zij gebruiken om de vragenlijst in te vullen. Bij het verlaten van de huisartsenpraktijk kunnen zij de ingevulde bundel achterlaten.
De gebruikte vragenlijst betreft de reeds in Nederland gevalideerde 'Primary Care Functioning Scale (PCFS)' (zie bijlage 1). Het eerste deel van het document bevraagt enkele demografische gegevens en een eerste globale inschatting van de gezondheid. Het tweede deel van de vragenlijst maakt gebruik van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health', dewelke is opgesteld door de WHO om op een gestandaardiseerde wijze de gezondheid en het functioneren van individuen weer te geven. Er wordt dieper ingegaan op enkele aspecten van het functioneren: lichamelijke en geestelijke functies, activiteiten, participatie, ondersteuning vanuit de omgeving en enkele persoonlijke eigenschappen. Per onderdeel worden enkele facetten uitgelicht, waarbij enerzijds wordt gevraagd in te schatten in hoeverre de patiënt nog bekwaam is om bepaalde zaken te doen en anderzijds of ze daar tevreden mee zijn. Tevens wordt aan de patiënten toestemming gevraagd om enkele relevante gegevens uit het EPD (door middel van de zogenaamde 'Sumehr') als data toe te voegen aan de ingevulde vragenlijst. Het gaat hier vooral om voorgeschiedenis, huidige problematiek en medicatielijst. De bekomen data (uit zowel het EMD als de vragenlijsten) wordt nadien op gepseudonimiseerde manier verwerkt.

(1) Fortin M, Almirall J, Nicholson K. Development of a research tool to document self-reported chronic conditions in primary care. J Comorb. 2017 Nov 9;7(1):117-123. doi: 10.15256/joc.2017.7.122.

Resultaten
Na de datacollectie zullen 2 verschillende aspecten worden onderzocht:
- Ten eerste wordt door middel van de vragenlijst een analyse uitgevoerd met betrekking tot het functioneren en de kwaliteit van leven binnen deze doelgroep. Binnen deze subpopulatie wordt per aandoening bekeken binnen welke facetten van functioneren de grootste moeilijkheden worden gerapporteerd en hoe de patiënt deze hinder ervaart.

- Ten tweede zal worden nagegaan of het gericht uitnodigen van bovenstaande risicopatiënten en het organiseren van het griepspreekuur de vaccinatiegraad ten goede komt. Er wordt bekeken hoeveel van de risicopatiënten de voorbije 5 jaar een griepvaccin kregen. Nadien wordt nagegaan of het organiseren van het griepspreekuur en het uitnodigen per brief een significant effect heeft op de vaccinatiegraad van risicopatiënten.

Discussie
De bekomen resultaten worden vergeleken met bestaande literatuur. De sterktes en beperkingen van deze studie worden besproken.

2. Individuele persoonlijke reflectie

Lien

Het maken van deze masterproef en de samenwerking met mijn medestudent Lauren Venema is over het algemeen vlot verlopen. Initieel wouden we graag werken rond het griepspreekuur en de vaccinatiegraad, omdat dit in beide van onze praktijken wel/niet georganiseerd werd en we zo een vergelijkende studie konden maken. Dit is doorheen dit proces gegroeid naar wat het onderwerp nu is. De opportuniteit van het griepspreekuur werd gebruikt om onze patiënten te includeren en zo konden we op deze manier vragenlijsten afnemen. Dit idee en onderwerp is gegroeid mede door vergaderingen samen met de promotor en co-promotor. Van zodra we een duidelijker beeld hadden van het onderwerp zijn we aan de slag gegaan. Ik vind dat de communicatie tussen ons goed zat. Er werd goed overlegd over de planning en welke deadlines we eraan koppelen. Ook werd een duidelijke taakverdeling gemaakt zodat elk wist waar hij voor stond. Tussendoor werd onderling overlegd waar we zaten in ons werk en werd dit onderling afgetoetst om van het werk ook één geheel te maken.

Ik vond het hier en daar wel puzzelen om dit werk tijdig klaar te krijgen. Vooral de combinatie met het werk in de huisartsenpraktijk waar we van drukke periodes naar hele drukke periodes gingen door de verschillende COVID-19 golven en het influenza seizoen. Daarnaast kregen we ook andere opleidingsgerelateerde opdrachten, moet je ervoor zorgen dat je ook voldoende blijft bijleren over de pathologieën en vind ik het ook wel belangrijk om een balans te behouden met het persoonlijke leven. Om vooruitgang te maken in de masterproef heb ik ook besloten om tijdens fase 3 een schrijfweek in te lassen. Dit was een week waar ik me volledig kon focussen op de masterproef en zo progressie kon maken.

Naar mijn gevoel is de taakverdeling goed gelopen en heeft elk zijn deel bijgedragen tot het finaliseren van het werk. Vanaf de start hebben we de taken verdeeld. Zo hebben we elk een deel van de literatuurstudie voor de inleiding op ons genomen. Lauren heeft zich toen voornamelijk gefocust op comorbiditeit bij ouderen, waar mijn focus lag op het functioneren en de ICF. Dit onderdeel schreven we elk uit. Nadien schreef elk zijn deel van materiaal en methode, die we uiteindelijk samen op punt zetten tot één geheel. De vragenlijsten werden afgenomen in de praktijk. Lauren deed dit in haar praktijk en ik in mijn huisartsenpraktijk. De ingevulde vragenlijsten hebben we eerst verwerkt tot een overzichtelijk document. Dit heeft Lauren gebruikt en verwerkt in de resultaten. Deze resultaten heb ik aangevuld met tabellen. Nadien heb ik de discussie geschreven. Hiervoor werden ook enkele studies weerhouden van de databases om onze resultaten te toetsen aan andere studies.

Gedurende dit hele proces werden regelmatig afspraken gemaakt met de promotor en de co-promotor. Dit om onze progressie steeds af te toetsen met hen en de nodige input te krijgen naar hoe dit verder kon aangepakt worden.

Mijn persoonlijke visie op wat het werk betekent komt overeen met wat ik heb neergeschreven in de conclusie. Uit onze studie is er gebleken dat er zich problemen voordoen op vlak van functioneren bij ouderen met comorbiditeit. Het is zo dat ik dit niet standaard meeneem tijdens mijn consultaties en dit niet actief bevraag. Enkel wanneer de patiënt dit naar voor bracht kon ik hier eventueel mee verder. Toch blijkt uit de studie dat er zich aanzienlijk wat problemen voordoen en dit bij patiënten voor een ontevreden gevoel kan zorgen. Hiervoor kan de PFCS vragenlijst die we gebruikten in de studie wel voor ingezet worden. Deze vragenlijst kunnen we meegeven aan de patiënt en deze laten invullen. Nadien kan je zien aan de resultaten of er zich wel degelijk problemen voordien op vlak van functioneren en in welk gebied dit voornamelijk zit. Ook weet je of dit bij de patiënt voor een ontevreden gevoel zorgt. De vragenlijst is een eenvoudige manier om een indicatie te geven of er problemen zijn. Toch lijkt een aanvullend gesprek wel steeds nodig. Uit de vragenlijst kan je onvoldoende afleiden waar deze problemen zich precies voordien en waarom dit voor een ontevreden gevoel zorgt. Dus naar mijn mening kan de vragenlijst gebruikt worden als een tool om te kijken of er problemen zijn en als de patiënt hier vraag naar heeft kan dit verder besproken worden op consultatie. Tijdens de consultatie kan er gezocht worden wat de specifieke problemen zijn en hoe ik hier als arts of als zorgverlener in een netwerk hierbij kan helpen.

Over het algemeen zorgt het afwerken van deze masterproef voor een voldaan gevoel. We hebben een resultaat bekomen en hiermee kan in de toekomst verder gegaan worden. De samenwerking met Lauren was ook heel fijn. Zo konden we het werk verdelen maar ook de vragenlijsten in 2 praktijken afnemen waardoor we meer materiaal hadden om mee te werken. Ik ben tevreden over ons resultaat en het volledige proces.

<u>Lauren</u>

Toen ik 2,5 jaar geleden startte aan de vervolgopleiding huisartsgeneeskunde, leek een (tweede) masterproef een ver-van-mijn-bedshow. We begonnen langzaam aan met het afnemen van de vragenlijsten in onze twee huisartsenpraktijken. Ondertussen zijn we toe aan de laatste loodjes en kunnen we terugkijken op een project waar ik toch wel trots op ben.

Ik schreef deze masterproef samen met Lien, een vriendin. Aangezien we elkaar al lang kennen en ook samen geneeskunde geneeskunde studeerden, dachten we wel te weten wat we aan elkaar hadden. Meestal wordt het afgeraden om samen te werken met vrienden, omdat het wel eens verkeerd durft te lopen om dan uiteindelijk in ruzie te eindigen. Achteraf gezien zou ik het absoluut niet anders gewild hebben. Door eerlijk met elkaar te zijn en te zeggen waar het op staat, kwamen we dit proces zonder veel problemen door.

Op tijd en stond kwamen we samen of deden we een videocall waarin we een duidelijke taakverdeling afspraken en voor onszelf een deadline voorop stelden. Zo konden we elk op eigen tempo zelfstandig werken aan de verschillende onderdelen. Betreffende de inleiding deed ik de research betreffende chronische morbiditeit en functioneren/levenskwaliteit en Lien vooral de research rond griep en de vragenlijst. Ik deed de analyse van de resultaten en schreef deze neer. Lien maakte hier overzichtelijke tabellen bij en toetste onze resultaten aan bestaande literatuur voor de

discussie. Op die manier voeren we niet in elkaar vaarwater, maar kwamen we beetje bij beetje tot een mooi geheel. Het werk was dus gelijk verdeeld, hoewel we het elk op onze eigen manier invulden. Zo hield Lien een schrijfweek, maar werkte ik vooral in de weekends. Ik denk dat we beiden tevreden zijn met het eindresultaat en met de manier waarop het hele proces verlopen is.

Zoals Lien hierboven beschrijft, was het grote minpunt dat we tijdens dit hele proces ook nog de andere taken van een HAIO dienden te volbrengen. Al hadden we op dinsdag inderdaad soms wat tijd vrij om hieraan te werken (als er geen les of seminarie was), daarnaast werkten we de overige 4 weekdagen méér dan voltijds. We wilden ons werk naar behoren doen, daarnaast lessen en seminaries bijwonen, opzoekwerk doen om onze kennis bij te schaven, enkele wachten draaien van minstens 12 uur én een volwaardige masterproef schrijven. En niet te vergeten: af en toe toch eens proberen ons hoofd leeg te maken na al die corona- en griepconsultaties en proberen wat te ontspannen en tijd vrij te maken voor onze dierbaren. Geen eenvoudige combinatie, maar zoals steeds kijk ik dan achteraf terug met trots dat het toch is gelukt.

Hoewel het onderwerp van deze masterproef niet was wat we in eerste instantie in gedachten hadden, ben ik er absoluut van overtuigd dat het verdiepen in dit onderwerp een meerwaarde is voor mijn verdere carrière. Het deed me inzicht krijgen in wat de grootste belemmerende factoren zijn in het functioneren bij chronisch zieken en ik moet toegeven dat ik van sommige zaken wel wat ben geschrokken. Zo wist ik niet dat slaapproblemen zo veelvoorkomend en invaliderend waren. Over de musculoskeletale problemen proberen we als huisarts de oudere patiënten vaak te doen relativeren onder het mom van “dat is de leeftijd”, maar eigenlijk zouden we hier dieper op moeten ingaan en hier veel meer aandacht voor hebben. Ook de familiale relaties zouden we vaker moeten bevragen gezien deze ook een belangrijke impact hebben.

Daarnaast maak ik ook de bedenking dat we de belangrijkste doelgroep niet hebben bevraagd, namelijk de zieken waarbij de beperkingen in dergelijke mate zijn dat ze niet tot in de huisartsenpraktijk geraken. Gelukkig zijn dit wel patiënten waar we vaak maandelijks langsgaan om zo eventuele moeilijkheden sneller op te pikken. Een ander voordeel van de huisbezoeken is dan weer dat we de patiënt kunnen aanschouwen in zijn/haar thuissituatie. Dit heeft als gevolg dat we bepaalde hulpmiddelen kunnen opmerken, zien hoe ze zich aangepast hebben aan hun omgeving en ook vaker kunnen kennismaken met eventuele mantelzorgers.

Een tweede beperking is dat het in dit onderzoek gaat om patiënten die zich laten vaccineren tegen de griep en die de kans grepen om de vragenlijst in te vullen, waaruit blijkt dat ze aandacht hebben voor hun gezondheid. Ook dit kan het functioneren beïnvloeden, alsook de manier waarop ze naar hun functioneren kijken.

Nu we meer op de hoogte zijn van de belangrijkste factoren die tot ontevredenheid leiden, zou hiervoor eigenlijk een verkorte versie kunnen worden geïmplementeerd in het medisch programma. Op die manier wordt deze data laagdrempeliger genoteerd in het dossier van de patiënt en is het als arts gemakkelijker op hier later nog eens op terug te komen wanneer er bijvoorbeeld meer tijd is. Daarnaast kan de data gebruikt worden voor statistische doeleinden.

Ik denk alleszins dat dit bij beiden gezorgd heeft dat we hier meer bij zullen stil staan in onze verdere carrière.

3. Goedkeuring EC

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. An De Sutter
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
BC-08328	NVT	05/10/2020	1/3

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Kwalitatief onderzoek naar de kwaliteit van leven en het functioneren van patiënten met chronische aandoeningen die op griepspreekuur komen"

B.U.N.: B6702020000600

Rekruteringsmateriaal Uitnodigingsbrief
Protocol (Ontvangen dd 11/08/2020)
Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier (Ontvangen dd 11/08/2020)
Begeleidende brief 1/8/2020
Adviesaanvraagformulier Versie 1 31/7/2020 (Volledig ontvangen dd 11/08/2020)
Antwoord onderzoeker ontvangen dd. 15/09/2020 in antwoord op opmerkingen EC dd. 24/08/2020

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. An De Sutter

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/09/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/09/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/09/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/09/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/10/2020.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/10/2020.

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Sebastian Callewaert
T +32(09) 332 41 81
Marieke De Meyer
T +32(09) 332 05 06
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 22 66
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

° *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Ledenlijst 2019-2023:

Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

Leden:
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)

4. Vragenlijst PCFS

VRAGENLIJST

FUNCTIONEREN

Radboudumc

Afdeling Eerstelijnsgeneeskunde

Project **ICF Primary Care**

Routenummer 117

Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

Radboudumc

©2017, Radboudumc
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze vragenlijst mag zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de maker worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt.

Instructies

Toelichting op de vragenlijst

Deze vragenlijst gaat over uw functioneren in het dagelijks leven. Kunt u de dingen doen die belangrijk voor u zijn? Zijn er dingen die u beter zou willen kunnen, maar die nu niet goed lukken?

Invulinstructie

De vragenlijst bestaat uit deel A en deel B. Deel A bestaat uit algemene vragen over uw gezondheid. Deel B bestaat uit meerkeuze vragen verdeeld over verschillende onderwerpen. Het invullen van deel A en B duurt ongeveer 20 minuten.

Vragenlijst deel B:

- U kiest bij elke vraag één antwoord. Kies het antwoord dat het beste op u van toepassing is.
- De vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze.
- Na elke vraag wordt u ook gevraagd of u hier tevreden over bent. Ook hier kiest u 1 antwoord, namelijk het antwoord dat het beste op u van toepassing is.

De vragen hebben betrekking ***op uw huidige situatie en hoe het nu met u is***.

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw beleving en uw persoonlijke situatie.

Succes met het invullen van de vragenlijst!

DEEL A

ALGEMENE VRAGEN

Datum waarop u de vragenlijst invult:

(graag de datum invullen)

----/----/----

ALGEMENE VRAGEN

Datum waarop u de vragenlijst invult? -----/-----/-----

Wat is uw geslacht?

☐ Man
☐ Vrouw

Wat is uw leeftijd? ------- (jaar)

Wat is uw hoogst behaalde diploma?

☐ Geen opleiding
☐ Lager onderwijs
☐ Lager beroepsonderwijs
☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
☐ Middelbaar beroepsonderwijs
☐ HAVO / VWO
☐ HBO
☐ Universiteit
☐ Anders, namelijk ----------

Wat is uw burgerlijke staat? *(meerdere antwoordopties zijn mogelijk)*

☐ Alleenstaand
☐ Partner, niet samenwonend
☐ Ongehuwd in relatie, samenwonend
☐ Gehuwd (wettig gehuwd of geregistreerd partnerschap)
☐ Mijn partner is overleden
☐ Gescheiden
☐ Anders, namelijk ----------

Wat is uw huidige werk?

☐ Betaald in loondienst
☐ Ondernemer
☐ Vrijwilligerswerk
☐ Student
☐ Gepensioneerd
☐ Werkeloos (vanwege gezondheid)
☐ Werkeloos (andere reden)
☐ Anders, namelijk ----------

Wat zijn uw belangrijkste medische aandoeningen?

1. ----------
2. ----------
3. ----------
4. ----------
5. ----------

Hoeveel verschillende medicijnen gebruikt u?

☐ Ik gebruik geen medicijnen
☐ Ik gebruik 1 medicijn
☐ Ik gebruik 2 verschillende medicijnen
☐ Ik gebruik 3 verschillende medicijnen
☐ Ik gebruik meer dan 3 verschillende medicijnen

Hoe beoordeelt u uw <u>lichamelijke gezondheid</u> in de afgelopen maand?

☐ Heel goed
☐ Goed
☐ Redelijk
☐ Matig
☐ Slecht

Hoe beoordeelt u uw <u>geestelijke gezondheid</u> in de afgelopen maand?

☐ Heel goed
☐ Goed
☐ Redelijk
☐ Matig
☐ Slecht

Hoe beoordeelt u uw kwaliteit van leven in het algemeen?

☐ Heel goed
☐ Goed
☐ Redelijk
☐ Matig
☐ Slecht

Heeft u, IN DE AFGELOPEN MAAND, uw normale activiteiten of werk moeten verminderen vanwege uw gezondheid (door bijvoorbeeld ziekte, letsel of emotionele problemen)?

☐ Nee
☐ Ja Indien ja, hoeveel dagen? ----------

Bent u, IN DE AFGELOPEN MAAND, totaal niet in staat geweest om uw normale activiteiten of werk vanwege uw gezondheid (door bijvoorbeeld ziekte, letsel, emotionele problemen of alcohol of drugs gebruik)?

☐ Nee
☐ Ja Indien ja, hoeveel dagen? ----------

DEEL B

MEERKEUZE VRAGEN

Datum waarop u de vragenlijst invult:

(graag de datum invullen)

----/----/----

LICHAMELIJKE EN GEESTELIJKE FUNCTIES

- **Geef bij de volgende vragen aan in welke mate u een probleem ervaart (kruis één antwoord aan: GEEN probleem, LICHT probleem, MATIG probleem, ERNSTIG probleem of VOLLEDIG probleem)**
- **Geef bij elke vraag ook aan of u hier tevreden over bent (kruis één 1 antwoord aan: Ja, Neutraal of Nee)**

1.	**Zich energiek voelen**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

1.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

2.	**Slapen**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

2.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

3.	**Geestelijk in evenwicht (in balans) voelen**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

3.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

4.	**Pijn in het lichaam of een bepaald lichaamsdeel hebben**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

4.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

LICHAMELIJKE EN GEESTELIJKE FUNCTIES

5.	**Zien**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

5.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐		

6.	**Horen**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

6.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐		

7.	**Zich concentreren op een taak**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

7.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐		

8.	**Nieuwe informatie onthouden (geheugen)**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

8.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐		

LICHAMELIJKE EN GEESTELIJKE FUNCTIES

9.	**Enig lichamelijk uithoudingsvermogen hebben**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

9.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

10.	**Soepel bewegen vanuit de gewrichten**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

10.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

11.	**Leveren van enige spierkracht**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

11.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

ACTIVITEITEN

- **Geef bij de volgende vragen aan in welke mate u een probleem ervaart (kruis één antwoord aan: GEEN probleem, LICHT probleem, MATIG probleem, ERNSTIG probleem, VOLLEDIG probleem of NIET VAN TOEPASSING)**
- **Geef bij elke vraag ook aan of u hier tevreden over bent (kruis één antwoord aan: Ja, Neutraal of Nee)**

12.	**Oplossen van problemen**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

12.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

13.	**Plannen en uitvoeren van dagelijkse bezigheden en taken**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

13.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

14.	**Omgaan met stress**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

14.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

15.	**Zorg dragen voor de eigen gezondheid**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

15.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

ACTIVITEITEN

16.	**Veranderen van lichaamshouding zoals opstaan vanuit de stoel of bukken om iets van de grond te rapen**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

16.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

17.	**Iets optillen en meenemen**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

17.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

18.	**Gebruiken van handen en armen, bijvoorbeeld trekken, duwen, reiken en draaien**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

18.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

19.	**Een stuk lopen of wandelen**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

19.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

ACTIVITEITEN

20.	**De trap op en af lopen**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

20.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

21.	**Zelf een auto, fiets of ander voertuig besturen**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**
		☐	**NIET VAN TOEPASSING**

21.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

ACTIVITEITEN

22.	**Zelfstandig naar het toilet gaan**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

22.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

23.	**Zich zelfstandig wassen**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

23.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

24.	**Zich zelfstandig verzorgen (zoals tanden, kapsel, vinger- en teennagels)**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

24.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

25.	**Zich zelfstandig kleden**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

25.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

ACTIVITEITEN

26.	**Zelfstandig eten**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

26.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

27.	**Het huishouden doen zoals wassen en drogen van kleding en schoonmaken van uw woonruimte**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**

27.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

PARTICIPATIE

- **Geef bij de volgende vragen aan in welke mate u een probleem ervaart (kruis één antwoord aan: GEEN probleem, LICHT probleem, MATIG probleem, ERNSTIG probleem, VOLLEDIG probleem, of wanneer het niet van toepassing is)**
- **Geef bij elke vraag ook aan of u hier tevreden over bent (kruis één antwoord aan: Ja, Neutraal of Nee)**

28.	**Relaties met uw naaste familie onderhouden**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**
		☐	**Ik heb GEEN naaste familie**

28.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

29.	**Relaties met vrienden, buren of kennissen onderhouden**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**
		☐	**Ik heb GEEN contact met anderen**

29.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

30.	**Relatie met een partner onderhouden**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**
		☐	**Ik heb GEEN partner**

30.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

PARTICIPATIE

31.	**Betaald werk uitvoeren (deeltijd, voltijd of zelfstandig)**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**
		☐	**Ik heb GEEN werk**

31.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

32.	**Onbetaald werk uitvoeren (vrijwilligerswerk of liefdadigheidswerk)**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**
		☐	**Ik doe GEEN onbetaald werk**

32.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

33.	**Een baan, beroep of werk vinden**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**
		☐	**Ik zoek GEEN werk**

33.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

34.	**Hobby's of activiteiten (recreatie en vrijetijdsbesteding) uit voeren**	☐	**GEEN probleem**
		☐	**LICHT probleem**
		☐	**MATIG probleem**
		☐	**ERNSTIG probleem**
		☐	**VOLLEDIG probleem**
		☐	**Ik heb GEEN hobby's**

34.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

UW OMGEVING

- **Geef bij de volgende vragen aan in hoeverre iets een ondersteuning, neutraal, of een belemmering voor u is. Ook kunt u aangeven als iets niet van toepassing voor u is. Kruis één antwoord aan**
- **Geef bij elke vraag ook aan of u hier tevreden over bent (kruis één antwoord aan: Ja, Neutraal of Nee)**

35.	**De medicijnen die ik gebruik zijn voor mij**	☐	**Ik gebruik GEEN medicijnen**
		☐	**VOLLEDIG ondersteunend**
		☐	**TAMELIJK ondersteunend**
		☐	**NIET ondersteunend / NIET belemmerend**
		☐	**TAMELIJK belemmerend**
		☐	**VOLLEDIG belemmerend**

35.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

36.	**De hulpmiddelen die ik gebruik (zoals rollator, wandelstok, rolstoel of scootmobiel) zijn voor mij**	☐	**Ik gebruik GEEN hulpmiddelen**
		☐	**VOLLEDIG ondersteunend**
		☐	**TAMELIJK ondersteunend**
		☐	**NIET ondersteunend / NIET belemmerend**
		☐	**TAMELIJK belemmerend**
		☐	**VOLLEDIG belemmerend**

36.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

37.	**De sociale zekerheidsvoorzieningen die ik gebruik (zoals ziektewet, pensioen, AOW) zijn voor mij**	☐	**Ik gebruik GEEN voorzieningen**
		☐	**VOLLEDIG ondersteunend**
		☐	**TAMELIJK ondersteunend**
		☐	**NIET ondersteunend / NIET belemmerend**
		☐	**TAMELIJK belemmerend**
		☐	**VOLLEDIG belemmerend**

37.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

38.	**De thuiszorg of huishoudelijke hulp die ik ontvang is voor mij**	☐	**Ik maak GEEN gebruik van zorg of hulp**
		☐	**VOLLEDIG ondersteunend**
		☐	**TAMELIJK ondersteunend**
		☐	**NIET ondersteunend / NIET belemmerend**
		☐	**TAMELIJK belemmerend**
		☐	**VOLLEDIG belemmerend**

38.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

UW OMGEVING

39.	Mijn naaste familieleden zijn voor mij	☐	Ik heb GEEN naaste familieleden
		☐	VOLLEDIG ondersteunend
		☐	TAMELIJK ondersteunend
		☐	NIET ondersteunend / NIET belemmerend
		☐	TAMELIJK belemmerend
		☐	VOLLEDIG belemmerend

39.a	Bent u hier tevreden over?	Ja ☐	Neutraal ☐	Nee ☐

40.	Mijn vrienden zijn voor mij	☐	Ik heb GEEN vrienden
		☐	VOLLEDIG ondersteunend
		☐	TAMELIJK ondersteunend
		☐	NIET ondersteunend / NIET belemmerend
		☐	TAMELIJK belemmerend
		☐	VOLLEDIG belemmerend

40.a	Bent u hier tevreden over?	Ja ☐	Neutraal ☐	Nee ☐

41.	Mijn buren, kennissen of collega's zijn voor mij	☐	Ik heb GEEN contact met anderen
		☐	VOLLEDIG ondersteunend
		☐	TAMELIJK ondersteunend
		☐	NIET ondersteunend / NIET belemmerend
		☐	TAMELIJK belemmerend
		☐	VOLLEDIG belemmerend

41.a	Bent u hier tevreden over?	Ja ☐	Neutraal ☐	Nee ☐

42.	Mijn huisarts is voor mij	☐	Ik heb GEEN contact met mijn huisarts
		☐	VOLLEDIG ondersteunend
		☐	TAMELIJK ondersteunend
		☐	NIET ondersteunend / NIET belemmerend
		☐	TAMELIJK belemmerend
		☐	VOLLEDIG belemmerend

42.a	Bent u hier tevreden over?	Ja ☐	Neutraal ☐	Nee ☐

UW OMGEVING

43.	**De mening en opvattingen van mijn naaste familieleden zijn voor mij**	☐	**Ik heb GEEN naaste familie**
		☐	**VOLLEDIG ondersteunend**
		☐	**TAMELIJK ondersteunend**
		☐	**NIET ondersteunend / NIET belemmerend**
		☐	**TAMELIJK belemmerend**
		☐	**VOLLEDIG belemmerend**

43.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

44.	**De mening en opvattingen van mijn huisarts zijn voor mij**	☐	**Ik heb GEEN contact met mijn huisarts**
		☐	**VOLLEDIG ondersteunend**
		☐	**TAMELIJK ondersteunend**
		☐	**NIET ondersteunend / NIET belemmerend**
		☐	**TAMELIJK belemmerend**
		☐	**VOLLEDIG belemmerend**

44.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

PERSOONLIJKE EIGENSCHAPPEN

- **Geef bij de volgende vragen aan in welke mate u het eens bent (kruis één antwoord aan: VOLLEDIG eens, TAMELIJK eens, NEUTRAAL, TAMELIJK oneens, of VOLLEDIG oneens)**
- **Geef bij elke vraag ook aan of u hier tevreden over bent (kruis één antwoord aan: Ja, Neutraal of Nee)**

45.	**Ik zie mijzelf als open en als iemand die graag in gesprek met een ander is**	☐	**VOLLEDIG eens**
		☐	**TAMELIJK eens**
		☐	**NEUTRAAL**
		☐	**TAMELIJK oneens**
		☐	**VOLLEDIG oneens**

45.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

46.	**Ik zie mijzelf als meegaand, inschikkelijk en gemakkelijk**	☐	**VOLLEDIG eens**
		☐	**TAMELIJK eens**
		☐	**NEUTRAAL**
		☐	**TAMELIJK oneens**
		☐	**VOLLEDIG oneens**

46.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

47.	**Ik zie mijzelf als nauwgezet, precies en zorgvuldig**	☐	**VOLLEDIG eens**
		☐	**TAMELIJK eens**
		☐	**NEUTRAAL**
		☐	**TAMELIJK oneens**
		☐	**VOLLEDIG oneens**

47.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

48.	**Ik zie mijzelf als gelijkmoedig, kalm en gelijkmatig**	☐	**VOLLEDIG eens**
		☐	**TAMELIJK eens**
		☐	**NEUTRAAL**
		☐	**TAMELIJK oneens**
		☐	**VOLLEDIG oneens**

48.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

PERSOONLIJKE EIGENSCHAPPEN

49.	**Ik zie mijzelf als fantasierijk, geïnteresseerd en zoekend naar nieuwe ervaringen**	☐	**VOLLEDIG eens**
		☐	**TAMELIJK eens**
		☐	**NEUTRAAL**
		☐	**TAMELIJK oneens**
		☐	**VOLLEDIG oneens**

49.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

50.	**Ik zie mijzelf als vrolijk, opgewekt en optimistisch**	☐	**VOLLEDIG eens**
		☐	**TAMELIJK eens**
		☐	**NEUTRAAL**
		☐	**TAMELIJK oneens**
		☐	**VOLLEDIG oneens**

50.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

51.	**Ik zie mijzelf als zelfverzekerd, moedig en goed opkomend voor mijzelf**	☐	**VOLLEDIG eens**
		☐	**TAMELIJK eens**
		☐	**NEUTRAAL**
		☐	**TAMELIJK oneens**
		☐	**VOLLEDIG oneens**

51.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

52.	**Ik zie mijzelf als betrouwbaar en eerlijk**	☐	**VOLLEDIG eens**
		☐	**TAMELIJK eens**
		☐	**NEUTRAAL**
		☐	**TAMELIJK oneens**
		☐	**VOLLEDIG oneens**

52.a	**Bent u hier tevreden over?**	**Ja** ☐	**Neutraal** ☐	**Nee** ☐

HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST!