



Psychosociale aspecten in leven met hartfalen

De rol van de eerstelijnsverpleegkundige

Bachelor Verpleegkunde

Academiejaar 2021-2022

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier

Borysewicz Katarzyna

Voorwoord

Na 4 jaar markeert deze bachelorproef het einde van mijn opleiding Bachelor in de Verpleegkunde aan de Thomas More-Hogeschool. Dit onderzoeks- en schrijfproces was niet altijd het gemakkelijkste, en kende ook moeilijke momenten. Gelukkig kon ik toen steeds rekenen op enkele belangrijke mensen rondom mij. Zonder hen zou deze bachelorproef niet compleet zijn. Ik wil daarom in dit voorwoord een moment nemen om deze personen te bedanken.

Ten eerste dank ik mijn leerkrachten uit de opleiding Verpleegkundige voor hun onderbouwde inzichten en de dingen die zij me de afgelopen jaren aanleerden. Zonder hun kennis was het voor mij onmogelijk geweest om het voorliggende onderzoek op te starten, en in vraag te trekken waar nodig. Naast kennis, heb ik ook veel steun van hen gekregen in mijn groeiproces.

Ten tweede bedank ik mijn bachelorproefbegeleider, voor de kritische blik en de opbouwende feedback die mij er steeds toe aanzette om mijn werk te verbeteren. Dankzij de constructieve input haalt deze bachelorproef hopelijk het nodige niveau om af te studeren.

Ten derde wil ik de expert uit het werkveld bedanken. Uw expertise is zeer waardevol voor mij geweest. Niet alleen leerde ik van u veel, maar u stond met raad en daad klaar over hoe ik mijn onderzoek beter kon uitwerken.

Ten vierde wil ik de hartfalenverpleegkundige in eerstelijns bedanken die me hebben geïntroduceerd in de complexe HF-zorg.

Ten vijfde en als laatste wil ik mijn familie bedanken. Mijn gezinsleden stonden steeds voor mij klaar wanneer ik het moeilijk had, wanneer opgeven de makkelijkere keuze leek, en wanneer ik een steunende schouder nodig had.

Voor u ligt het sluitstuk van mijn opleiding. Ik hoop dat deze weerspiegelt wat ik de afgelopen jaren aan theoretische kennis en praktijkervaring heb mogen opdoen.

Ik wens u veel leesplezier.

Katarzyna, 10 april 2022.

Abstract

Probleemstelling: Hartfalen is een wereldwijde gezondheidscrisis die in België leidt tot jaarlijks 14.600 nieuwe gevallen. Daarnaast treft hartfalen voornamelijk 65-plussers. Deze aandoening leidt tot een verminderde levenskwaliteit. Niet alleen door de chronische fysieke gevolgen van hartfalen, maar ook omwille van psychosociale factoren zoals angst, stress, isolatie, depressie en vereenzaming. Deze psychosociale effecten hebben niet enkel een ongunstige invloed op het leven van de patiënt, maar ook op het welzijn van mantelzorgers. Daarnaast is de behandelingskosten voor hartfalen de afgelopen tien jaar verdubbeld naar €152 miljoen per jaar of 2 tot 3% van alle gezondheidszorgkosten. Het vroegtijdig opmerken en behandelen van deze psychosociale gevolgen is daarom een verpleegkundige en maatschappelijke prioriteit.

Vraagstelling: Deze bachelorproef onderzoekt de rol van de eerstelijnsverpleegkundige bij de psychosociale aspecten van leven met hartfalen. Daarom wordt de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: "Welke rol kunnen eerstelijnsverpleegkundigen opnemen in het kader van psychosociale ondersteuning van patiënten met hartfalen?"

Methodologie: Via de databanken Pubmed, Google Scholar, TRIP en Sciencedirect, Richtlijndatabase werden tussen november 2020 en april 2022 in totaal 32 artikels geïncludeerd die gepubliceerd werden tussen 2016 en 2022, en full-tekst beschikbaar waren in het Engels of Nederlands. Acht artikels werden verkregen via de sneeuwbal methode. Er werden expertisewebsites geraadpleegd. Praktische kennis werd verkregen via Heart2Heart multidisciplinair symposium hartfalen (2022); expertise deskundige en gesprekken met hartfalenverpleegkundige.

Resultaten: Sociale steun geeft het leven zin en moet geboden worden door de eerstelijnsverpleegkundige om de levenskwaliteit van de patiënt te bevorderen. De nadruk op holistische zorg is daarbij belangrijk zodat de patiënt en de familie zich kunnen aanpassen aan de chronische aard van hartfalen. De eerstelijnsverpleegkundige moet opmerkzaam zijn voor de psychosociale noden van de patiënt, die vaak onderschat of niet voldoende aangegeven worden door die persoon zelf. Het gebruik van meetinstrumenten is aangewezen om in de best mogelijke mate de subjectieve aard van psychosociale gevolgen in kaart te brengen. Voorbeelden van deze instrumenten zijn de CareQoLCHF, Lastmeter, MLHFQ, Doelzoeker en Spinnenweb. Het Spinnenweb is daarbij de meest aangewezen tool omdat het de voordelen van de andere tools combineert.

Discussie: De rol van de eerstelijnsverpleegkundige in het psychosociale welzijn van patiënten met hartfalen is cruciaal. Het is daarom belangrijk dat eerstelijnsverpleegkundigen aandacht schenken aan deze signalen en de drempels bij de behandeling en begeleiding van de patiënt. Ze moeten opmerkzaam zijn voor negatieve signalen omtrent gemoedstoestand, levenskwaliteit en neiging tot therapieontrouw. Daarvoor is het gebruik van meetinstrumenten, waaronder het Spinnenweb als meest aangewezen instrument, aanbevolen. Naast de sociaal-psychologische ondersteuning van de patiënt worden multidisciplinaire zorg en de ondersteuning van de mantelzorger aanbevolen.

Inhoudstafel

Voorwoord	3
Abstract	4
Inhoudstafel	5
Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen	8
Lijst van gebruikte figuren en tabellen	9
Inleiding	10
VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE	11
1 Probleemstelling	12
1.1 Epidemiologie	12
1.2 Definiëring en symptomen	12
1.3 Oorzaken en behandeling	13
1.4 Psychosociale aspecten	14
1.4.1 Gevolgen voor de persoon.....	14
1.4.1.1 Verlies en rouw.....	14
1.4.1.2 Stress en depressieve stemming.....	15
1.4.1.3 Angst.....	15
1.4.1.4 Sociaal leven.....	15
1.4.1.5 Seksualiteit.....	16
1.4.1.6 Sociaaleconomische status.....	16
1.4.1.7 Zorgbehoeftes rond levenseinde.....	17
1.4.2 Gevolgen voor de omgeving.....	17
1.4.2.1 Mantelzorger.....	17
1.4.3 Gevolgen voor maatschappij.....	17
1.5 Levenskwaliteit in cijfers	18
1.6 Therapietrouw	18
1.7 Knelpunten en uitdagingen in HF-zorg in België	20
1.7.1 Europese richtlijnen.....	20
1.7.2 HF-zorg in België.....	20
1.8 Verpleegkundige relevantie	21
2 Vraagstelling	23
3 Methodologie	24
3.1 PubMed	24
3.2 Google Scholar	24
3.3 Sciencedirect	25
3.4 TRIP	25
3.5 Richtlijndatabase	25
3.6 Sneeuwbalmethode	25
3.7 Overige bronnen	26
3.7.1 Boeken.....	26
3.7.2 Websites.....	26
3.7.3 Modeling input.....	26

4	Resultaten	27
4.1	Relevantie van integratie van psychosociale zorg in het HF-traject	27
4.2	Psychosociale ondersteuning door de eerstelijnsverpleegkundige	28
4.2.1	Rol van sociale steun	28
4.2.2	Coppingstijl	29
4.3	Prototype: het verpleegkundig psychosociaal spreekuur als onderdeel van het HF-zorgtraject.	30
4.3.1	Inzicht krijgen in de behoeften van de patiënt	30
4.3.2	Betrokken mantelzorger als gelijkaardige partner in de zorg	30
4.3.3	Gebruik van gesprekhulpmiddelen	31
4.3.4	Overzicht van gesprekhulpmiddelen	31
4.3.4.1	Afbakening	31
4.3.4.2	CareQoLCHF	31
4.3.4.3	Lastmeter	32
4.3.4.4	'Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)	32
4.3.4.5	Doelzoeker	33
4.3.4.6	Spinnenweb van Positieve Gezondheid	33
4.3.5	Vergelijking van instrumenten	34
4.4	Integratie Spinnenweb tijdens verpleegkundig psychosociale spreekuur	36
4.4.1	Praktische uitwerking psychosociaal spreekuur in 5 stappen	36
4.4.1.1	Stap 1: De patiënt inlichten over de visie van het gebruik van spinnenweb.	37
4.4.1.2	Stap 2 Spinnenweb maken	37
4.4.1.3	Stap 3: Probleemverheldering, peilen naar psychosociale behoeftes.	38
4.4.1.4	Stap 4: Het formuleren van doelen en oplossingen	39
4.4.1.5	Stap 5: Evaluatie gesprek	40
4.4.2	Wat na het spreekuur? Aandachtspunten bij psychosociale problemen van HF-patiënten	40
4.4.2.1	Coördinatie van zorg door eerstelijnsverpleegkundige	40
4.4.2.2	HF- lootgenootgroepen en themabijeenkomsten	41
4.4.2.3	Multidisciplinair Team Overleg (MDO)	42
4.4.2.4	Mantelzorger ondersteuning	42
5	Implementatieplan	43
5.1	Essentiële bouwstenen bij de implementatie van complexe veranderingen	43
5.1.1	Bouwsteen 1: Visie	43
5.1.2	Bouwsteen 2: Vaardigheden	44
5.1.2.1	Communicatievaardigheden	44
5.1.2.2	Hanteren van een gezondheidsvaardige taal.	44
5.1.2.3	Kennis	44
5.1.2.4	Kennis van sociale kaart	44
5.1.3	Bouwsteen 3: Drijfveren	45
5.1.4	Bouwsteen 4: Middelen	45
5.1.5	Bouwsteen 5: Plan van aanpak	45
5.1.5.1	Wat en wanneer	45
5.1.5.2	Meest aangewezen plaats	46
5.1.5.3	Betrokken partijen	46
5.2	Belemmeringen voor implementatie	47
6	Discussie	48
6.1	Algemeen besluit	48
6.2	Reflectie	49
7	Conclusie	51
8	Referentielijst	52

9	<i>Bijlagen</i>	59
9.1	Bijlage 1: CareQoL CHF-Vragenlijst.....	59
9.2	Bijlage 2: Meetinstrument Lastmeter	61
9.3	Bijlage 3: MLHFQ-meetinstrument.....	62
9.4	Bijlage 4: MLHFQ-formulier	64
9.5	Bijlage 5: lph-eenvoudige-tool.....	68
9.6	Bijlage 6: Het organiseren van een MDO.....	77
9.7	Bijlage 7: Theorie gedragsverandering	82

Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen

HF	Hartfalen
HF_rEF	Heart failure with reduced ejection fraction
HF_pEF	Heart failure with preserved ejection fraction
NT-proBNP	Brain natrium peptide, niet actieve stoffen die worden aangemaakt bij overbelasting van het hart
SES	Socio-economische status
MDO	Multidisciplinair Teamoverleg
VIHP	Verpleegkundige in huisartsenpraktijk

Lijst van gebruikte figuren en tabellen

Figuur 1: Beoordeling levenskwaliteit met HF op afzonderlijke domeinen	18
Figuur 2: Weergave psychologische aanpassing (chronische) ziekte	27
Figuur 3: Ontwikkelingen in de gezondheidszorg 1950 – toekomst destijds.....	28
Figuur 4: Spinnenweb	37
Figuur 5: Voorbeeld ingevuld Spinnenweb	38
Figuur 6: Actiewiel IPH	39
Figuur 7: Problemen zichtbaar maken	47
Tabel 1: Vergelijkingstabel.....	35
Tabel 2: Experts per levensdomein en zorggebied	41
Tabel 3: Implementatie van EB-practice.	43

Inleiding

Hartfalen (HF) is een progressieve chronische aandoening waarbij het hart voortdurend pompkracht verliest. Deze pathologie kan veroorzaakt worden door, maar leidt mogelijk ook tot andere aandoeningen zoals een hartinfarct, hartstilstand of chronische hoge bloeddruk. In België leiden ongeveer 200.000 mensen of 4% van de bevolking aan HF, en worden er dagelijks veertig nieuwe gevallen gediagnosticeerd. Dat is goed voor 14.600 nieuwe gevallen van hartfalen op jaarbasis (Cardiologische Liga, 2020). Voornamelijk 65-plussers zijn vatbaar voor de aandoening: 20% van alle HF-diagnoses wordt gesteld bij patiënten ouder dan 65 jaar. HF is daarmee ook de belangrijkste oorzaak voor ziekenhuisopnames bij deze leeftijdsgroep. In totaal komt de ziekte vier keer meer voor dan het aantal nieuwe diagnoses van borst-, baarmoeder- en dikkedarmkanker (Cardiologische Liga, 2020).

Zoals eerder aangehaald, kan HF leiden tot verschillende chronische aandoeningen die ervoor zorgen dat de levensverwachting van de patiënt vermindert enerzijds, wat resulteert in een hoog ziekenhuisopnamecijfer en een verhoogde druk op de zorg anderzijds. De Cardiologische Liga (2020) noemt HF daarom ook de kanker van de cardiologie. De ziekenhuisopname van HF-patiënten vertegenwoordigt namelijk 2% tot 3% van het totale budget van de gezondheidszorg (Belgische Cardiologische Liga, 2020). Daarnaast zorgen de neveneffecten van HF, zoals gewichtstoename, chronische vermoeidheid, spierzwakte en hartkloppingen, er ook voor dat de levenskwaliteit van de patiënt vermindert aan de ene kant, en dat hij daarvan psychosociale nadelen ondervindt aan de andere kant. HF-patiënten kunnen door hun aandoeningen bijvoorbeeld sociaal geïsoleerd raken, zich angstig of neerslachtig voelen als een gevolg van hun slechte fysieke gezondheid, enzovoort.

Eerstelijnsverpleegkundigen hebben er dus alle baat bij om HF-patiënten zoveel mogelijk te ondersteunen om deze psychosociale nadelen te vermijden, of ze tot een minimum te beperken. Als contactpersoon tussen de patiënt en zijn familie en het interdisciplinaire team dragen zij namelijk de verantwoordelijkheid voor het opmerken, signaleren en mee voorkomen van deze aandoeningen en daarmee ook de vermindering in levenskwaliteit van de patiënt.

Deze bachelorproef onderzoekt daarom de rol van de eerstelijnsverpleegkundige bij de psychosociale aspecten van het leven met HF. Langs de onderzoeksvraag "Welke rol kunnen eerstelijnsverpleegkundige opnemen in kader van psychosociale ondersteuning van de patiënten met HF?" wordt bestudeerd op welke manier deze verpleegkundigen hun beroepscompetenties kunnen vervullen om de patiënt bij te staan tijdens de psychosociale neveneffecten van HF. Op die manier probeert deze bachelorproef een bijdrage te leveren aan de reeds uitvoerig bestudeerde gevolgen van HF, maar dan op maat van de eerstelijnsverpleegkundige.

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE

Kennistekort met betrekking tot de complexe HF-zorg bij eerstelijnsverpleegkundige.

"Ontoereikende of ontbrekende kennis in verband met specifiek onderwerp"
(Carpenito et al., 2017).

1 Probleemstelling

1.1 Epidemiologie

Hartfalen (HF) treft 1 tot 2% van de volwassenen. Zonder onderscheid naar leeftijdsgroep bedraagt de incidentie van HF in Europa ongeveer 3/1000 personen per jaar terwijl dit, als alleen naar volwassenen wordt gekeken, 5/1000 personen per jaar bedraagt. Bij mensen ouder dan 70 jaar leidt 10% aan de aandoening. Er is geen significant verschil in de cijfers tussen mannen en vrouwen (McDonagh et al., 2021).

Wanneer de Belgische cijfers vergeleken worden met die van Europa, valt op dat het percentage mensen met HF gemiddeld hoger ligt in ons land, dan in de rest van Europa. In België lijden 200.000 mensen aan HF. Elke dag wordt deze aandoening bij ongeveer 40 patiënten vastgesteld. Dat is goed voor 150.000 nieuwe gevallen per jaar (Belgische Cardiologische Liga, 2020). De ziekte manifesteert zich voornamelijk bij patiënten van 65 jaar of ouder; 20% van de nieuwe HF-diagnoses wordt gesteld bij 65-plussers en het is meteen ook de voornaamste oorzaak van ziekenhuisopnames bij deze bevolkingsgroep (Belgische Cardiologische Liga, 2020). Mannen krijgen het vaakst HF tussen de 75 en 85 jaar (35%), terwijl vrouwen HF krijgen op de leeftijd van ouder dan 85 jaar (43%). De gemiddelde leeftijd voor mannen en vrouwen per 1.000 gevallen is eveneens 85 jaar (Hartstichting, 2017).

Het aantal mensen met HF neemt jaar na jaar toe, wat in direct verband kan worden gebracht met de vergrijzing van de Belgische bevolking. De totale incidentie van HF steeg met 12% in 2014 tegenover 2002 (Conrad et al., 2018). Daarnaast vertegenwoordigde HF in 2018 ongeveer 26% van alle sterfgevallen in België door hart- en vaatziekten. Ter vergelijking is kanker verantwoordelijk voor 24,6 % van de sterfgevallen (Statbel, 2018).

1.2 Definiëring en symptomen

De bovenvermelde cijfers tonen aan dat HF een vaak voorkomend gezondheidsprobleem met een zeer slechte prognose is. Daarom noemt men de pathologie in de medische wereld ook wel de kanker van de cardiologie. De helft van de HF-patiënten overlijdt bovendien binnen de vijf jaar na de diagnose (Taylor et al., 2019).

HF is geen pathologie op zich, maar eerder een syndroom dat bestaat uit een breed scala aan symptomen die aan de grondslag liggen van pathologische veranderingen in het hart. HF treedt op wanneer het hart niet langer in staat is om voldoende bloed naar de organen en weefsels te pompen. Hierdoor krijgen deze niet genoeg zuurstof en voedingsstoffen (McDonagh et al., 2021).

Volgens de Belgische Cardiologische Liga (2020) komen de eerste symptomen van HF pas aan het licht wanneer de ziekte al enkele jaren aanwezig is, wat het nog belangrijker maakt om deze symptomen snel op te volgen om verdere aftakeling van het hart zo goed mogelijk af te remmen. De typische symptomen kunnen zowel bij inspanning als rust optreden. Voorbeelden zijn kortademigheid, zwelling van de enkels, vochtophoping en chronische vermoeidheid. Andere symptomen zijn verhoogde druk in de halsaders en longoedeem die resulteren in een verhoogde hartdruk en onvoldoende cardiale output. Ook een verminderde

eetlust, duizeligheid, hartkloppingen, onregelmatige hartslag, aanhoudende prikkelhoest, snelle gewichtstoename en buikuitzetting zijn veel voorkomende symptomen (Belgische Cardiologische Liga, 2020; UZ Leuven, 2019). Andere vaak voorkomende symptomen zijn nycturie, gebrek aan eetlust, misselijkheid, obstipatie, koude handen en voeten en slapeloosheid. McDonagh et al. (2021) delen HF in drie groepen verdeeld op basis van de meting van de linkerventriek-ejectiefraction of LVEF:

- **HFrEF** (*Heart failure with reduced ejection fraction*). HFrEF gaat gepaard met significant verminderde systolische functie – LVEF < 40%;
- **HfmrF** (*Heart failure with mildly reduced ejection fraction*) gaat gepaard met licht verminderde ejectiefraction - LVEF tussen 41% en 49%.
- **HRpF** (*Heart failure with preserved ejection fraction*) (McDonagh et al., 2021).

De New York Heart Association (NYHA) verdeelt HF in vier categorieën op basis van de ernst van de symptomen.

- Klasse I - geen beperking, normale dagelijkse inspanning leidt niet tot vermoeidheid en kortademigheid.
- Klasse II - milde beperking, gewone dagelijkse inspanning leidt tot vermoeidheid en kortademigheid.
- Klasse III - matige beperking, kleine inspanning leidt tot kortademigheid en vermoeidheid. De symptomen doen zich niet voor in rust.
- Klasse IV - ernstige beperking, elke activiteit leidt tot kortademigheid en vermoeidheid. De symptomen kunnen ook in rust optreden (McDonagh et al., 2021).

HF heeft vaak een geleidelijk verloop. Daarnaast wordt er een onderscheid gemaakt tussen acuut HF en chronisch HF, die vaak met elkaar verweven zijn, maar toch een verschillende behandeling vereisen (Hartstichting 2021). Het voorliggende werk richt zich op chronisch HF.

1.3 Oorzaken en behandeling

Zoals eerder werd gesteld, is het bij de diagnose van HF belangrijk om de oorzaak te herkennen, omdat de verdere behandeling daarvan afhangt. De meest voorkomende oorzaken zijn pathologische veranderingen aan de hartkleppen, het hartzakje, het endocardium en pathologische hartritmen (Conrad et al., 2018). Mensen met een voorgeschiedenis van een hartinfarct, hoge bloeddruk, diabetes, alcoholmisbruik, cardiotoxische chemotherapie en mensen met een erfelijke belasting lopen een groter risico op HF (McDonagh et al., 2021; UZ Leuven, 2019). 85% van de patiënten met HF heeft gemiddeld drie tot vier comorbiditeiten. De meest voorkomende gelijklopende aandoeningen zijn hypertensie (76%), ischemische hartziekte (50%), atriumfibrillatie (45%), artrose (49%), dyslipidemie (39%), diabetes (26%), chronische nierziekte (36%) en chronische obstructieve longziekte (22%) (Conrad et al., 2018).

De behandeling van HF moet hand in hand gaan met de behandeling van deze comorbiditeiten en met een holistische benadering van de patiënt. Het doel van deze behandeling is om het sterftecijfer te verlagen, de ziekenhuisopnames te beperken, de symptomen te verminderen en de hartfunctie te verbeteren. Volgens de richtlijnen bestaat de behandeling van HF uit drie grote pijlers: farmacologische of medicamenteuze behandelingen, chirurgische behandelingen en non-farmacologische behandelingen waaronder levensstijladvies en ondersteuning van de levenskwaliteit (McDonagh et al., 2021).

1.4 Psychosociale aspecten

Eén op de drie patiënten met een chronische ziekte ervaart psychosociale problemen (NIVEL, 2012). HF is een ernstige aandoening en zorgt, naast de eerder besproken fysieke ongemakken, ook rechtstreeks en onrechtstreeks voor een nefaste invloed op de psychosociale toestand van de patiënt. Deze nadelen kunnen er bijvoorbeeld voor zorgen dat de persoon in kwestie zich weerhoudt van sociaal contact en bijgevolg geïsoleerd raakt, wat opnieuw een negatieve impact heeft op zijn psychologische welzijn en kan zorgen voor vereenzaming en depressie. De psychosociale gevolgen van de ziekte staan in verhouding tot de ernst ervan; hoe verder de ziekte gevorderd is, des te meer beperkingen en lasten zij met zich meebrengt. Anderzijds staan psychosociale aspecten in een wederkerige relatie met HF, en beïnvloeden psychosociale factoren het verloop van de ziekte zelf. In het voorliggende hoofdstuk zullen daarom enkele mogelijke psychosociale invloeden van HF op de patiënt en omgekeerd worden gekaderd. Dit geeft een aanleiding naar het correct preventief optreden om deze nadelen tijdig op te merken en de patiënt hiervoor de behoeden.

1.4.1 Gevolgen voor de persoon

1.4.1.1 Verlies en rouw

Naarmate de ziekte vordert, worden patiënten geconfronteerd met een voortdurend verlies. Het lichaam kan niet meer doen wat het vroeger kon, de slechte conditie beperkt het functioneren en simpele dagelijkse bezigheden worden zwaar. Zelfs een basisbehoefte als drinken wordt beperkt. Naarmate HF vordert, neemt de slaapkwaliteit af, wordt de patiënt gewekt door constante kortademigheid en plasdrang en is hij daardoor overdag moe (Jaarsma et al., 2015). Met het verlies van de eigen gezondheid verliest de patiënt geleidelijk alles wat zijn vroegere leven vulde. Levensrollen zoals de rol van werknemer, partner of grootouder vallen geleidelijk weg. De patiënt verliest de autonomie. Het kind of de partner wordt de verzorger van de zieke. Kleine geneugten van het dagelijks leven, zoals hobby, een favoriete maaltijd of een biertje met vrienden, staan plotseling op gespannen voet met de nieuwe levensregels. De patiënt wordt niet alleen voortdurend geconfronteerd met zijn beperkingen, maar ook met onbegrip (Conrad et al., 2018). Deze trekt zich daardoor meer en meer terug uit het sociale leven. Professionals die met HF-patiënten werken, constateren dat deze een voortdurend rouwproces doormaken omdat zij hun kostbaarste bezit, hun leven, progressief verliezen. Chronisch ernstig zieke patiënten, doorlopen namelijk alle fasen van rouw niet altijd na elkaar, en vallen soms terug in het verwerken van hun verlies (privécommunicatie, 2022).

1.4.1.2 Stress en depressieve stemming

HF heeft een grote psychosociale impact voor de patiënt en zijn omgeving omwille van de zware diagnose, de progressieve verslechterende gezondheid, en de lastige symptomen. Dit maakt dat 60% van de patiënten met HF een depressieve stemming heeft (Lefteriotis, 2013). Volgens McDonagh et al. (2021) komt depressie voor bij 20% van de patiënten met HF en bij de helft van hen is de depressie ernstig. Depressie vermindert de motivatie en mentale kracht die nodig zijn om trouw te blijven aan therapie. Het verminderde vermogen tot zelfzorg dat met depressie gepaard gaat, leidt tot een verhoogde mortaliteit. HF-patiënten met een depressie hebben een 1,7 maal verhoogd risico op acute complicaties van HF waarvoor ziekenhuisopname nodig is (Sokoreli et al., 2018). Depressie wordt in directe verband gebracht met slechter medicatiegebruik. Dit vertaalt zich in een slechte prognose en een slechtere klinische toestand en levenskwaliteit van HF-patiënten (Gorji et al., 2019).

1.4.1.3 Angst

Een diagnose van HF brengt onzekerheid over de toekomst en dus ook angst met zich mee: angst om rollen in het leven te verliezen, om onafhankelijkheidsverlies, om te lijden en bovenal angst voor de dood. Lichamelijke symptomen zoals kortademigheid en hartkloppingen kunnen zeer beangstigend zijn (Jaarsma 2015). Angst put de patiënt zowel geestelijk als lichamelijk uit, waardoor de kwaliteit van leven nog slechter wordt. Daarnaast verhoogt angst de bloeddruk en de hartslag, waardoor het hart extra wordt belast. De identificatie en behandeling van angstgedrag is daarom zeer belangrijk bij HF, zowel om de levenskwaliteit te bevorderen als om verdere of snellere aftakeling van het hart te vermijden. Uit onderzoek van Easton et al. (2016) blijkt dat 32% van de patiënten met HF angstig is. Angststoornissen treden bij 13% van de patiënten op, 29% heeft klinisch significante angst en 56% heeft verhoogde angstniveaus. Bij 11% tot 45% van de gevallen gaat angst gepaard met depressie (Easton et al., 2016). Patiënten die lijden aan matige tot ernstige angst, hebben een 1,7 maal hoger risico op plotselinge hartcomplicaties in vergelijking met patiënten zonder angst. Het effect op het sterftecijfer is echter niet duidelijk (Sokoreli et al., 2018).

1.4.1.4 Sociaal leven

In het verloop van de ziekte lijdt de patiënt vaak aan chronische vermoeidheid en voortdurende kortademigheid, die hem er niet toe aanzetten het huis te verlaten. Patiënten met HF kunnen ook te maken krijgen met onbegrip van hun omgeving. Het kan zijn dat hun naasten moeilijk kunnen begrijpen dat kleine inspanningen voor hen veel moeite vergt. Waardoor patiënten zich als gevolg schamen voor hun slechte gezondheid, wat extra angst en stress met zich kan meebrengen (Conrad et al., 2018). Ook familiefeestjes zijn niet vanzelfsprekend wanneer patiënten een strikt dieet volgen. Als patiënten bovendien diuretica gebruiken kan dit voor een extra belasting zorgen. Patiënten moeten dan vaak naar het toilet. De meeste patiënten met HF zijn bovendien ouder dan 85 jaar en lopen een hoger risico op incontinentie, wat dus versterkt kan worden door de diuretica (Conrad et al., 2018). Dit kan ertoe leiden dat patiënten ervoor kiezen om thuis te blijven, waardoor zij contact met hun omgeving verliezen en een verhoogd risico lopen op vereenzaming en depressie. Uit onderzoek van Gorji et al. (2019) die dertien

prospectieve studies bij 6.468 HF patiënten onderzochten, blijkt dat 37% van de HF patiënten in een sociaal isolement verkeert. De determinanten van sociaal isolement in deze studie waren: alleen wonen, gebrek aan sociale steun en beperkte sociale netwerken. Sociaal isolement werd in verband gebracht met een 55% hoger risico van ziekenhuisheropname in vergelijking met patiënten die niet door sociaal isolement werden getroffen, naast bijwerkingen op de psyche van de patiënt, zoals levensmoeheid, depressie, verminderde cognitieve functies, die een negatief effect hebben op het gezondheidszoekgedrag (Gorji et al., 2019). Patiënten die alleen wonen, hebben bovendien 1,2 keer meer kans op plotselinge complicaties na ziekenhuisontslag dan patiënten die niet alleen wonen (Sokoreli et al., 2018).

1.4.1.5 Seksualiteit

HF beïnvloedt ook de ervaring van intimiteit tussen partners. Patiënten die geconfronteerd worden met hun lichamelijke beperkingen, chronische vermoeidheid en kortademigheid bij inspanning, kunnen minder zin in seks hebben. Patiënten kunnen ook bang zijn voor overmatige inspanning tijdens de geslachtsgemeenschap (Jaarsma et al., 2015). De geslachtorganen hebben bovendien minder bloedtoevoer, wat kan leiden tot onder andere erectiestoornissen bij mannen. Dit probleem treft 50% van de mannen met HF, zonder onderscheid naar leeftijdscategorie, en loopt op tot 81% voor mannen ouder dan 60 jaar. Deze aandoening kan een bijwerking zijn van geneesmiddelen zoals diuretica of B-blokkers, hoewel dit niet algemeen wordt bevestigd in de literatuur (McDonagh et al., 2021). Dit onderwerp ligt bovendien gevoelig en komt vaak niet aan de orde tijdens een gesprek met de patiënt. Desondanks kunnen veel patiënten hiermee worden geholpen (Jaarsma et al., 2015).

1.4.1.6 Sociaaleconomische status

De sociaaleconomische status bepaalt de positie van een persoon in de samenleving, zijn opleiding, werk, materieel welzijn en vaardigheden. Sociaaleconomische status heeft een nauw verband met de gezondheid van de patiënt. De patiënt moet zijn diagnose en therapie begrijpen en over de nodige middelen en gunstige omstandigheden beschikken om deze te volgen.

Uit een Britse langdurige cohortstudie die 4 miljoen medische dossiers van patiënten in alle leeftijdscategorieën analyseerde tussen 2002 en 2016, bleek dat mensen uit sociaaleconomisch achtergestelde gezinnen vaker en vroeger de diagnose HF kregen dan mensen uit welgestelde gezinnen (incidentratio 1-61, 95% CI 1-58-1-64). Economisch achtergestelde mensen hadden bovendien ook meer comorbiditeiten die de symptomen van HF versterken (Conrad et al., 2018). Anderzijds verslechtert HF de economische situatie van de patiënt, die vaak toch al niet optimaal is (Conrad et al., 2018). Een chronische ziekte gaat gepaard met voortdurende uitgaven voor behandeling en zorg. De gemiddelde leeftijd waarop HF optreedt, is 85 jaar (Hartstichting, 2017). Toch worden ook jongere mensen met HF geconfronteerd. Voor deze patiënten gaat de diagnose vaak gepaard met een verandering van werksituatie. Het niet kunnen werken, het moeten veranderen van werkomstandigheden, of het werk zelf, brengt onzekerheid en stress met zich mee en heeft een negatieve invloed op de economische situatie van de patiënt.

1.4.1.7 Zorgbehoeftes rond levenseinde

Het besef van de naderende dood brengt existentiële vragen met zich mee en de noodzaak om zaken op orde te brengen. De patiënt moet vaak beslissingen nemen over het levenseinde, zoals het niet opstarten of stoppen met zinloze therapie. Het onderwerp van de dood, hoewel voor de hand liggend bij een terminale ziekte, is vaak een taboe en brengt ongemak met zich mee. Verstrekking van volledige informatie over de zorgmogelijkheden en de juridische aspecten rond het levenseinde kunnen de patiënt opluchting geven (LEIF, 2022). Het herkennen van het juiste moment om palliatieve zorg op te starten is een rol van de eerstelijnsverpleegkundige, wanneer het levenscomfort in een gevorderd stadium van de ziekte zeer laag wordt (Moradi et al., 2020). Palliatieve zorg kan de levenskwaliteit van patiënten dan aanzienlijk verbeteren en niet alleen in een intramurale, maar ook in een ambulante omgeving. Onderzoek van Chuzi et al. (2019) toont aan dat tijdige implementatie van palliatieve zorg de kwaliteit van leven aanzienlijk verhoogt en angst en depressie vermindert.

1.4.2 Gevolgen voor de omgeving

1.4.2.1 Mantelzorger

Familieleden spelen een sleutelrol in de patiëntenzorg. Een patiënt die geconfronteerd wordt met verlies van lichamelijke functie, invaliderende symptomen en een ingewikkeld medicijnregime is vaak afhankelijk van de steun van een familielid (Moradi et al., 2020). Een mantelzorger zijn is zelden een bewuste keuze. Zorgen voor iemand met een chronische ziekte kan voldoening geven, maar tegelijkertijd kan het emotioneel en fysisch zwaar zijn en veel energie en inzet kosten (Jaarsma 2015). De ziekte van een dierbare brengt verdriet en een gevoel van verlies met zich mee. Niet alleen het leven van de patiënt verandert, maar ook dat van zijn dierbaren. De zorg voor een zieke is vaak een grote opoffering; soms moet de verzorger zijn eigen behoeften opgeven om in die van het zieke familielid te voorzien. De partner moet zich vaak aanpassen aan de patiënt. Mantelzorgers hebben ook vaak niet de kennis om goed voor patiënten te zorgen. Psychologische en mentale gezondheid hebben bovendien een invloed op de doeltreffendheid van de verzorger (Kyriakou et al. 2020) Dit alles gecombineerd met financiële druk kan leiden tot frustratie en conflicten aan beide zijden en overbelasting van de mantelzorger (Jaarsma et al., 2015).

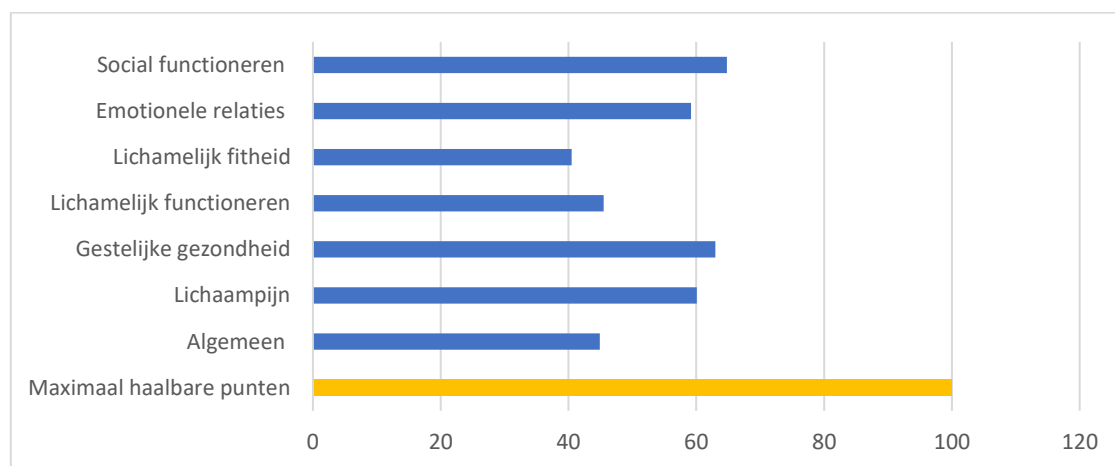
1.4.3 Gevolgen voor maatschappij

In de afgelopen tien jaar zijn de kosten voor de behandeling van HF in België verdubbeld naar €152 miljoen per jaar, wat neerkomt op 2 tot 3% van alle kosten voor gezondheidszorg (Belgische Cardiologische Liga, 2020). Dit bedrag omvat niet de andere HF-kosten zoals doktersbezoeken, onderzoeken, thuiszorg, geneesmiddelen en kosten als gevolg van arbeidsongeschiktheid. Exacte cijfers over de kosten van HF-zorg in België zijn niet beschikbaar. Meer preciezere cijfers zijn te vinden in Nederland: het Nivel stelt dat de totale kosten van HF in 2017 €816,6 miljoen bedroegen. 45% hiervan betrof ziekenhuisopnames en 43% andere kosten zoals verpleging, verzorging en thuiszorg. De andere 12% kosten omvatten medicijnen, beheer en eerstelijnszorg. Bijna de helft van de uitgaven

voor HF-zorg komt dus voor de rekening van ziekenhuisopnames. Dit zijn uitgaven die potentieel te vermijden zijn door de extramurale zorg te verbeteren.

1.5 Levenskwaliteit in cijfers

HF heeft een grote invloed op de levenskwaliteit van patiënten en brengt een aantal psychosociale gevolgen met zich mee. Uit onderzoek Moradi et al. (2020) die van 41 studies met 12.578 deelnemers op basis van een vragenlijst (MLHFQ), blijkt dat zowel Europeanen als Amerikanen met HF hun levenskwaliteit als laag omschrijven. Aziaten hadden de beste scores; zij beschreven hun kwaliteit van leven als matig. Ouderen scoorden daarbij over het algemeen het slechtst. Volgens een vragenlijst die door 1.061 mannen en 973 vrouwen werd ingevuld, bedroeg de algemene SF-36-tevredenheid met de gezondheid 44,9 op een schaal van 1-100, waarbij geldt dat hoe hoger de score, hoe groter de tevredenheid met een bepaald levensgebied van de HF-patiënt. De schaal beoordeelde 7 aspecten met de volgende scores voor het globale aggregaat: vitaliteit (45,8), lichaamspijn (60,1), geestelijke gezondheid (63,0), lichamelijk functioneren (45,5), lichamelijke fitheid (40,5), emotionele relaties (59,2), sociaal functioneren (64,8). Uit de resultaten van de studie blijkt dat de algemene levenskwaliteit van de patiënten op afzonderlijke domeinen laag of matig is (Moradi et al., 2020).



Figuur 1: Beoordeling levenskwaliteit met HF op afzonderlijke domeinen

Bron: Moradi et al. (2020)

1.6 Therapietrouw

Er wordt veel verwacht van patiënten met HF: zij moeten hun medicijnen goed innemen en een dieet volgen en vochtinname beperken. Bovendien moeten zij lichamelijk actief zijn. Therapietrouw bij HF is daarom ook een uitdaging bij HF-patiënten. Deze trouw varieert tussen 20-60%. Vaak begrijpen patiënten de aanbevelingen van de arts niet, of vergeten zij in de haast van de informatie een aantal aanbevelingen (Van Royen et al., 2012). 18% van de HF-patiënten wordt binnen de maand na de ziekenhuisopname opnieuw gehospitaliseerd (Khan et al., 2021). De hartfalen richtlijn van de European Society of Cardiology (McDonagh et al. 2021) benadrukken de noodzaak om informatie aan de patiënt regelmatig te herhalen, maar in de praktijk is voorlichting buiten het ziekenhuis beperkt of onbestaande. Er is ook een gebrek aan aandacht voor de psychosociale aspecten van de ziekte. De draaglast van HF-patiënten is vaak groter dan hun draagkracht.

Patiënten die te kampen hebben met een progressieve ziekte die hun leven wegneemt, vinden niet altijd de innerlijke kracht om de uitdagingen van de therapie aan te gaan (Easton et al., 2016; Gorji et al., 2019; Jaarsma 2015). Het niet voldoen aan de verwachtingen die de therapie met zich meebrengt, drijft de patiënten vervolgens ook tot schuldgevoelens. HF-verpleegkundigen constateren vaak dat de patiënt net de therapie stopt als hij zich lichamelijk beter voelt en in ontkenning gaat. Hij denkt dat het nog niet zo slecht met hem gaat en staat zichzelf meer toe. Ontkenning komt vaak voor bij HF-patiënten en maakt deel uit van het rouwproces (privécommunicatie, 2022).

1.7 Knelpunten en uitdagingen in HF-zorg in België

1.7.1 Europese richtlijnen

Volgens de meest recente Europese HF-richtlijnen dient de patiëntenzorg **multidisciplinair** en **'patient centered'** zijn om het sterftecijfer en het aantal ziekenhuisopnames te verminderen. De benadering van de patiënt moet holistisch zijn en zich niet beperken tot alle behandelaspecten van HF, maar moet ook de behandeling van comorbiditeiten omvatten. HF-programma's moeten **patiëntenvoorlichting, zelfzorg** en **leefstijladvies** omvatten. Adequate zelfzorg verbetert de levenskwaliteit, vermindert het sterftecijfer en verlaagt de medische kosten. De patiënt moet hier echter goed op voorbereid zijn. Advies over de levensstijl moet worden afgestemd op de individuele situatie van de patiënt, zijn fysieke en cognitieve vermogens en moet **psychosociale ondersteuning** omvatten (McDonagh et al., 2021). Dit zijn Europese normen, maar in België moet er op dit gebied nog veel gebeuren.

1.7.2 HF-zorg in België

De KU Leuven meldt dat in 2016 in België als geheel **slechts 10 % van de ziekenhuizen een multidisciplinair HF-zorgprogramma** had (VZNKUL, 2018). Er is ook geen duidelijke richtlijn voor transmurale zorg. Huisartsen klagen daarnaast dat er in België geen duidelijk protocol is voor de rolverdeling bij de patiëntenzorg en dat het voor hen daarom moeilijk is iets te delegeren aan thuisverpleegkundigen (Smeets et al., 2019). Er gebeurt op dit gebied niet veel buiten de ziekenhuismuren, met als belangrijkste reden **het gebrek aan financiering voor een patiënteducatie en voor NT-pro-BNP**.

Echter, in een aantal Vlaamse regio's vinden er op dit moment een aantal multidisciplinaire pilootprojecten HF plaats. Deze programma's omvatten o.a. voorlichting in het ziekenhuis, een bezoek aan de huisarts na zeven dagen, thuiseducatie door een (HF-)verpleegkundige binnen de veertien dagen na het ontslag, een cardiologisch consult na een maand, gestructureerde ontslagbrieven aan de huisarts en de thuisverpleegkundige, en een medicijnschema en diagnose HF aan de apotheker (KU Leuven, 2022). In sommige projecten gebeurde het huisbezoek en de educatie door opgeleide eerstelijnsverpleegkundigen. Huisartsen vinden dat de voorlichting van de patiënten niet alleen belangrijk, maar ook hun verantwoordelijkheid is. Maar **door tijdgebrek** hebben ze vaak geen kans om zich te verdiepen in andere dan de farmacologische aspecten van de ziekte. **Psychosociale aspecten** van de ziekte verdwijnen naar de achtergrond. De huisartsen melden daarnaast ook moeilijkheden om de patiënten te motiveren om trouw te blijven aan de therapie (Smeets et al., 2019). Zowel huisartsen als HF-verpleegkundigen zijn van mening dat educatie een rol kan zijn voor eerstelijnsverpleegkundigen. Ze hebben hier echter **opleiding** voor nodig en zij nemen in de praktijk deze rol echter nog niet op (Baldewijns, 2017). Hoewel eerstelijnsverpleegkundigen door huisartsen worden beschouwd als hun belangrijkste partner bij de patiëntenzorg, vinden de Belgische huisartsen dat zij niet over de nodige **kennis** van HF beschikken. Zij herkennen verontrustende symptomen niet en melden deze bijgevolg niet op tijd aan de arts (Smeets et al., 2019).

1.8 Verpleegkundige relevantie

HF is een groot probleem; niet alleen in België, maar ook wereldwijd. Het is een zeer complexe ziekte die elk aspect van het leven van een patiënt beïnvloedt, en de kwaliteit van leven aanzienlijk vermindert. Patiënten hebben daarom uitgebreide en geïndividualiseerde zorg nodig. De kosten van de behandeling van HF en de complicaties in België zijn enorm en het sterftecijfer ligt hoog. Desondanks is de patiëntenzorg niet optimaal, en is multidisciplinaire zorg nog steeds niet de norm. Patiëntenvoorlichting buiten het ziekenhuis is vaak onbestaand of zeer beperkt. De fysieke en psychosociale belasting in combinatie met het gebrek aan optimale voorlichting vertaalt zich in de ineffectieve zelfzorg van de patiënt. Verpleegkundigen in de thuiszorg kennen hun patiënten het best, zien hen in hun natuurlijke omgeving, kennen hun huis en woonsituatie. Door hun patiënten elke dag te bezoeken, worden ze heel hecht met hen. De patiënt is vaak in staat dingen tegen de thuisverpleegkundige te zeggen die hij niet tegen een arts zou durven zeggen (privécommunicatie, 2022). Eerstelijnsverpleegkundigen, waaronder verpleegkundigen in de thuiszorg, kunnen een belangrijke rol spelen bij de patiënt door middel van patiëntgerichte voorlichting en psychosociale ondersteuning. Daartoe moeten zij goed genoeg worden opgeleid en voorbereid op deze rol (Smeets et al., 2019, Baldewijns, 2017). De eerstelijnsverpleegkundige moet niet alleen kennis hebben van HF, maar moet effectief kunnen omgaan met psychosociale noden. Een persoonlijke benadering van de patiënt in combinatie met passende voorlichting kan leiden tot minder ziekenhuisopnames, kan de kwaliteit van leven verhogen en kan zelfs levens redden. Op dit moment zijn er zowel ' transmurale zorgprojecten als een Lerend Netwerk Hartfalen HeartsConnect actief in Vlaanderen. Dit lerend netwerk werkt samen met het postgraduaat HF-verpleegkunde om een training over HF, symptoombestrijding en -behandeling voor eerstelijnsverpleegkundigen. Deze opleiding richt zich op psychosociale aspecten en educatie eerder dan op de behandeling.

FEITEN

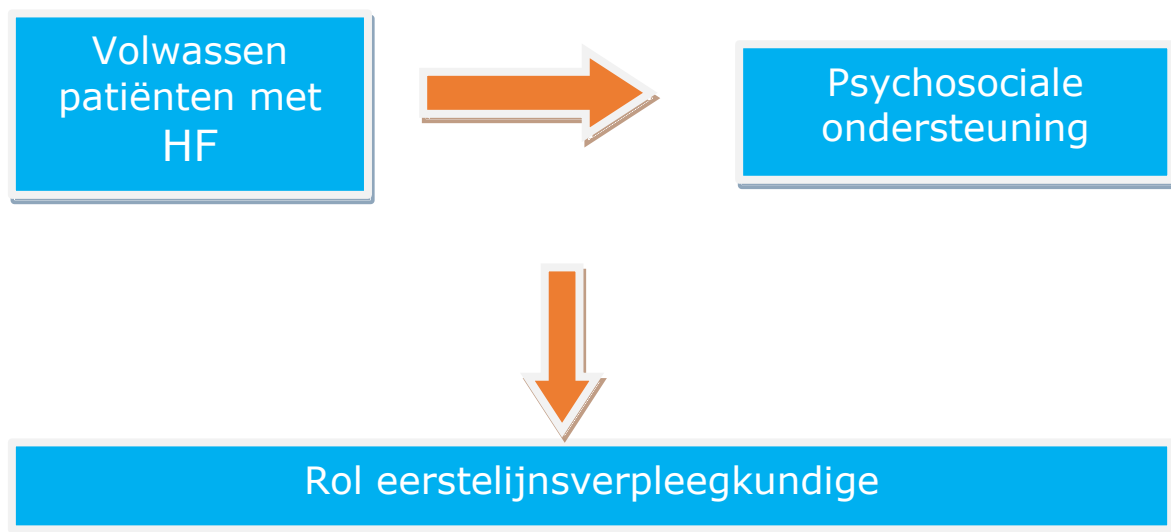
- HF komt voor bij 1 tot 2% van de volwassenen (McDonagh et al., 2021).
- Helft van de HF-patiënten overlijden binnen vijf jaar na de diagnose (Taylor et al., 2019).
- De kosten voor de behandeling van HF in België zijn de afgelopen tien jaar verdubbeld tot 152 miljoen euro per jaar, goed voor 2 tot 3% van alle kosten voor gezondheidszorg waarvan 45% kosten voor ziekenhuisopname (Belgische Cardiologische Liga, 2020). 18% van de hartfalenpatiënten wordt binnen de maand na ziekenhuisopname opnieuw gehospitaliseerd (Khan, M.S., et al., 2021)
- De therapietrouw varieert van 20-60% (Van Royen et al., 2012).
- Volgens de meest recente Europese richtlijnen voor hartfalen moet de patiëntenzorg multidisciplinair en patiëntgericht zijn om het sterftcijfer en het aantal ziekenhuisopnames te verminderen.
- De zorg voor patiënten met hartfalen in België is niet optimaal en de psychosociale aspecten van de ziekte worden naar de achtergrond geschoven. (KU Leuven, 2022)
- Studies tonen aan dat psychosociale aspecten een zeer grote invloed hebben op de therapietrouw en het aantal ziekenhuisopnames (Gorji et al., 2019; Sokoreli et al., 2018; McDonagh et al., 2021).

CONCLUSIE

- Door de psychosociale aspecten van hartfalen aan te pakken, kan de therapietrouw aanzienlijk verbeterd en acute complicaties en ziekenhuisopnames verminderd.

2 Vraagstelling

Welke rol kunnen eerstelijnsverpleegkundigen opnemen in het kader van psychosociale ondersteuning van de patiënten met HF?



3 Methodologie

In een tijdsperiode van november 2021 tot en met maart 2022 werd gezocht naar relevante literatuur in de gecomputeriseerde databanken PubMed, Google Scholar, TRIP en Scencedirect, Richtlijndatabase. De geïnccludeerde patiëntenpopulatie zijn mensen met HF. Alleen Nederlands- en Engelstalige artikelen kwamen in aanmerking. De artikelen zijn afgebakend tussen 2016 en 2022 om de meest actuele inzichten te garanderen.

3.1 PubMed

In een eerste fase werden de zoektermen: "primary care nurses" AND "heart failure" gecombineerd. De literatuur werd afgebakend tussen 2016 en 2022. Alleen full tekst artikels kwamen in aanmerking. Deze zoekopdracht leidde tot 73 resultaten. Er werden 39 artikels uitgesloten op basis van een niet-relevante titel. 32 abstracten werden gelezen waarvan zeven full tekst artikels weerhouden werden op basis van relevantie van de titel, relevantie van het abstract, en publicatiedatum tussen 2016 en 2022. Daaruit werden vervolgens drie relevante artikels gekozen. Daarna werden de zoektermen "heart failure" AND "psychosocial support" gecombineerd. Deze werden afgebakend tussen 2016 en 2022. Deze zoekopdracht leidde tot drie artikels waarvan geen enkel artikel werd weerhouden vanwege een niet-relevante titel of het algemeen gebrek aan relevantie voor het onderwerp. De combinatie van de vaktermen "heart failure" AND "psychosociaal" leidde tot 96 resultaten. Artikels worden afgebakend tussen 2016 en 2022 en gescreend op basis van titel en abstract. Daarvan werden uiteindelijk 72 artikels uitgesloten, en 22 artikels werden grondig gelezen. Op basis van de relevantie werden twee artikels geïnccludeerd. De zoekactie met de zoektermen "psychosocial distress" AND "heart failure" werd afgebakend tussen 2016 en 2022, waarbij enkel rekening werd gehouden met full-tekst artikels. Daaruit kwamen dertien artikels waarvan er elf werden uitgesloten na het lezen van het abstract wegens een gebrek aan relevantie voor het onderwerp. Uiteindelijk werden twee artikelen geselecteerd.

In totaal werden via PubMed negen artikelen uit alle zoekacties geselecteerd: Conrad et al. (2018), Taylor et al. (2020), Chuzi et al. (2019), Gorji et al. (2019), Sokoreli et al. (2018). Moradi et al., (2020), Van Spall et al. (2017), Kyriakou et al. (2020), Easton et al. (2016)

3.2 Google Scholar

Ook via Google Scholar werd met de term "hartfalen in België" naar relevante artikels gezocht. Zoekacties werden op 23/10/21 uitgevoerd met volgende criteria: gepubliceerd sinds 2016, gesorteerd op relevantie, en elk type onderzoek. Er kwamen 274 resultaten naar voor, waarvan één artikel werd gekozen op basis van abstract en vervolgens full tekst: Baldewijns et al. (2017). De zoekterm "incidence heart failure in Belgium" leverde geen artikelen op die zijn gepubliceerd na 2016. Via de zoektermen "heart failure" en "psychosociaal" kwamen 20.500 resultaten vanaf 2016 naar voren. Omdat deze resultaten sterk afweken van de verwachtingen, werden enkel de eerste honderd resultaten nagelezen op basis van hun titel. Zeven artikels werden gelezen op abstract, drie

artikels werden uitgesloten omwille van geen vrije toegang. Van deze zoekactie werd een artikel geïncludeerd op basis van relevantie: Sokoreli et al. (2018). De volgende zoekactie vond plaats op 22/03/2022 met de zoekterm "positieve gezondheid" die leidde tot 11.900 resultaten. Wegens de zeer brede resultaten werden enkel de eerste vijftig titels onderzocht. Op basis van de titels werden veertig resultaten verworpen wegens de lage specificatie en de kwaliteit van de bronnen. De resterende bronnen werden gelezen, en vervolgens werden de vier bronnen geselecteerd die het meest relevant waren voor de studie als geheel: Flinterman et al. (2019), Remmers et al. (2016), Van de Loo et al. (2022) en Jung HP et al. (2018).

Kusuma

3.3 Sciencedirect

Deze zoekactie werd uitgevoerd op 20/02/22 met de volgende zoekwoorden: "heart failure" AND "psychosocial care" OR "heart failure" AND "psychosocial support". Alleen de meest recente resultaten van 2016 in de categorie "Nursing and Health Professions" werden geselecteerd. 178 artikelen verschenen. Op grond van een niet-relevante titel werden 173 artikelen uitgesloten. Na het lezen van het abstract van de resterende vijf artikels, werden er vier afgewezen wegens een gebrek aan relevantie en ongeschikte doelgroep. Uit deze actie werd één artikel geselecteerd: Soofi et al. (2020).

3.4 TRIP

De actie werd uitgevoerd zonder de pro-functie en zonder geavanceerd zoeken. Zoekactie werd afgebakend sinds 2016. De volgende zoektermen werden gebruikt: "heart failure", "psychosocial support" en "effective nursing". Er werd 28 artikelen verkregen. Op basis van de overeenstemmende titel werden tien resultaten geselecteerd. Op basis van een niet relevant abstract werden vijf artikelen uitgesloten. De overige vijf werden volledig gelezen, één werd verwijderd wegens slechte kwaliteit, één omdat het te oud was, en vier wegens een gebrek aan relevantie. Eén artikel werd zo in de literatuurstudie opgenomen: Bose et al. (2020).

3.5 Richtlijndatabase

Er is gezocht op de zoekterm "psychosociale zorg". De 432 resultaten werden verkregen. Op basis van de relevante titel werden twee richtlijnen geselecteerd om in dit schrijfwerk te worden opgenomen: WPZisa (2019) en NVPO (2020).

3.6 Sneeuwbalmethode

Via de sneeuwbalmethode op referenties werden zes artikels geselecteerd: Lefterotitis et al. (2013), Hoekstra-Weebers et al. (2011) en Van Nuenen et al. (2016), Huber et al. (2011), Li et al. (2016), Sacco et al. (2014).

De volgende artikelen werden door een deskundige voorgelegd: Smeets et al. (2019), McDonagh et al. (2021) en Khan et al. (2021), Van Royen et al. (2012), Peterson et al. (2011).

3.7 Overige bronnen

3.7.1 Boeken

- Lambrechts et al. (2012);
- Carpenito et al, (2017);
- Jaarsma (2015);
- Ten Have (2016);
- Vermeulen, H. & Tiemens, B. (2015).
- Huber et al., (2021).
- De Goede et al.,(2020)

3.7.2 Websites

- www.statistiekvlaanderen.be;
- www.liguecardioliga.be/hartfalen;
- www.hartstichting.nl;
- Hartfalen | VznkuL;
- | Domus Medica;
- Home | LEIF;
- Machteld Huber over het belang Positieve Gezondheid – MaatschapWij
- Home – Meetinstrumenten in de zorg (meetinstrumentenzorg.nl)
- Positieve gezondheid - Institute for Positive Health (iPH);
- www.samana.be/erkenning-mantelzorg/?gclid=CjwKCAjw682TBhATEiwA9crI37fsz3XJeET4egfSLgbOz4j6bmLKhBBRBZKrsdjgkgrcRVzRF-XUYBoCelUQAvD_BwE.
- Home | Vlaams Patienten Platform

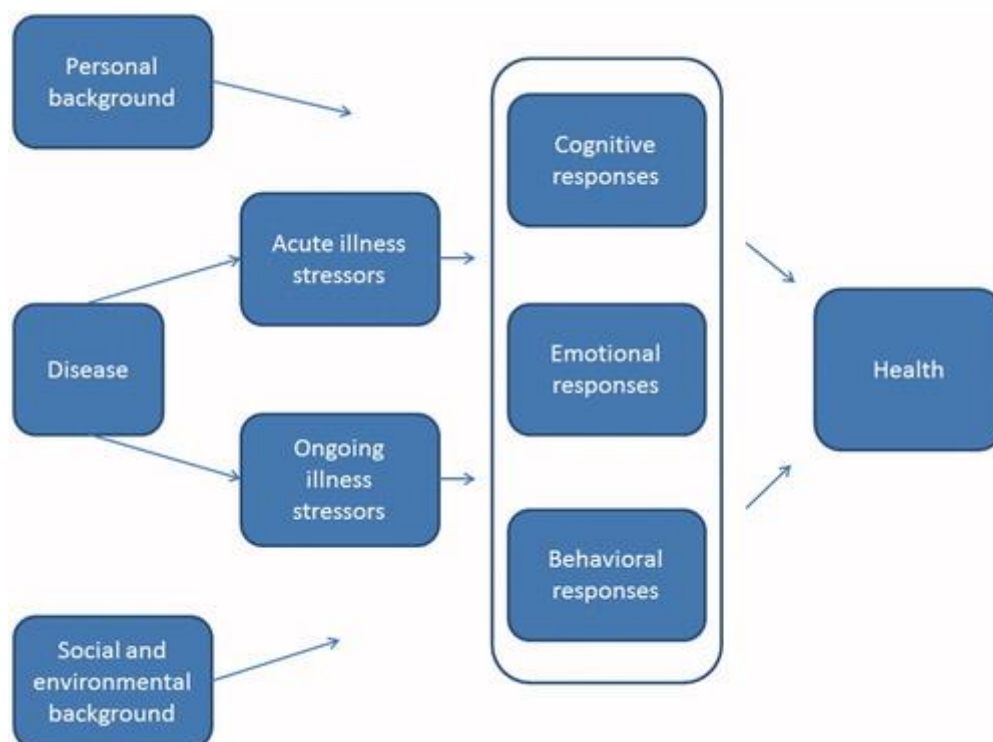
3.7.3 Modeling input

- Heart2Heart multidisciplinair symposium hartfalen (2022);
- Expertise deskundige;
- Gesprekken met hartfalenverpleegkundige.

4 Resultaten

4.1 Relevantie van integratie van psychosociale zorg in het HF-traject

Een diagnose van HF heeft enorme medische, maar ook psychosociale gevolgen voor de patiënt. Anderzijds zijn deze gevolgen rechtstreeks van invloed op zijn gezondheid en welzijn. Het volgende model illustreert de invloed van cognitieve, emotionele en gedragsreacties op de algemeen waargenomen gezondheid. De sociale omgeving en persoonlijke ervaringen zijn rechtstreeks van invloed op de reactie van de patiënt en zijn houding vergeleken met de ziekte, zowel in de acute als in de chronische fase WPZisa (2019).



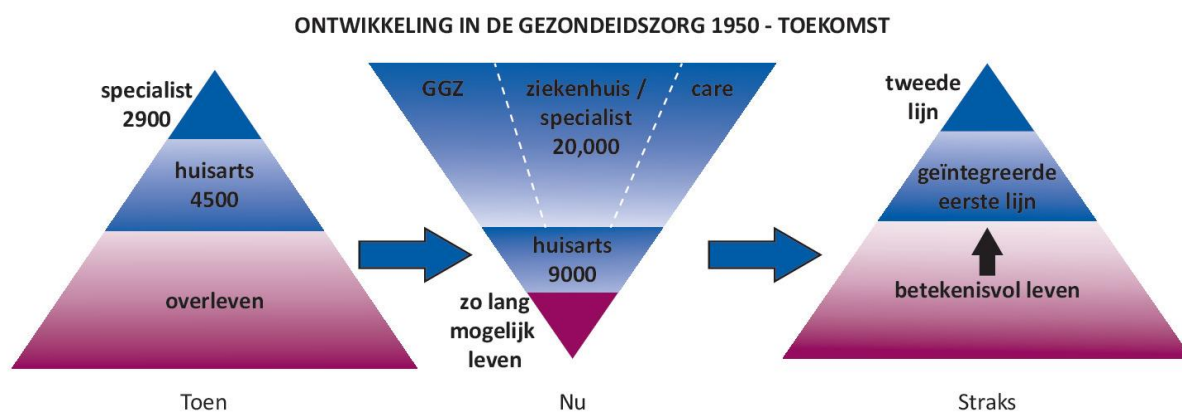
Figuur 2: Weergave psychologische aanpassing (chronische) ziekte

Dekker & De Groot (2018) in: Withaar, R. (2018)

Daarom moet medische zorg voor patiënten met HF hand in hand gaan met psychosociale zorg. Gebrek aan aandacht voor de psychosociale aspecten van de ziekte leidt tot suboptimale uitkomsten. Patiënten die worstelen met psychosociale en emotionele problemen hebben moeite om hun gezondheid in eigen hand te nemen. Patiënteducatie speelt een sleutelrol bij het bevorderen van een gezonde houding. Wanneer de patiënt echter ondergedompeld is in zorgen en angst, levert dit onvoldoende resultaten op met gebrekkige therapietrouw een verdere verslechtering van de levenskwaliteit, meer ziekenhuisopnamen en enorme kosten voor de samenleving als resultaat. Daarom wordt sterk geïndividualiseerd holistisch patiëntenzorg aanbevolen.

Het huidige gezondheidsbeleid is erop gericht kosten te verlagen door de tweedelijnszorg af te bouwen en de eerstelijnszorg net uit te breiden. Figuur 3 toont de tendensen die zich aftekenen in de organisatie van de moderne

gezondheidsdiensten. De prioriteit ligt niet langer bij een zo lang mogelijk leven, maar bij de kwaliteit ervan (Huber et al., 2021). Een uitdaging in deze visie van een nieuw zorgmodel is de overbelasting van de huisartsen, die tot gevolg heeft dat niet kan worden ingespeeld op de psychosociale behoeften van patiënten. Daarom is het belangrijk dat eerstelijnsverpleegkundigen kunnen reageren op de uitdaging van psychosociale patiëntenzorg. Zij staan vaak het dichtst bij hen patiënten en zijn vertrouwd met hun omgeving.



Figuur 3: Ontwikkelingen in de gezondheidszorg 1950 – toekomst destijds
(Eekhof 2017)

4.2 Psychosociale ondersteuning door de eerstelijnsverpleegkundige

4.2.1 Rol van sociale steun

Volgens de definitie van Richman, Rosenfeld en Bowen (1998) wordt sociale steun opgevat als ondersteunende communicatie tussen steunverlener en ontvanger. Deze steun kan zowel door familieleden als door professionals worden verleend. Hoe lager de sociale steun onder familieleden, hoe belangrijker de steun van professionals wordt. Een studie van Minku en Tascu (2015) toont een directe relatie aan tussen het psychologisch welzijn van de patiënt en de relatie met de arts. Hoe beter de relatie met de arts, hoe beter het welzijn van de patiënt. De passende communicatietechnieken die professionele zorgverleners gebruiken, zijn erop gericht de patiënt steun en begeleiding te geven bij het ziekteproces (Goede et al., 2020). De rol van de verpleegkundige in dit proces wordt het meest treffend beschreven Lambrechts en Grotendorst (2012):

"Patiënten hebben regie over en verantwoordelijkheid voor hun eigen leven en gezondheid – binnen de mogelijkheden en omstandigheden van elk individu afzonderlijk-. Van verpleegkundige vraagt dit een goed inschattingsvermogen van de informatiebehoefte die de patiënt heeft. Zij houdt in de communicatie rekening met persoonlijke factoren van de patiënt en diens naasten, zoals leeftijd, etnisch/ culturele achtergrond, taalbeheersing, kennis – en begripsniveau, emotie, coping stijl en draagkracht. Het gaat om communiceren op maat, met een groot inlevingsvermogen en op een open en respectvolle manier," (Lambrechts & Grotendorst 2012).

73% van de patiënten vindt dat de sociale steun van familie, vrienden en verzorgers hun leven zin geeft. Hieruit blijkt hoe belangrijk het is dat patiënten goed worden ondersteund; niet alleen door hun naasten maar ook door professionals (Sacco et al., 2014).

Ondersteunende zorg heeft een positieve invloed op de levenskwaliteit van de patiënt in dimensies als lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, sociale relaties en omgevingsaspecten. Het vermindert daarnaast ook het optreden van depressie en angst. Gelijktijdige lichamelijke en emotionele gezondheid is tenslotte een uitdaging in de moderne zorg voor HF. De nadruk moet daarom niet liggen op genezing, want dat is meestal niet mogelijk, maar op holistische zorg. Deze aanpak moet erop gericht zijn patiënten en hun familie te helpen zich aan te passen aan de gevolgen van een chronische ziekte zoals HF, het versterken van de draagkracht van de patiënt, het verminderen van draaglast (Kyriakou et al. 2020).

4.2.2 Coppingstijl

Een copingstijl is de manier waarop iemand omgaat met stressvolle situaties en tegenslagen. Elke patiënt gaat op een iets andere manier met ziekte om. Copingstijlen kunnen eenvoudigweg in twee categorieën worden onderverdeeld, die op emotie zijn gebaseerd en andere die op actie zijn gebaseerd. Zowel op emotie gebaseerde als op actie gebaseerde stijlen kunnen constructief of destructief zijn. Onderzoek van Li en Shun (2016) toont aan dat patiënten die hun emoties onder controle hebben en de diagnose accepteren terwijl ze proactief met hun ziekte omgaan, een betere levenskwaliteit hebben en veel aan zelfzorg doen. HF-patiënten die een copingstijl hebben die gebaseerd is op actie en probleemoplossing, hebben ook veel minder last van depressie, angst en woede. Effectief omgaan met emoties heeft ook een positieve invloed op een proactieve houding ten opzichte van de ziekte en zelfzorg, en op de kwaliteit van leven. Sommige patiënten vertonen destructieve stijlen. Sommigen reageren hun verdriet en woede af op de omgeving of richten hun agressie op zichzelf. Er zijn patiënten die zich isoleren van hun omgeving of passief worden in het omgaan met hun ziekte. Er zijn ook patiënten die de ziekte ontkennen. Dergelijke attitudes zijn duidelijk gecorreleerd met geringe psychologische zelfzorg en lage levenskwaliteit (Li & Shun, 2016).

De rol van de verpleegkundige is het ondersteunen van constructieve copingstijlen door emotionele steun te geven aan de patiënt, en de patiënt te ondersteunen in pro-actieve houdingen betreffende aanpassing aan het leven met de ziekte. Het is belangrijk dat de verpleegkundige in staat is destructieve stijlen te herkennen en de patiënt door te verwijzen voor psychologische hulp wanneer de situatie dit vereist (WZPisa 2019).

4.3 Prototype: het verpleegkundig psychosociaal spreekuur als onderdeel van het HF-zorgtraject.

4.3.1 Inzicht krijgen in de behoeften van de patiënt

In de voorafgaande probleemstelling werden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar psychosociale problemen bij patiënten met HF. Uit deze studies blijkt dat psychosociale factoren een directe invloed hebben op de gezondheid van de patiënt in ruimere zin. Als niet aan deze behoeften wordt voldaan, leidt dat tot inefficiënte patiëntenzorg. In het huidige zorgsysteem wordt namelijk veel verwacht van patiënten met HF, maar niemand vraagt hoe het met hen gaat. Een patiënt die gebukt gaat onder de psychosociale gevolgen van een chronische ziekte is vaak niet in staat zijn gezondheid en zelfs zijn leven in eigen handen te nemen. Dit leidt tot therapieontrouw, sterfte en ziekenhuisopnames. Daarom wordt aanbeloven dat psychosociale zorg hand in hand gaan met medische zorg en voorlichting.

Studies tonen aan dat psychosociale ondersteuning van groot belang is voor de patiënt en bijdraagt tot verbetering van de patiëntuitkomsten (Minku & Tascu 2015; Sacco et al., 2014). De eenvoudigste vorm van dergelijke steun is het gesprek. Hierdoor kan de verpleegkundige de behoeften van de patiënt leren kennen, emotionele steun geven en vervolgens de zorg optimaliseren. De dagelijkse verzorging van de patiënt biedt vaak geen gunstige omstandigheden om zich te verdiepen in de psychosociale aspecten van het leven van de hartfalenpatiënt. Psychosociale onderwerpen liggen vaak gevoelig, en de patiënt heeft voldoende tijd en een veilige omgeving nodig om zich open te stellen. De alomtegenwoordige haast in de gezondheidszorg is hier zeker niet bevorderlijk voor, met als gevolg dat er niet aan de psychosociale behoeften wordt voldaan.

Daarom is het raadzaam hiervoor een tijdstip in het HF-traject te plannen. De integratie van het psychosociale spreekuur in het HF-traject kan een antwoord zijn op de behoeften van de patiënt. Op die manier kan de verzorger te weten komen waar de patiënt mee worstelt en deze de gepaste steun geven.

4.3.2 Betrokken mantelzorgers als gelijkaardige partner in de zorg

Als de patiënt ermee instemt en zich er comfortabel bij voelt, is het een goed idee om ook de mantelzorger op het psychosociale spreekuur uit te nodigen. Mantelzorgers moeten door verpleegkundige worden beschouwd als een gelijkwaardige partners in de zorg (Vlaams Expertisepunt Mantelzorg, 2022). De mantelzorger is vaak de belangrijkste organisator en verstrekker van zorg. Het is daarom niet altijd een gemakkelijke rol. De mantelzorger uitnodigen om deel te nemen aan het gesprek is daarom meteen ook een gelegenheid om hem of haar te vragen hoe hij met de zorg en de situatie omgaat. Om dit onderwerp aan te pakken, moet de verpleegkundige kunnen inschatten hoe het klimaat is tussen de mantelzorger en de patiënt. Er moet rekening mee worden gehouden dat het voor de mantelzorger ongemakkelijk kan zijn om in aanwezigheid van de patiënt over de moeilijkheden van de verzorging te praten, en dat de patiënt zich als belastend kan voelen. De verpleegkundige moet aanvoelen hoever en wanneer er openlijk

kan worden gepraat en wanneer er behoefte is aan een gesprek onder vier ogen. Het onderwerp ondersteuning van de patiënt komt later aan de bod in het hoofdstuk "Mantelzorgerondersteuning".

4.3.3 Gebruik van gesprekhulpmiddelen

Niet iedere patiënt spreekt even gemakkelijk en spontaan over zijn zorgen. Het gebruik van ondersteunende instrumenten zoals vragenlijsten of meetinstrumenten kan daarom zowel patiënten als verpleegkundigen helpen om het gesprek te structureren en in kaart brengen wat de psychosociale behoeften van de patiënt zijn. Hierdoor worden niet-relevante vragen vermeden en kan tijd bespaard worden (Federatie Medische Specialisten 2020).

Deze instrumenten kunnen een beginpunt zijn voor een gesprek over de moeilijkheden waarmee de patiënt geconfronteerd wordt. Tenslotte laten deze instrumenten de patiënt ook nadenken over wat goed en fout gaat. Dit bewustzijn is de eerste stap voor de aanpassing voor gevolgen van chronische ziekte. Toch vraagt het gebruik van deze gesprekhulpmiddelen ook tijd en inzet van zowel patiënt als verzorger.

Met het oog op het prototype zullen in de onderstaande paragraaf de verschillende gesprekhulpmiddelen met elkaar worden vergeleken om te besluiten welke het eenvoudigst en het meest effectief is om tijdens het psychosociale gesprek uur te implementeren.

4.3.4 Overzicht van gesprekhulpmiddelen

4.3.4.1 Afbakening

Het uitgangspunt voor de relevantie waren gesprekhulpmiddelen die naar de psychosociale behoeften van chronisch zieke patiënten peilen. Alleen klinisch geteste instrumenten met bewezen doeltreffendheid werden in acht genomen. Instrumenten die niet in het Nederlands beschikbaar zijn wegens gebrek aan toepasbaarheid in de praktijk van Belgische zorgverleners, werden uitgesloten.

4.3.4.2 CareQoLCHF

Care Related Quality of Life voor Chronisch Hartfalen of CareQoLCHF (bijlage 1) is een eenvoudig, vertrouwd en bewezen hulpmiddel om de kwaliteit van de HF-zorg te verbeteren. CareQoLCHF is met succes getest onder 1.018 patiënten. De schaal is gebaseerd op PROMs (Patient Reported Outcome Measures), HF-patiënten zijn vanaf het begin betrokken geweest bij de ontwikkeling van deze meetschaal. Dit heeft geleid tot een instrument dat 21 vragen bevat die door HF-patiënten als meerwaarde worden beschouwd (NIVEL, 2015). Het CareQoLCHF is opgesteld om de volgende problemen te identificeren:

- psychosociale problemen;
- fysieke beperkingen;
- gevoel van veiligheid;
- tevredenheid van zorg.

In tegenstelling tot andere meetinstrumenten bevat het instrument vragen over het veiligheidsgevoel en de tevredenheid met de zorg. De resultaten kunnen een rode draad zijn in de optimalisering van de patiëntenzorg. Verpleegkundigen kunnen de resultaten gebruiken om de zorgvraag te identificeren en vervolgens te optimaliseren om aan de individuele behoeften van de patiënt te voldoen (NIVEL, 2015).

4.3.4.3 Lastmeter

De Lastmeter (bijlage 2) is een doeltreffende combinatie van twee instrumenten: Distress Thermometer & Problem List. Dit instrument meet de ernst van het leed van een patiënt op een schaal van 1 tot -10. De lijst bevat 35 problemen waarop met 'ja' of 'nee' moet worden geantwoord. Als de patiënt "'ja'" antwoordt op een probleem, kan hij de ernst van het dit probleem uitdrukken op een de schaal van 1 tot -10. De Lastmeter helpt bij het identificeren van problemen op verschillende psychosociale gebieden. De vragen omvatten praktische problemen, gezins-/sociale problemen, emotionele problemen, filosofische problemen en lichamelijke problemen. Deze schaal onderscheidt zich door een vraag over de wens van de patiënt om naar een andere zorgverlener te worden doorverwezen. De punten hoeven niet te worden geteld, de antwoorden van de patiënten zijn een uitgangspunt voor de identificatie van psychosociale problemen en van de wens van de patiënt om met een andere beroepsbeoefenaar te spreken (Federatie Medisch Specialisten, 2022).

De Lastmeter werd ontwikkeld voor kankerpatiënten, maar kan wegens de ernst en het chronische karakter van beide ziekten ook met succes worden toegepast op patiënten met HF. Het nadeel is dat vragen over fysieke beperkingen minder specifiek zijn voor HF-patiënten. De Lastmeter is elektronisch beschikbaar, zodat hij gemakkelijk naar de zorgverlener kan worden gemaïld. De Lastmeter werd met succes getest in 23 ziekenhuizen in Nederland om psychosociale behoeften op te sporen. 96% van de verzorgers vindt dat het structuur geeft aan het gesprek, 80% vindt dat het de communicatie bevordert en helpt om de aard van het probleem te verkennen, en het is een doeltreffend middel om vast te stellen of de patiënt naar een andere verzorger wil doorverwijzen. 56% vindt dat het bespreken van problemen tijdrovend en belastend is voor de zorgverlener (Hoekstra 2011; van Nuenen, 2016).

4.3.4.4 'Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)'

De 'Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)' (bijlage 3) is een instrument dat het welzijn van een patiënt meet in termen van levenskwaliteit en functioneren in de fysieke, emotionele en mentale domeinen. Er zijn 21 vragen beschikbaar in het Engels en het Nederlands. Deze vragen helpen te beoordelen in welke mate de symptomen van HF het leven van de patiënt beïnvloeden, en worden voor elke categorie afzonderlijk geëvalueerd. Het doel is de laatste maand te evalueren, zodat de evolutie van de patiënt kan worden vergeleken. Deze schaal bevat geen vragen over de wens om naar een ander specialist te worden doorverwezen en is meer gebaseerd op de kwaliteit van leven dan op de psychosociale behoeften van de patiënt (Van Engelen & Bokhorst, 2017). De MLHDQ is een gevalideerd instrument voor de beoordeling van de kwaliteit van leven van een patiënt met HF (Kusuma et al., 2019).

4.3.4.5 Doelzoeker

Doelzoeker is een universeel instrument dat is ontwikkeld door het Vlaams Patiëntenplatform. Deze richt zich tot een breed scala van chronisch zieke patiënten, ongeacht het soort ziekte. Doelzoeker is een instrument dat de patiënt helpt zich bewust te worden van zijn prioriteiten in het leven en doelen te stellen. De patiënt kan dan zijn doelen bespreken met de zorgverleners en zijn omgeving. Op deze manier is het mogelijk de zorg aan te passen aan de individuele behoeften van de patiënt. De verzorger kan dan samen met de patiënt nadenken over welke steun noodzakelijk is om zijn doelen te bereiken. Dit is geen meetinstrument zoals het vorige, maar gaat een stap verder, het is niet gericht op fysieke en psychosociale beperkingen, maar op prioriteiten in het leven, een plan en de uitvoering daarvan (Vlaams Patiëntenplatform 2022). Uit het rapport van het Vlaams Patiëntenplatform (2022) blijkt dat zowel de meeste zorgverleners als patiënten tevreden waren over het gebruik van het instrument in de zorg. Naast het feit dat de doelzoeker helpt om duidelijke doelen te stellen, maakt het de patiënt ook mondiger en proactiever. De geboden zorg met de doelzoeker is meer doelgericht (Op de Beeck & Jame, 2019).

4.3.4.6 Spinnenweb van Positieve Gezondheid

Het "Spinnenweb van Positieve Gezondheid" (bijlage 5) volgens Huber (2011) is een instrument binnen een breder concept die gezondheid omschreef als het *"vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven"*.

De uitgangspunten van dit concept zijn de volgende:

- 1) *"het besef dat gezondheid meer is dan de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand en dat gezondheidsbevordering om een integrale aanpak vraagt;*
- 2) *het centraal stellen van het perspectief en de beleving van de burger/klant/patiënt, zowel in het beoordelen van de eigen gezondheid als in het aangeven van gewenste verbeterpunten en;*
- 3) *de focus op het versterken van kwaliteiten in plaats van het oplossen van problemen"* (Filnterman et al., 2019).

Het Spinnenweb wordt in de praktijk gebruikt als een gespreksinstrument tussen patiënt en verzorger (Remmers et al., 2016). Het Spinnenweb omvat zes dimensies: lichamelijk welbevinden, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren en 33 indicatoren of aspecten van gezondheid. Met het Spinnenweb helpen de zorgverleners de patiënt te identificeren en visualiseren wat goed en slecht gaat, maar vooral wat op dit moment belangrijk voor hem is en wat hij zou willen verbeteren. De patiënt bepaalt regelmatig zijn Spinnenweb, dat hem in staat stelt na te denken over waar hij is en in welke richting hij zich richt, en wat zijn vooruitgang is. De patiënt creëert zijn Spinnenweb door aan te geven waar hij staat in een bepaalde dimensie. De hulpverlener ondersteunt patiënt in creëren Spinnenweb door de aangepaste vragen te stellen 'hoe je woont' en 'rondkomen met je geld' (Filnterman et al., 2019) De volgende vraag die de zorgverlener moet stellen is "Wat is echt belangrijk voor u? Wat wil je verbeteren?" Hier ligt de bron

van motivatie en de kracht voor verandering. Deze doelen kunnen verrassend verschillen van wat de verzorger zou verwachten. Dit komt doordat het perspectief van de verzorger en dat van de patiënt totaal verschillend zijn. De volgende stap is om na te denken over hoe de patiënt ondersteund moet worden om diens doelen te bereiken. Het kan simpelweg een gesprek met hen zijn, hen het juiste advies geven om hun doel te bereiken, maar hen ook verder sturen (Huber, 2021). Het Spinnenweb is een beproefd instrument in de holistische patiëntenzorg en wordt zowel gebruikt bij het vaststellen van gezondheidsproblemen bij patiënten met lage socio-economische status (SES) (Filnterman et al., 2019) als bij patiënten met GGZ-problematiek (Van de Loo et al., 2022). In artspraktijken waar voor de positieve gezondheid het Spinnenweb werd gebruikt om problemen van patiënten te bespreken, werd de noodzaak om patiënten door te verwijzen naar een tweede zorglijn met maximaal 25% verminderd (Jung et al., 2018).

4.3.5 Vergelijking van instrumenten

De CareQoLCHF en de MLHFQ zijn eenvoudige vragenlijsten die de patiënt moet invullen. De vragen betreffen zowel lichamelijke als psychische klachten en peilen naar hoe de patiënt zich voelt en wat zijn beperkingen zijn. MLHFQ richt zich meer op kwaliteit van leven dan op de psychosociale behoeften van de patiënt. De CareQoLCHF onderscheidt meet de tevredenheid van de patiënt over de verleende zorg. De Lastmeter gaat nog een stap verder door de patiënt te vragen wie hij zou willen raadplegen over zijn problemen. Het nadeel van Lastmeter is dat deze vragen over fysiologische problemen minder specifiek zijn voor HF-patiënten, maar meer gericht op oncologische patiënten, wat verwarrend kan zijn. De Doelzoeker helpt om doelen voor de patiënt te stellen en verhoogt zijn betrokkenheid en motivatie. Het dient echter niet om zijn eventuele psychosociale problemen vast te stellen. Het Spinnenweb is een hulpmiddel dat de voordelen van alle bovengenoemde instrumenten combineert. Net als de vragenlijsten dient het om problemen vast te stellen, maar net als de Doelzoeker legt het de nadruk op wat belangrijk is voor de patiënt en hoe de hij zijn doelen kan bereiken. Het zet de patiënt er met andere woorden toe aan zijn welzijn in eigen handen te nemen en verwijst naar intrinsieke motivatie als drijvende kracht voor verandering. De rol van de verzorger bestaat erin de patiënt in dit proces te steunen, door naar hem te luisteren en hem de juiste hulpmiddelen te geven of de juiste psychosociale steun te zoeken om het gewenste doel te bereiken. Het voordeel van het Spinnenweb is dat het met bevredigende resultaten is uitgetoetst op patiënten met lage SES en patiënten met GGZ problemen wat overeenkomt met het profiel van een groot deel van de HF-patiënten (Filnterman et al., 2019, Van de Loo et al., 2022). Het is ook aangetoond dat gebruik het Spinnenweb in huisartsen praktijk het aantal verwijzingen naar de tweede lijn wat een van de hoofddoelen in de HF-zorg is (Jung et al., 2018).

In het kader van deze bachelorproef werd het Spinnenweb als het meest geschikt bevonden om de psychosociale zorg voor patiënten met HF te optimaliseren.

Tabel 1: Vergelijkingstabel

INSTRUMENT	DOELGROEP	CONTEXT	BETROUWBARHEID & VALIDITEIT
CareQoLCHF	HF-patiënten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Meet levenskwaliteit en functioneren in de fysieke, emotionele en mentale domeinen. ✓ De vragen betreffen zowel lichamelijke als psychische klachten ✓ Vragen over het veiligheidsgevoel en de tevredenheid met de zorg 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CareQoLCHF is met succes getest onder 1.018 patiënten (NIVEL, 2015) ✓ De schaal is gebaseerd op PROMs (Patient Reported Outcome Measures)
Lastmeter	Oncologisch patiënten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dit instrument meet de ernst van het leed van een patiënt op een schaal van 1 tot -10. ✓ Probleemlijst ✓ Vragen omvatten praktische problemen, gezins-/sociale problemen, emotionele problemen, filosofische problemen en lichamelijke problemen ✓ Vraag naar verwijzing wens ✓ Vragen over fysiologische problemen minder specifiek voor HF-patiënten 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ De Lastmeter werd met succes getest in 23 ziekenhuizen in Nederland om psychosociale behoeften op te sporen (Hoekstra 2011)
MLHFQ	HF-patiënten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Meet levenskwaliteit en functioneren in de fysieke, emotionele en mentale domeinen 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gevalideerd instrument voor de beoordeling van de kwaliteit van leven van een patiënt met HF (Kusuma et al., 2019).
Doelzoeker	Chronisch zieke patiënten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doelgericht ✓ Helpt om doelen voor de patiënt te stellen en verhoogt zijn betrokkenheid en motivatie 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Positieve feedback van professionals en patiënten (Op de Beeck & Jame, 2019)
Spinnenweb	Patiënten in het algemeen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Neemt gezondheid in ruime zin ✓ Brengt 7 gezondheidsdimensies in kaart, waaronder psychosociale aspecten ✓ Dient om problemen vast te stellen ✓ Legt de nadruk op belangen en doelen van de patiënt ✓ Zet de patiënt aan om zijn welzijn in eigen handen te nemen ✓ Verwijst naar intrinsieke motivatie als drijvende kracht voor verandering 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Getest met positief resultaat bij patiënten met lage SES (Filinterman et al., 2019) ✓ Getest bij patiënten met GGZ-problematiek met positieve ervaring (Van de Loo et al., 2022). ✓ Na implementatie in artspraktijk vermindering van verwijzingen naar tweedelijnszorg max. 25% (Jung et al., 2018).

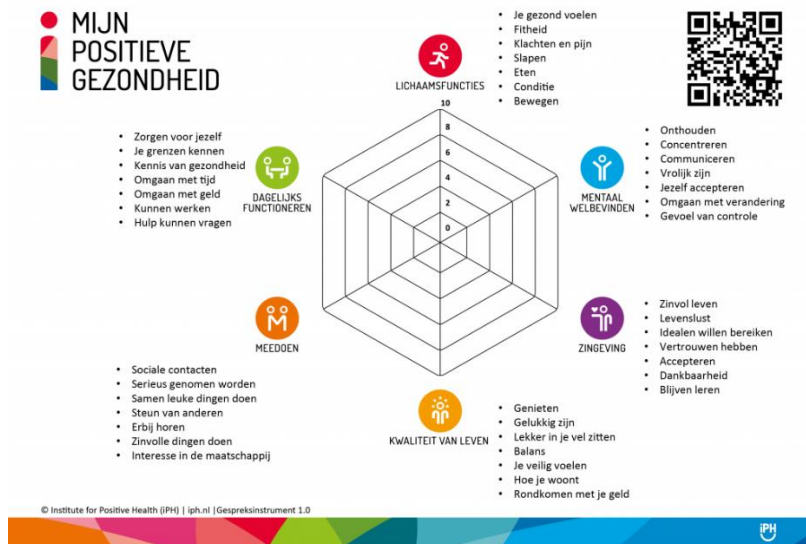
4.4 Integratie Spinnenweb tijdens verpleegkundig psychosociale spreekuur

Het Spinnenweb van positieve gezondheid werd gekozen als het meest geschikte instrument om de psychosociale behoeften en doelen van de patiënt vast te stellen. Het idee van positieve gezondheid behandelt gezondheid als een middel om een doel te bereiken en niet als een doel op zich. De patiënt heeft gezondheid namelijk nodig om zijn individuele doelen te bereiken. Verwijzen naar wat de patiënt belangrijk vindt, is een bron van motivatie. Het gebruik van het Spinnenweb als gespreksinstrument helpt om de belangrijkste gebieden van het leven van de patiënt aan boord te nemen. De implementatie van het psychosociale verpleegkundige spreekuur met behulp van het Spinnenweb in het standaard HF-traject is gericht op de psychosociale ondersteuning van de patiënt en op het verminderen van het aantal ziekenhuisopnames. De volgende deelhoofdstukken zijn gewijd aan de uitwerking van een prototype van dit dergelijk psychosociaal spreekuur. Het prototype moet ervoor zorgen dat de lezer een eerste beeld krijgt van de praktische implementatie van een psychosociaal spreekuur, maar ook dat verpleegkundigen deze eerste versie kunnen beoordelen. Zo kan op basis van de feedback van dit prototype uiteindelijk een effectief en efficiënt, praktijkgericht plan van aanpak ontwikkeld worden om het psychosociale spreekuur toe te passen in de dagelijkse psychosociale zorg van HF-patiënten.

4.4.1 Praktische uitwerking psychosociaal spreekuur in 5 stappen

Het is de moeite waard voor de patiënt om een psychosociaal gesprek te hebben kort nadat hij de diagnose heeft gekregen of op andere momenten wanneer dat nodig is. De patiënt dient te worden meegedeeld dat hij zo nodig om een dergelijk gesprek kan verzoeken. Het herhalen van zo'n gesprek kan ook een initiatief van de zorgverlener zijn. Een belangrijk signaal dat er iets verontrustends aan de hand is, niet alleen op gezondheidsgebied maar ook op psychosociaal gebied, is de opname van de patiënt in een ziekenhuis. Deze gebieden zijn sterk van elkaar afhankelijk.

Om het prototype van het psychosociale spreekuur overzichtelijk en zo volledig mogelijk te maken, is het aangewezen om te werken in korte maar effectieve implementatiestappen. Deze stappen dienen als leidraad te worden genomen, maar het kan blijken dat niet alle stappen noodzakelijk zijn, elke patiënt heeft een iets andere situatie en niet iedereen heeft dezelfde ondersteuning nodig. Deze aanpak wordt ook omschreven door Mijn Positieve Gezondheid (2019). Ze worden hieronder verder toegelicht.



Figuur 4: Spinnenweb
Mijn Positieve Gezondheid (2020)

4.4.1.1 Stap 1: De patiënt inlichten over de visie van het gebruik van spinnenweb.

De eerste stap bestaat erin de patiënt te informeren over het doel en het gebruik van het Spinnenweb. Hoewel het Spinnenweb een gemakkelijk te gebruiken instrument is en ook geschikt is voor mensen met een lage SES, blijkt uit de praktijk dat sommige patiënten het moeilijk vinden om deze tool te gebruiken (Filnterman et al., 2019; privécommunicatie, 2022). Deze fase vereist van verpleegkundigen een goed inschattingsvermogen hebben over welke patiënten het alleen afkunnen en welke ondersteuning nodig hebben.

4.4.1.2 Stap 2 Spinnenweb maken

De patiënt maakt zijn Spinnenweb als voorbereiding op het gesprek (bijlage 5). Sommige patiënten kunnen hulp nodig hebben bij het correct invullen van het spinnenweb. Voor wie dit te moeilijk is om alleen te doen, dit kan gebeuren ook samen met de verpleegkundige of mantelzorgers. Ze kunnen de patiënt ondersteunen en begeleiden bij vragen of omschrijvingen die niet voor iedereen even duidelijk zijn.

Om dit Spinnenweb te maken, moeten 42 vragen over zeven dichtheden worden beantwoord. De patiënt antwoordt op drie manieren "ja", "nee" of "een beetje" en markeert de onderwerpen waar hij met de verzorger over wil praten. Op die manier wordt in het spinnenweb een ruimte ingekleurd die illustreert welke gebieden voor de patiënt belangrijk zijn, en waar hij dus verdere psychosociale ondersteuning bij nodig heeft. Het blanco Spinnenweb is beschikbaar in papieren en elektronische versie via MijnPositieveGezondheid.nl (Mijn Positieve Gezondheid, 2019).

Een invulvoorbeeld van het Spinnenweb kan geraadpleegd worden op onderstaande Figuur 5.



Figuur 5: Voorbeeld ingevuld Spinnenweb

Mijn Positieve Gezondheid (2020)

De patiënt uit dit voorbeeld hecht met andere woorden veel belang aan dagelijks functioneren en mentaal welbevinden, matig belang aan lichaamsfuncties en sociaal maatschappelijk participeren, en in mindere mate belang aan kwaliteit van leven en zingeving. Op die manier weet de verpleegkundige waarbij de patiënt het meeste ondersteuning kan gebruiken. Zo kan overgegaan worden naar stap 2 uit het Spinnenweb.

4.4.1.3 Stap 3: Probleemverheldering, peilen naar psychosociale behoeftes.

De verpleegkundige analyseert het Spinnenweb en focust zich voor de bespreking op de gebieden die de patiënt als belangrijk heeft aangemerkt. Dit optimaliseert de kwaliteit van het gesprek. Zo kan de verpleegkundige het gesprek meteen op gang brengen. De verpleegkundige bespreekt het Spinnenweb met de patiënt en benoemt wat goed en minder goed gaat. De verpleegkundige moedigt de patiënt daarbij aan om meer te vertellen over de domeinen die hij als belangrijk heeft aangegeven en om deze te bespreken door middel van verdiepende vragen. Voorbeelden hiervan zijn: "U gaf aan dat u zich zorgen maakt over uw toekomst, waar maakt u zich specifiek zorgen over?", "Waar komen deze angsten vandaan, kunt u me meer vertellen?", "U gaf aan dat u problemen heeft met het accepteren van uw leven zoals het is, wat is voor u het moeilijkst te accepteren?" enzovoort. In deze fase gebruikt de verpleegkundige actieve luistertechnieken zoals aandacht gevend gedrag, open vragen stellen, het parafraseren van inhoud, reflecteren van gevoelens en samenvatten. De patiënt krijgt de kans om zijn emoties te tonen.

Alleen de aspecten die de patiënt belangrijk vindt, worden besproken omdat dit de bron is van de motivatie van de patiënt.

4.4.1.4 Stap 4: Het formuleren van doelen en oplossingen

Vervolgens stelt deze patiënt samen met de verpleegkundige enkele realistische doelen. De energie van de patiënt moet gericht zijn op doelen waarop hij werkelijk invloed heeft en op aanvaarding van dingen die hij niet kan veranderen. Deze doelen kunnen daarom zeer verschillend zijn, afhankelijk van wat op dat moment voor de patiënt belangrijk is. Zo is er bijvoorbeeld vermindering van stress, meer plezier in het leven of een betere lichamelijke conditie. Deze doelen kunnen heel anders zijn dan die van de verzorger, maar het is belangrijk ze te volgen omdat hier de interne motivatie en energie voor verandering vandaan komt (Mijn Positieve Gezondheid, 2019).

De doelen die de patiënt stelt, moeten systematisch benaderd worden om ervoor te zorgen dat op een efficiënte manier naar de noden en wensen van de patiënt wordt toegewerkt. Daarom kan gebruik gemaakt worden van het Actiewiel. Deze schematische werkwijze vergroot de kans op het verwezenlijken van haalbare doelstellingen. De verschillende stappen in het wiel moeten belangrijke vragen bij de huidige en gehoopte situatie van de patiënt beantwoorden. Volgens Mijn Positieve Gezondheid (2019) kan het voor deze patiënt versterkend werken om hem deze vragen luidop te laten beantwoorden en een foto van zijn doelstelling te laten meebrengen. Een voorbeeld van het actiewiel wordt weergegeven op onderstaande figuur 6.



Figuur 6: Actiewiel IPH
Mijn Positieve Gezondheid (2020)

Wanneer de patiënt de intrinsieke motivatie heeft gevonden en heeft bepaald welke doelen belangrijk zijn in diens leven, is het tijd om na te gaan hoe hij die kan bereiken en welke steun nodig is. Deze stap vereist creativiteit van zowel de patiënt als de verpleegkundige. Het is daarbij ook belangrijk de doelstellingen en de stappen die nodig zijn om ze te bereiken, op te schrijven. Handige vragen zijn: "Van welke stappen denk je dat ze je dichterbij je doel kunnen brengen?", "Wat zou er moeten gebeuren om je doel te bereiken?", "Wie kan je helpen?" en "Welke steun heb je nodig?". Met de antwoorden op deze vragen kan de verzorger zijn zorg aanpassen aan de patiënt. Het is mogelijk dat een goed advies voldoende is, maar ook dat de patiënt naar een andere zorgverlener moet worden doorverwezen (Mijn Positieve Gezondheid, 2019).

4.4.1.5 *Stap 5: Evaluatie gesprek*

De vijfde en laatste stap is een evaluatie van de doelstellingen. Ongeveer een maand later worden zijn moeilijkheden en resultaten besproken tijdens een daarvoor gepland spreekuur. Wat heeft de patiënt gedaan om zijn doel te bereiken? Wat is er gelukt? Wat nog niet? Welke moeilijkheden heeft hij onderweg ondervonden? Hoe kan hij die in de toekomst vermijden? (Mijn Positieve Gezondheid, 2019). Zoals eerder gezegd is het belangrijk om de mantelzorg erbij te betrekken. Zij zijn degenen die het dichtst bij de patiënt staan en zijn vooruitgang en moeilijkheden kunnen zien. Zij zijn ook vaak degenen die de patiënt ondersteunen in zijn dagelijks functioneren, en zij van hun kant kunnen in deze fase dus ook een positieve bijdrage leveren. Elke patiënt heeft een andere situatie en gaat op een heel andere manier met zijn ziekte om. Sommigen hebben breed sociale netwerk, anderen niet, sommigen hebben meer steun nodig, anderen doen het voldoende zonder. Daarom moeten de planning van de evaluatiedoelen en de eventuele herhaling van de cyclus zeer individueel zijn. Zowel overmatige binding als ontoereikende zorg brengen kosten met zich mee. Het is belangrijk om een evenwicht te vinden

4.4.2 Wat na het spreekuur? Aandachtspunten bij psychosociale problemen van HF-patiënten

4.4.2.1 *Coördinatie van zorg door eerstelijnsverpleegkundige*

HF is een zeer complex syndroom in niet alleen de medische, maar ook in de psychosociale zin. Tijdens een ondersteunend gesprek met behulp van het Spinnenweb kunnen belangrijke behoeften van de patiënt naar voren komen die het terrein van de verpleging overstijgen. Dit betekent niet dat de zorgvraag onbeantwoord moet blijven. De huidige hartfalen richtlijnen benadrukken dat HF-patiëntenzorg multidisciplinair moet zijn (McDonagh et al., 2021). De rol van de eerstelijns verpleegkundige is om deze zorg te coördineren en de patiënt door te verwijzen naar de juiste zorgverlener. Dit vereist een goede kennis van het lokale zorgaanbod op het gebied van psychosociale zorg, zowel binnen de eigen praktijk als in de regio. Het aanbod van psychosociale zorg verschilt namelijk van regio tot regio. Partners in psychosociale zorg kunnen zijn: psycholoog sociaal werker, wijkteam, geestelijk verzorger, re-integratiecoach, geschoolde vrijwilligers en andere experts binnen de psychologische zorg (Federatie Medische Specialisten, 2022).

Tabel 2: Experts per levensdomein en zorggebied

Federatie Medische Specialisten (2022).

Kwaliteit van leven domeinen, zorggebieden	Verwijzing naar psychosociale en/of (para)medische zorgverleners
Lichamelijke problemen	Huisarts/medisch specialist, verpleegkundige/HF-verpleegkundige Fysiotherapeut, Diëtist, Seksuoloog, Ergotherapeut, Revalidatiearts
Praktische problemen	Medisch maatschappelijk werker, Ergotherapeut
Werk gerelateerde problemen	Bedrijfsarts, Medisch maatschappelijk werker, Ergotherapeut
Gezins-/sociale problemen	Medisch maatschappelijk werker, BIG-geregistreerde psycholoog, Psychiater
Emotionele problemen	Medisch maatschappelijk werker, BIG-geregistreerde psycholoog, Psychiater, Geestelijk verzorger
Cognitieve problemen	Neuropsycholoog
Levensbeschouwelijke of zingevingvragen	Geestelijk verzorger

Uit de ervaring van professionele zorgverleners blijkt dat een algemene verwijzing naar een specialist vaak niet voldoende is. De patiënt weet niet altijd hoe hij het telefoonnummer moet vinden, hoe hij een afspraak moet maken, wat hij moet zeggen, enzovoort. Het is de moeite waard deze drempel voor de patiënt te verlagen door hem het telefoonnummer van een specifieke specialist in de buurt te geven. De sociale kaart is een belangrijke bron van informatie over professionals in de regio. Het is nog gemakkelijker voor de patiënt als de verpleegkundige zelf de afspraak maakt en zo de patiënt en haar zorgbehoeften voorstelt aan een andere specialist. Dan is de kans groter dat de patiënt ook daadwerkelijk gerichte hulp krijgt (privécommunicatie, 2022).

4.4.2.2 HF- lootgenootgroepen en themabijeenkomsten

Als er in de regio steungroepen voor mensen met HF of themabijeenkomsten zijn, is het de moeite waard deze aan de patiënt aan te bevelen.

Patiënten die onvoldoende sociale steun krijgen van familie, vrienden en gezondheidswerkers, lopen meer kans op stress, angst, woede en depressie, wat een zeer negatief effect heeft op zijn gezondheid. Uit de studie van Soofi et al. (2020) blijkt dat na een interactieve bijeenkomst in een multidisciplinaire HF steungroep was de psychosociale nood aanzienlijk verminderd en het kennisniveau verbeterd. De groepsinterventies reduceren gevoelens van somberheid, angst, stress en woede. Ook de perceptie van de patiënt van sociale steun verbeterde. Dergelijke bijeenkomsten geven patiënten het gevoel dat zij niet alleen staan in hun ziekte en vormen een gelegenheid om sociale contacten te leggen. Vooral mensen die lijden aan sociaal isolement kunnen baat hebben bij deze activiteiten (Soofi et al., 2020, Bose et al. 2020). Helaas bestaan er momenteel geen steungroepen voor mensen met HF in Vlaanderen. De enige plek die hen en hun mantelzorgers met elkaar in contact brengt, is de Facebookpagina van HeartsConnect.

4.4.2.3 *Multidisciplinair Team Overleg (MDO)*

Volgens de meest recente Europese HF-richtlijnen dient de patiëntenzorg multidisciplinair te zijn (McDonagh et al., 2021). Dit komt omdat HF vele aspecten van de gezondheid en het leven van een patiënt beïnvloedt en zelden de enige aanwezige pathologie is (Conrad et al., 2018). Comorbiditeiten moeten op gelijktijdig worden behandeld als HF (McDonagh et al., 2021). Verpleegkundigen zijn de lijm zijn die de verschillende zorgdisciplines bij elkaar houdt. De organisatie van het multidisciplinair teamoverleg of MDO van initiatief van verpleegkundige via overlegorganisator is een gelegenheid om de problemen van de patiënt te bekijken en ze vanuit verschillende perspectieven te bespreken. De samenstelling van het MDO hangt af van het profiel van de patiënt en bestaat uit ten minste drie personen. Elke patiënt heeft recht op een MDO eenmaal per jaar of vaker als de situatie dat vereist. Praktische organisatorische richtlijnen zijn te vinden in bijlage 6.

4.4.2.4 *Mantelzorg ondersteuning*

Hoewel de mantelzorg meestal de hoofdverzorger van de patiënt is, is de zorg voor de patiënt meestal patiëntgericht en wordt de mantelzorg, die vaak overbelast is en onder chronische stress leeft, er zelden bij betrokken. De steun van de verzorger heeft een grote invloed op de kwaliteit van de zorg, dus de verzorger moet ook psychosociale steun krijgen.

De rol van de verpleegkundige is ook om de verzorger te ondersteunen door middel van een ondersteunend gesprek, maar vooral door het verstrekken van praktische informatie. De verzorger kan bij zijn verzekeringsmaatschappij een aanvraag indienen voor mantelzorgherkenning, met of zonder sociale rechten. Deze status geeft de mantelzorg verschillende sociale voordelen, zoals hulp bij verzorging van minstens één professionele zorgverlener of mantelzorgverlof met recht op een uitkering (Samana, 2022).

Bij emotionele problemen, overmatige stress en depressie kan een bezoek aan een eerstelijns psycholoog kan verlichting brengen. Hier heeft de mantelzorg een verwijzing van de huisarts nodig. Dit is een kortdurende vorm van hulpverlening, die vier sessies omvat, waarna de mantelzorg samen met de eerstelijnspsycholoog kan nagaan welke verdere ondersteuning hij/zij nodig heeft. De kosten van eerstelijnspsychologie worden grotendeels gedekt door het ziekenfonds. De mantelzorg betaalt alleen een remgeld (Vlaams Expertisepunt Mantelzorg, 2022). Bij overbelaste huishoudelijke taken bestaat ook de mogelijkheid om beroep te doen op een thuishulpdienst. Afhankelijk van de situatie kan deze hulp ook gedeeltelijk worden gefinancierd.

Verpleegkundigen kunnen mantelzorgers verwijzen naar de website van Vlaams Expertisepunt Mantelzorg. Dit is een bron van praktische informatie. Dit expertisepunt organiseert ook themabijeenkomsten over praktische aspecten van de zorg voor iemand met een chronische ziekte, en groepsbijeenkomsten voor het delen van ervaringen en wederzijdse steun. Een andere soortgelijke organisatie voor mantelzorgers is het Steunpunt Mantelzorg.

5 Implementatieplan

De implementatie van EBP in de praktijk is vaak problematisch. Innovaties vereisen veranderingen op verschillende niveaus en motivatie om ze uit te voeren. Er zijn verschillende EBP-uitvoeringsmodellen, maar de basis is gemeenschappelijk voor al deze modellen: visie, vaardigheden, drijfveren, middelen en een plan van aanpak (Vermeulen et al., 2015).

5.1 Essentiële bouwstenen bij de implementatie van complexe veranderingen

Onderstaande tabel bespreekt de essentiële bouwstenen bij de implementatie van complexe veranderingen in het leven van onder andere een HF-patiënt. De beschreven fasen worden daaronder besproken.

Tabel 3: Implementatie van EB-practice.
Vermeulen & Tiemens (2015).

visie	vaardigheden	drijfveer	middelen
waarom?	hoe?	wat?	waarmee?
1. beschrijven: – met wie? – op welke niveaus? 2. communicatie: – aan wie? – wanneer? – hoe? – door wie?	1. beschrijven: – wie moet – wat leren? 2. organiseren training: – apart project? – in standaard curriculum? – door wie? – waar? – wanneer? 3. communicatie: – aan wie? – wanneer? – hoe? – door wie?	1. beschrijven: – wat levert het op? – voor wie? – hoe maken we dat zichtbaar? 2. organiseren resultaat zichtbaar maken: – techniek – door wie? – wanneer? 3. communicatie: – aan wie? – wanneer? – hoe? – door wie?	1. beschrijven: – barrières en oplossingen voor implementatie en borging – tijd staat altijd op 1 2. organiseren zichtbaar maken barrières: – door wie – wanneer? 3. communicatie: – aan wie? – wanneer? – hoe? – door wie?

5.1.1 Bouwsteen 1: Visie

Het verpleegkundige spreekuur met behulp van het Spinnenweb is een vorm van psychosociale ondersteuning die wordt gegeven aan een patiënt die geconfronteerd wordt met de stress van een chronische ziekte zoals bijv. HF. Het doel is om de patiënt te ondersteunen bij het streven naar gezondheid. Hierbij wordt gezondheid veel ruimer gedefinieerd dan de afwezigheid van ziekte. Het concept van positieve gezondheid beschrijft gezondheid als het vermogen om de uitdagingen van het leven aan te gaan en om de verantwoordelijkheid voor het eigen welzijn in eigen handen te nemen (Huber, 2011).

In de praktijk betekent deze steun dat naar de patiënt wordt geluisterd en dat wordt nagegaan waar hij belang aan hecht. De volgende stap is om na te gaan wie of wat hem zou kunnen steunen bij het bereiken van zijn doelstellingen.

5.1.2 Bouwsteen 2: Vaardigheden

5.1.2.1 Communicatievaardigheden

Om het psychosociale gesprek op een efficiënte manier te voeren, zijn de communicatieve vaardigheden van de dienstverlener nodig. Kennis van technieken zoals 'actief luisteren' en 'motiverende gespreksvoering' 'gedraagverandering' (bijlage 7) vormen de basis voor een gesprek dat gericht is op het vaststellen van de psychosociale behoeften van de patiënt en het zoeken naar innerlijke kracht voor verandering. Technieken en training voor deze vaardigheden maken deel uit van de vakken "communicatie" en "gezondheids promotie" binnen het standaard curriculum van de Bachelor verpleegkundige. Ze zijn te vinden in het leerboek "Verpleegkundige als communicator" (Ten Have 2016).

5.1.2.2 Hanteren van een gezondheidsvaardige taal.

Om een zo'n groot mogelijk effect te hebben, is het belangrijk dat de verpleegkundige rekening houdt met het opleidingsniveau, de gezondheidsvaardigheden en de communicatiebarrières van patiënten en mantelzorgers (McDonagh et al., 2021). Gezondheidsvaardigheden zijn de mogelijkheden om informatie vinden, begrijpen en beoordelen en toepassen. Deze worden onder andere beïnvloed door sociaal isolement chronische ziekte, lage SES en psychologische problemen. Deze problemen overlappen met het profiel van de HF-patiënt (McDonagh et al. 2021; Lefteriotis 2013; Easton et al. 2016; Gorji et al., 2019; Conrad et al., 2018). Meer nog, het is bewezen dat bij HF-patiënten met lage gezondheidsvaardigheden, het sterftecijfer drie keer hoger ligt (Peterson et al., 2011). Daarom is het belangrijk om het taalgebruik en de gebruikte hulpmiddelen aan te passen aan de gezondheidvaardigheden en cognitieve capaciteiten van de patiënt.

5.1.2.3 Kennis

De basis van elke zorg voor patiënten met HF is kennis van de ziektesymptomen en de behandeling daarvan. Dit geldt ook voor de psychosociale zorg. Kennis van de pathologie zelfzorg en zelfmanagement ondersteuning is noodzakelijk om de behoeften van de patiënt in de juiste context te plaatsen. Ook moet het advies worden afgestemd op de mogelijkheden van patiënten met HF. Een gebrek aan adequate kennis over de ziekte kan leiden tot een gebrekkige communicatie met de patiënt en ondoeltreffende zorg en inadequate gezondheidsvoorlichting. Het blijkt dat de kennis van verpleegkundigen over complexe HF-zorg niet altijd optimaal is (Smeets et al., 2019).

5.1.2.4 Kennis van sociale kaart

Om multidisciplinair te kunnen werken en de patiënt gericht te ondersteunen in het bereiken van zijn doelen, is het van belang dat de verpleegkundige de sociale kaart kent van de regio waarin hij werkt. Kennis van de regionale partners in de zorg binnen en buiten de organisatie kan zeer nuttig zijn als de patiënt naar een andere specialist moet worden doorverwezen (WPZisa, 2019). De verpleegkundige moet ook op de hoogte zijn van plaatselijke organisaties die zich richten op

patiënten met HF, steungroepen, sportclubs voor patiënten met HF en activiteiten om stress te verminderen. De organisatie van de zorg moet buurtgericht zijn om het voor iedereen beschikbaar, toegankelijk en betaalbaar te maken.

5.1.3 Bouwsteen 3: Drijfveren

De uitbreiding van de patiëntenzorg in de eerste lijn brengt extra verantwoordelijkheden voor de verpleegkundigen met zich mee, en mogelijk extra opleiding en de uitdaging om het plan in de praktijk te brengen. Verpleegkundigen moeten gemotiveerd zijn en de noodzaak van verandering inzien, want anders zal er weerstand zijn tegen de uitbreiding van het repertoire van diensten. De eerste stap is bewustwording van het belang van psychosociale factoren voor de patiëntresultaten en de daarmee samenhangende kosten voor de samenleving. In het kader daarvan zou het goed zijn als verpleegkundigen toegang hebben tot wetenschappelijke literatuur en het laatste onderzoek over dit onderwerp. Ook het vertrouwd raken met de visie van de positieve gezondheid en de waarden die in dit idee worden uitgedragen, is van essentieel belang voor een succesvolle uitvoering. Positieve beloning in de vorm van financiële genoegdoening als gevolg van uitgebreide verantwoordelijkheden kan een motivatie zijn om de uitdaging aan te gaan (Vermeulen et al., 2015).

5.1.4 Bouwsteen 4: Middelen

Gebrek aan financiële middelen is een van de moeilijkst te overwinnen hinderpalen in implementatie (Vermeulen et al., 2015). De huidige nomenclatuur voorziet een verpleegkundig consult van een uur met de eerstelijnsverpleegkundige per jaar per patiënt, op voorwaarde dat deze patiënt tweemaal per week gebruik maakt van de dienst hygiënezorg. Dit uur is voor het bespreken van problemen, zorgdoelen, opvolging en uitvoering zorgplan (RIZIV, 2014). De huidige nomenclatuur is echter niet toereikend om de uitdaging van de psychosociale zorg door eerstelijnsverpleegkundigen aan te gaan. Het is derhalve noodzakelijk een passende nomenclatuur te creëren. Enerzijds brengt de uitbreiding van het dienstenpakket kosten met zich mee. Anderzijds is de toepassing van positieve gezondheid op de algemene patiëntenpopulatie in huisartsenpraktijken doeltreffend gebleken door het verminderen van 25% van het aantal doorverwijzingen van patiënten naar de tweedelijnszorg (Jung et al., 2018). Zoals eerder werd gezegd, vertegenwoordigt de ziekenhuisopname van HF-patiënten vertegenwoordigt 2% tot 3% van het totale budget van de gezondheidszorg (Belgische Cardiologische Liga, 2018). Hoewel het bovengenoemde onderzoek zich niet uitsluitend richtte op patiënten met HF, wordt gehoopt dat investeren in psychosociale zorg voor patiënten met HF zich ook zal uitbetalen in de vorm van minder ziekenhuisopnames en een hogere kwaliteit van leven. Veranderingen in het pakket van verleende diensten vereisen veranderingen op organisatie niveaus en financiering. Het is belangrijk dat de verleende diensten door de verzekeringsmaatschappijen worden gedekt.

5.1.5 Bouwsteen 5: Plan van aanpak

5.1.5.1 Wat en wanneer

Het verpleegkundig spreekuur moet onderdeel worden van het HF-traject van elke patiënt. Idealiter zou iedere patiënt hierbij betrokken moeten worden zodra de

diagnose is gesteld. Evaluatie en verdere opvolging moeten sterk geïndividualiseerd zijn en afgestemd op de behoeften van de patiënt. De patiënt moet altijd contact kunnen opnemen met de zorgverlener als hij hulp of een goed gesprek nodig heeft. Ook na een eventuele ziekenhuisopname moet deze interventie worden herhaald.

5.1.5.2 Meest aangewezen plaats

Interventies dienen bij voorkeur plaats te vinden in de thuisomgeving van de patiënt. Het huis van de patiënt is een plaats waar de hij zich op zijn gemak voelt. Anderzijds is een interventie bij de patiënt thuis een gelegenheid om de leefomstandigheden en de omgeving van de patiënt te bekijken. De thuisomgeving biedt ook de gelegenheid om met de mantelzorger te praten en hem zo nodig passende steun te geven. Bovendien hebben interventies in de thuisomgeving een bewezen doeltreffendheid (Van Spall et al., 2017). Een internationale meta-analyse van 53 gerandomiseerde studies concludeerde dat zelfmanagementinterventies uitgevoerd tijdens huisbezoeken van de verpleegkundige, het meest effectief zijn en de mortaliteit verlagen in vergelijking met de gebruikelijke zorg (Van Spall et al., 2017).

5.1.5.3 Betrokken partijen

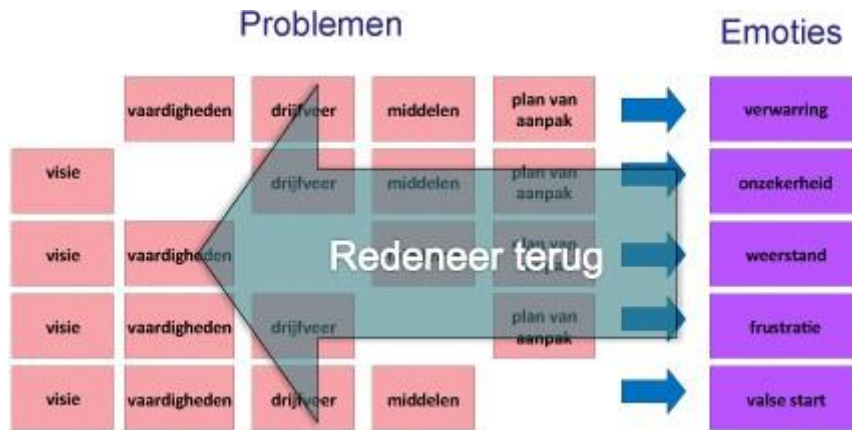
Eerstelijnsverpleegkundigen staan het dichtst bij hun patiënten en lijken daarom de meest geschikte personen om de psychosociale behoeften van patiënten uitgebreid aan te pakken. HF-verpleegkundigen in de eerstelijnszorg beschikken over de kennis rond HF en de communicatieve vaardigheden om deze uitdaging aan te gaan. Het postgraduaat HF-verpleegkundige omvat onder andere psychosociale aspecten van leven met HF, communicatieve vaardigheden en motiverende gesprekstechnieken (UCCL, 2021).

Andere geschikte kandidaten zijn verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP). Zij hebben een passende achtergrond in communicatietechnieken met patiënten, gezondheidsbevordering en de zorg voor patiënten met ggz-problemen. Het curriculum bereidt hen ook voor op effectief casemanagement (Botteldoorn, 2022).

Thuisverpleegkundigen zijn ook potentieel geschikte personen om psychosociale HF-zorg te verlenen, mits zij hiertoe voldoende zijn voorbereid. Zij kennen hun patiënten het best, en zien hen in hun natuurlijke omgeving, kennen hun huis- en woonsituatie. Door hun patiënten elke dag te bezoeken, worden ze heel hecht met hen. De patiënt is vaak in staat dingen tegen de thuisverpleegkundige te zeggen die hij niet tegen een arts zou durven zeggen. De belemmering is het gebrek aan adequate kennis over alomvattende HF-zorg (Smeets et al., 2019). De door Hearts Connect georganiseerde navorming "Hartfaleneducatie in de eerstelijns" is een antwoord op dit probleem. Een ander probleem is het gebrek aan tijd om meer verantwoordelijkheden en taken op zich te nemen. Als in de toekomst een deel van de taken van de thuisverpleegkundige door de zorgkundige zal worden overgenomen, ontstaat er mogelijk ruimte om de patiëntenzorg uit te breiden.

5.2 Belemmeringen voor implementatie

Voor een succesvolle implementatie zijn alle componenten nodig: visie, vaardigheden, drijfveer, middelen en plan van aanpak; elke component is even belangrijk. Het onderstaande diagram, figuur 7, laat zien wat er gebeurt als een component ontbreekt in een implementatie.



Figuur 7: Problemen zichtbaar maken
Vermeulen & Tiemens (2015)

De eerste steen is visie. Gebrek aan visie leidt tot verwarring, het is duidelijk wat er gedaan moet worden en hoe, maar niet met welk doel.

De volgende steen is vaardigheden. Een gebrek aan vaardigheden leidt tot onzekerheid.

De volgende steen is drijfveer " dus motivatie om te veranderen. Motivatie die van beide kanten moet komen. De verpleegster moet ervan overtuigd zijn dat de rol die haar is toevertrouwd, van groot belang is en dat de patiënt moet willen meewerken en gemotiveerd moet zijn om te veranderen. Zonder dit, zullen we op een weerstand stuiten.

De volgende steen zijn de middelen, zowel financiële als andere. Het ontbreken van deze steen leidt tot frustratie.

De laatste maar even belangrijke steen, is plan. Het gebrek aan een plan creëert chaos. We weten wat we willen doen en waarom, maar we weten niet hoe (Vermeulen & Tiemens 2015).

6 Discussie

6.1 Algemeen besluit

Met jaarlijks 14.600 nieuwe diagnoses die vooral bij 65-plussers worden gesteld, is HF in België en andere Westerse landen een epidemie. De aandoening heeft verregaande nadelige gevolgen voor de patiënt op zowel fysiek als mentaal vlak, aangezien ze leidt tot chronische ziektesymptomen zoals onder andere vermoeidheid, hartkloppingen en gewichtstoename, maar ook tot psychosociale problemen zoals stress, angst, isolatie, vereenzaming en depressie. Deze combinatie van nadelige gevolgen zorgt voor een afname in de levenskwaliteit van de patiënt, en legt ook een druk op zijn naasten, zoals mantelzorgers en dichte familie. Bovendien zorgen deze gevolgen ervoor dat het opnamerisico bij patiënten stijgt, wat opnieuw gewicht legt op de €152 miljoen jaarlijkse kosten die de Belgische gezondheidszorg uitgeeft aan de verzorging van HF, goed voor 2% tot 3% van het totale Belgische gezondheidszorgbudget.

De maatschappij en patiënten hebben er dus alle baat bij om de nadelige psychosociale gevolgen van HF zo vroeg mogelijk op te merken enerzijds, en zo goed mogelijk te vermijden of te verhelpen anderzijds. Hiervoor valt de verantwoordelijkheid bij de eerstelijnsverpleegkundige die niet alleen de eerste contactpersoon van de patiënt en de familie is, maar die ook de spilfiguur vormt tussen deze patiënt en familie, en het multidisciplinaire team.

Om deze psychosociale problemen vroegtijdig en voldoende op te merken en vast te stellen, raadt de onderzochte literatuur het gebruik van meetinstrumenten aan. Deze tools moeten de eerstelijnsverpleegkundige helpen om problemen zoals angst, stress en isolatie zo objectief mogelijk vast te stellen om dit door te kunnen geven aan specialisten zoals de behandelende arts. Voorbeelden van deze instrumenten zijn de CareQoLCHF, Lastmeter, MLHFQ, Doelzoeker en Spinnenweb. Het Spinnenweb is daarbij de meest aangewezen tool omdat het de voordelen van de andere tools combineert. Dit holistische instrument faciliteert gesprekken tussen de patiënt en de verpleegkundige in zes dimensies: lichamelijk welbevinden, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren en 33 indicatoren of aspecten van gezondheid. Aan de hand van deze domeinen kan de patiënt aangeven wat goed of slecht gaat. Het Spinnenweb helpt om de behoeften en doelen van de patiënt te leren kennen en hem doeltreffend te ondersteunen.

Daarbij is het belangrijk dat de implementatie van de tool vijf voorgeschreven bouwstenen volgt: visie, vaardigheden, drijfveer en middelen. Deze bouwstenen bespreken respectievelijk wat moet gebeuren, welke vaardigheden daarvoor vereist zijn, de motivatie van de verpleegkundige, en de middelen die moeten worden ingezet. Deze bouwstenen vertalen zich in een finale bouwsteen, namelijk het plan van aanpak. Op die manier wordt een correcte en holistische behandeling van de psychosociale symptomen nagestreefd.

Om continue opvolging van het psychosociale welzijn te garanderen, is het nodig dat de patiënt dit Spinnenweb na de diagnose of na de ziekenhuisopname en

verder naargelang van de individuele behoeften invult op voorafgesproken data. Op die manier kan de eerstelijnsverpleegkundige snel inspelen op veranderende omstandigheden. Die laatste kan de patiënt -indien nodig- dan ook zo snel mogelijk doorverwijzen naar een specialist voor gespecialiseerde ondersteuning.

Daarnaast kan het Spinnenweb ook dienen als middel om andere methoden voor psychosociale hulp op te zetten, zoals het inroepen van multidisciplinaire sociale steungroepen voor patiënten die weinig tot geen steun (kunnen) krijgen van familie of vrienden of ondersteuning voor de mantelzorger die lijdt onder de ziekte van de patiënt.

6.2 Reflectie

Het voorliggende onderzoek kende enkele limitaties. Deze worden als volgt besproken.

Ten eerste gaat het hier om een literatuuronderzoek, en werd voor deze bachelorproef geen praktijkonderzoek gevoerd. Er was dus geen mogelijkheid om de bevindingen uit academische bronnen te toetsen aan de praktijk. Dit is meteen de eerste aanbeveling voor verder onderzoek dat wel gebruik maakt van primair onderzoek, zoals een survey of interviews met patiënten of eerstelijnsverpleegkundigen.

Ten tweede behandelden het besproken onderzoek bijna allemaal de patiënt in kwestie, en slechts in mindere mate de eerstelijnsverpleegkundige, de verpleegkundige in het algemeen, of de familie, waaronder mantelzorgers. Dit zorgt ervoor dat, het Spinnenweb de meest aangewezen tool is binnen dit onderzoek, maar dat kan verschillen wanneer familie of mantelzorgers bevroegd worden. Voornamelijk omdat sommige signalen van vereenzaming, isolatie, angst, stress of depressie non-verbaal zijn en niet altijd vlot worden gecommuniceerd naar de eerstelijnsverpleegkundige -die voor sommigen nog steeds een buitenstaander is-, kan het interessant zijn om deze tools ook te testen binnen de doelgroep van familie of mantelzorgers.

Ten derde werd in de studies die de verschillende meetinstrumenten besproken, weinig rekening gehouden met eventuele aanbevelingen of belemmeringen die eerstelijnsverpleegkundigen hadden of opmerkten bij het gebruik van het Spinnenweb. Daarom werd er -mogelijks verkeerdelijk- van uitgegaan dat dit Spinnenweb de tool is die weinig gebreken heeft, terwijl het gewoon het meetinstrument is dat de voordelen van alle andere besproken tools combineert. Verder onderzoek naar de feedback van eerstelijnsverpleegkundigen op dit Spinnenweb is dus aangewezen.

Ten vierde focusten de meeste studies op gespecialiseerde verpleegkundigen, eerder dan eerstelijnsverpleegkundigen. Het is daarom aangewezen om verder onderzoek te voeren naar hoe eerstelijnsverpleegkundigen deze meetinstrumenten gebruiken en of er een verschil is tussen deze doelgroep en de doelgroep van algemene verpleegkundigen in de geraadpleegde studies.

Ten vijfde en als laatste limitatie implementatieplan kent ook zijn beperkingen. Dit is slechts een eerste schets van hoe dit plan in de praktijk zou kunnen worden vertaald. De belangrijkste belemmering voor de uitvoering is het gebrek aan middelen. De huidige nomenclatuur is niet toereikend om het psychosociale spreekuur met behulp van het Spinnenweb door de eerstelijnsverpleegkundige uit te voeren. Enerzijds vergt de invoering van psychosociale zorg middelen die nog ontbreken in de gezondheidszorg, anderzijds hoopt men dat de investering zich zal terugbetalen in de vorm van minimale ziekenhuiskosten. Er wordt ook niet gespecificeerd wie dit verpleegkundige spreekuur specifiek op zich moet nemen, maar de potentiële kandidaten zijn: hartfalenverpleegkundige, verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk of verpleegkundigen in de thuiszorg, mits zij hiervoor zijn opgeleid. De werkdruk onder verpleegkundigen vormt ook een belemmering voor de uitvoering van dit plan.

Ook de timing van de stappen is niet goed gedefinieerd. Er wordt namelijk van uitgegaan dat psychosociale zorg zo individueel mogelijk moet zijn, en moet worden aangepast aan de behoeften van de patiënt. Elke patiënt gaat anders om met ziekte en kan meer of minder intensieve steun nodig hebben. Er wordt echter voorgesteld om snel na het stellen van de diagnose en ook na een eventuele ziekenhuisopname psychosociale steun te verlenen, omdat dit een teken kan zijn dat er ook op psychosociaal gebied iets mis is met de patiënt.

Vervolgens moet er ook rekening mee gehouden dat sommige patiënten niet open genoeg zijn om over hun psychosociale problemen te praten, wat gerespecteerd moet worden. Hier kunnen de coping mechanismen van de patiënten een rol spelen die moeilijk te omzeilen kan zijn voor verpleegkundigen die niet over voldoende psychologische kennis beschikken.

Ten slotte moet er rekening mee worden gehouden dat HF-patiënten vaak zeer afhankelijk zijn van hun omgeving. Het gebrek aan medewerking van de directe omgeving kan ook een grote belemmering zijn bij de uitvoering van het psychosociale zorgplan.

7 Conclusie

De fysieke en psychosociale, chronische nadelen van HF vergen een multidisciplinaire samenwerking waarbij de medische zorg voor de patiënt gecombineerd wordt met psychosociale ondersteuning. De eerstelijnsverpleegkundige vormt hierin de spilfiguur die het multidisciplinaire team met elkaar verbindt enerzijds, en die een sterk geïndividualiseerde en holistische zorg garandeert anderzijds. Om de ernst van psychosociale problemen bij HF-patiënten in kaart te brengen, wijst de literatuur op het gebruik van meetinstrumenten. Op basis van het voorliggende onderzoek is het Spinnenweb, dat een gesprek tussen verpleegkundige en patiënt faciliteert en op vooraf afgesproken tijdstippen ingevuld moet worden door beide partijen om de psychosociale toestand van de patiënt op te volgen en tijdig in te grijpen, de meest aangewezen tool. Het zou goed zijn wanneer het eerste gesprek kort na de diagnose of na een eventuele ziekenhuisopname zou plaatsvinden, en de daaropvolgende evaluatie afhankelijk zou zijn van de individuele behoeften van de patiënt. Verder onderzoek is nodig naar verschillende denkpijlers in relatie tot het Spinnenweb en andere meetinstrumenten. In het bijzonder kan het interessant zijn om eerstelijnsverpleegkundigen zelf te bevragen hoe zij het werken met deze tools vinden, welke hun belemmeringen zijn en of zij aanbevelingen hebben voor de optimalisatie van de tool. Naast het bestaande onderzoek naar HF-patiënten zelf, kan het bovendien aangewezen zijn om ook de familie, waaronder mantelzorgers verder te bevragen naar hun aanbevelingen voor psychosociale ondersteuning van zowel patiënt als naaste.

8 Referentielijst

- Baldewijns, K., La Rocca, B., Bektas, S. & Rhode, C. (2021). Content of Heart failure education by Health-care professionals in Noorder-Kempen, Belgium and Maastricht, the Netherlands: the INTERACT-in-HF study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(1). https://www.researchgate.net/publication/353566665_Content_of_Heart_failure_education_by_Health-care_professionals_in_Noorder-Kempen_Belgium_and_Maastricht_the_Netherlands_the_INTERACT-in-HF_study
- Belgische Cardiologische Liga. (2020). Hartfalen. [Website]. <https://www.liguecardioliga.be/hartfalen/>
- Bose, C.N., Saboonchi, F., Persson, H., Björling, G. & Elfström, M.L. (2020). Adaptation of Coping Effectiveness Training for Patients with Heart Failure and Patient-Reported Experience of the Intervention. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1054-1061. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33457545>
- Botteldoorn, L. (2022). Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk. [Website]. *Karel de Grote-Hogeschool*. <https://www.kdg.be/opleidingen/postgraduaat/verpleegkundige-de-huisartsenpraktijk>
- Carpenito, L., Brinksma, A., Van der Cingel, M., Hellema, F., Jansen, G. & Kleve, R. (2017). Zakboek verpleegkundige diagnosen (5 e.d.). Noordhoff Uitgevers.
- Chuzi, S., Pak, E. S., Desai, A. S., Schaefer, K. G., & Warraich, H. J. (2019). Role of Palliative Care in the Outpatient Management of the Chronic Heart Failure Patient. *Current Heart Failure Reports*, 16(6), 220–228. <https://doi.org/10.1007/s11897-019-00440-3>
- COACH. (z.d.). Minnesota Vragenlijst. Meetinstrumenten in de zorg. (2020a). <https://meetinstrumentenzorg.nl>
- Federatie Medisch Specialisten. (2020). Detecteren behoefte psychosociale zorg. [Website]. *Federatie Medische Specialisten*. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/detecteren_behoefte_psychosociale_zorg/algemeen.html (2012-2022)
- Filnterman, F., Bisscheroux, P., Dijkema, P., den Hertog, F., de Jong, M., Vermeer, A. & Vosjan, M. (2019). Positieve Gezondheid en gezondheidspercepties van mensen met een lage SES Resultaten van negen concept-mappingsessies in vijf regio's. *Tijdschrift voor*
-

- Conrad, N., Judge, A., Tran, J., Mohseni, H., Hedgecote, D., Perez, A., B., Crespillo, Moira, A., Hemingway, H., Cleland, J., G., McMurray J., J. & Rahimi, K. (2018). Temporal trends and patterns in heart failure incidence: a population-based study of 4 million individuals. *The Lancet* 0140-6736
- De Goede, F., & De Goede, M. (2020). *Inleiding in de gezondheidspsychologie* (1ste editie). Boom Lemma.
- Easton, K., Coventry, P., Lovell, K., Carter, L.A. & Deaton, C. (2016). Prevalence and Measurement of Anxiety in Samples of Patients with Heart Failure: Meta-analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), 367-379. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25930162/>
- Gezond België. (2021, 26 maart). Algemene sterfte naar doodsoorzaak. <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/sterfte-en-doodsoorzaken/algemene-sterfte-naar-doodsoorzaak><https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/sterfte-en-doodsoorzaken/algemene-sterfte-naar-doodsoorzaak>
- Jung, H.P., Jung, T., Liebrand, S., Huber, M., Stupar-Rutenfrans, S. & Wensing, M. (2018). Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? *Huisarts Wet* 61. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12445-018-0062-y>
- VZKNUL. (2018). Hartfalen. [Website]. VZKNUL. <https://www.vzknul.be/zorgprogrammas/hartfalen>
- Hartstichting (2021). Homepagina. [Website]. *Hartstichting*. <https://www.hartstichting.nl>
- Heidari Gorji, M.A., Fatahian A. & Farsavian, A. (2019). The impact of perceived and objective social isolation on hospital readmission in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *General Hospital Psychiatry*, 60 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31310898/>
- Hoekstra-Weebers J., van de Merwe, R., Tuinman, M., Gazendam-Donofrio, S., van der Veer, W. (2011). Implementation of Psychosocial Screening in Daily Oncological Practice: Experiences in the Northeastern Region of the Netherlands. *PsychoOncology*, 20(2), 163-164.
- Huber, M. et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 26, 343. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21791490/>
- Huber, M., Jung, H. P., Brekel-Dijkstra, K., & Van den Brekel-Dijkstra, K. (2021). *Handboek Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
-

- INKO. (2008). De Lastmeter. *INKO*.
<https://www.oncoline.nl/uploaded/docs/Detecteren%20behoefte%20Psychosociale%20zorg/Lastmeter-met-welke-deskundige%20en%20IKNL%20copyright%20en%20logo.pdf>
- Instituut voor Positieve Gezondheid. (2019). Begeleidingsdocument Zorgprofessionals. [Richtlijn]. *Mijn Positieve Gezondheid*.
<https://mijnpositievegezondheid.nl/wp-content/uploads/2021/01/iph-begeleidingsdocument-bij-eenvoudige-tool-mpg.pdf>
- Instituut voor Positieve Gezondheid (z.d.). Eenvoudige Tool. [Richtlijn]. *Mijn Positieve Gezondheid*. [www.iph.nl/eenvoudige-tool-mijn-positieve-gezondheid/#:~:text=De%20eenvoudige%20tool%20is%20een,begrijpend\)%20lezen%20en%20andere%20geïnteresseerden](http://www.iph.nl/eenvoudige-tool-mijn-positieve-gezondheid/#:~:text=De%20eenvoudige%20tool%20is%20een,begrijpend)%20lezen%20en%20andere%20geïnteresseerden).
- Jaarsma, T. (2015). *Zorg rondom hartfalen* (2de herziene editie e.d.). pp. 204-204. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Khan, M.S., Sreenivasan, J., Lateef, N., Abougergi, M.S., Greene, S.J., Ahmad, T., Anker, S.D., Fonarow, G.C. & Butler, J. (2021). Trends in 30- and 90-Day Readmission Rates for Heart Failure. *Heart Failure*, 14. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.121.008335>
- Kusuma, D.Y., Shatri, H., Alwi, I. & Abdullah, M. (2019). Validity and reliability studies of the Indonesian Version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ): quality of life questionnaire for patients with chronic heart failure. *Acta Medica Indonesiana*, 51(1), 26-33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31073103/>
- Kwaliteit in Zicht. (2012). Ontwikkeling van de Care Related Quality of Life voor Chronisch Hartfalen (CaReQoL CHF). [Richtlijn]. *NIVEL*. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Ontwikkeling-Quality-of-Life-Chronisch-Hartfalen.pdf>? Kwaliteitscriteria zorg voor mensen met hartfalen. https://www.hartenvaatgroep.nl/uploads/media/Kwaliteitscriteria_hartfalen.pdf
- Kyriakou, M., Middleton, N., Ktisti, S., Philippou, K. & Lambrinou, E. (2020). Supportive Care Interventions to Promote Health-Related Quality of Life in Patients Living With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Heart, Lung and Circulation*, 29(11), 1633–1647. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2020.04.019>
- Lambrechts, J., A. Grotendorst (2012), *Leren van de toekomst Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020*. Stafleu van Loghum.
- Lefteriotis, C. (2013). Depression in heart failure patients. *Health Science Journal*, 7,349-355
-

- Li, C.C. & Shun, S.C. (2015). Understanding self-care coping styles in patients with chronic heart failure: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1),12-9.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25681369/>
- Vlaams Expertisepunt Mantelzorg. (2022). Mantelzorgers Eerstelijnspsycholoog. [Website]. Vlaams Expertisepunt Mantelzorg.
<https://www.mantelzorgers.be/Pages/Eerstelijns%20psycholoog.aspx>
- McDonagh, W.A. et al. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726.
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/36/3599/6358045>
- Mijn Positieve Gezondheid. (2019). Begeleidingsdocument Zorgprofessionals. [Brochure]. *Mijn Positieve Gezondheid*.
<https://mijnpositievegezondheid.nl/wp-content/uploads/2021/01/iph-begeleidingsdocument-bij-eenvoudige-tool-mpg.pdf>
- Mijn Positieve Gezondheid. (2020). Home. [Website]. *Mijn Positieve Gezondheid*.
<https://www.mijnpositievegezondheid.be/>
- Mincu,C.L.,& Tascu, A. (2015). Social Support, Satisfaction with Physician-Patient Relationship, Couple Satisfaction, Body Satisfaction, Optimisme as Predictors of Life Satisfaction in People having a Current Perceived Health Problem. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 187, 772-776
- Moradi, M., Daneshi, F., Behzadmehr, R. et al. Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Failure Revisited* 25, 993–1006 (2020).
- Op de Beeck, S. & Jame, L. (2019). Vlaams Patiëntenplatform vzw Doelzoeker: Samen keuzes maken over persoonlijke zorg. Ervaringen van zorggebruikers en zorgverleners. [Website]. *Vlaams Patiëntenplatform*.
<https://vlaamspatiëntenplatform.be/nl/doelzoeker>
- Peterson PN, Shetterly SM, Clarke CL, Bekelman DB, Chan PS, Allen LA, Matlock DD, Magid DJ, Masoudi FA. (2011). Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *JAMA*. 2011 Apr 27;305(16):1695-701. doi: 10.1001/jama.2011.512. PMID: 21521851; PMCID: PMC4540335.
- LEIF. (2022). Praten over ongeneeslijk zien zijn en over sterven. [Website]. *LEIF*.
<https://leif.be/palliatieve-zorg/praten-over-het-levenseinde/>
-

- Remmers., L. & Middelkoop, B. (2016). Het concept van Positieve gezondheid. *EpidemiolBull*, 3, 8–15. <https://mijn.bsl.nl/positieve-gezondheid-en-gezondheidspercepties-van-mensen-met-een/16672372>
- Richman, J. M., Rosenfeld, L. B., & Bowen, G. L. (1998). Social Support for Adolescents at Risk of School Failure. *Social Work*, 43(4), 309-323.
- RIZIV. (2022). Een verpleegkundig consult aanrekenen. [Website]. *RIZIV*. <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/verpleegkundigen/verzorging/Paginas/verpleegkundig-consult.aspx>
- Sacco, S.J., Leahey, T.M. & Park, C.L. (2019). Meaning-making and quality of life in heart failure interventions: a systematic review. *Quality of Life Research*, 28, 557-565.
- Samana. (2022). Nieuw: de erkenning als mantelzorger met of zonder sociaal recht. [Website]. *Samana*. https://www.samana.be/erkenning-mantelzorger/?gclid=CjwKCAjw682TBhATEiwA9crI37fsz3XJeET4egfSLgbOz4j6bmLKhBBRBZKrsdjgkrcRVzRF-XUYBoCelUQAvD_BwE
- Smeets, M., Zervas, S., Leben, H., Vermandere, M., Janssens, S., Mullens, W., Artgeerts, B.N. & Vaes, B. (2019). General practitioners' perceptions about their role in current and future heart failure care: an exploratory qualitative study. *British Medical Journal of Health Services Research*, 19. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4271-2>
- Sokoreli, I., Pauws, S.C., Steyerberg, E.W., de Vries, G.J., Riistama, J.M., Tesanovic, A., Kazmi, S., Pellicori, P., Cleland, J.G. and Clark, A.L. (2018), Prognostic value of psychosocial factors for first and recurrent hospitalizations and mortality in heart failure patients: insights from the OPERA-HF study. *European Journal of Heart Failure*, 20, 689-696.
- Soofi, M.A., Jafery, Z. & AlSamadi, F. (2020). Impact of a Social Support Program Supervised by a Multidisciplinary Team on Psychosocial Distress and Knowledge About Heart Failure Among Heart Failure Patients. *Journal of Saudi Heart Association*, 32(3), 456-463. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33299791/>
- Statbel. (2018). Doodsoorzaken. <https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/doodsoorzaken>
- Taylor, C.J., Ordóñez-Mena, J.M., Roalfe, A.K., Lay Flurrie, S., Jones, N.R., Marshall, T. & Hobbs, F.D.R. (2019). Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000-2017: population-based cohort study. *British Medical Journal*, 2019(13), 364-l223. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30760447/>
- Ten Have, E.C.M. (2016). De verpleegkundige als communicator. Leerboek communicatieve vaardigheden. Bohn Stafleu van Loghum
- Thomas More-Hogeschool. (2019). Stijlwijzer. [Brochure]. *Thomas More-Hogeschool*.
-

- UCCL. (2021). Homepagina [Website]. UCCL. <https://www.ucll.be/>
- UZ Leuven. (2019). Hartfalen. [Website]. <https://www.uzleuven.be/nl/hartfalen>
- Van de Loo, D.T.M., Saämena, N., Janse, P., van Vliet, M. & Braam, A.W. (2022). De waardering van de zes dimensies van positieve gezondheid in de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64, 87-94.
- Van Engelen, E. & Bokhorst, M. (2017). Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). [PDF]. *Meetinstrumentenzorg.nl*. <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/MLHFQ-form.pdf>
- Van Kessel, P., Hendriks, M., Van der Hoek, L. & Plass, A.M. (2015). Ontwikkeling van de Care related Quality of Life voor Chronisch Hartfalen (CaReQoL CHF): een vragenlijst voor het meten van de ervaren uitkomsten van chronische zorg. *Nivel*, 2015.
- Van Nuenen, F., Donofrio, S., Tuinman, M., van de Wiel, H. & Hoekstra-Weebers, J. (2016). Feasibility of implementing the 'Screening for Distress and Referral Need' process in 23 Dutch hospitals. *Supportive Care in Cancer*, 25(1). 2016;Aug 26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27565789/doi:10.1007/s00520-016-3387-8>.
- Van Royen, P., Boulanger, S., Chevalier, P., Dekeulnaer, G., Goossens, K., Koeck, P., Vanhalewyn, M. & Van Den Heuvel, P. (2012). Chronisch Hartfalen; Aanbeveling voor goede medisch praktijkvoering. [Website]. *Domus Medica*. <https://www.domusmedica.be/richtlijnen/chronisch-hartfalen>
- Van Spall, H.G.C., Rahman, T., Mytton, O., Ramasundarahettige, C., Ibrahim, Q., Kabali, C., Coppens, M., Haynes B.R. & Connolly, S. (2017). Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 2017(19), 1427-1444. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28233442/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28233442/>
- Vermeulen, H. & Tiemens, B. (2015). *Implementatie van evidence based practice*. Springer.
- Vlaams Patiëntenplatform. (2022). Samen sterker. [Website]. *Vlaams Patiëntenplatform*. <https://vlaamspatientenplatform.be/nl>
- Withaar, R. (2018). Weergave psychologische aanpassing (chronische) ziekte. [Presentatie]. *Nederlands Instituut van Psychologen*. <https://www.lvmp.nl/wp-content/uploads/2018/10/Presentatie-Veldnormen.pdf>
- WPZisa. (2019). Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. Federatie Medische Specialisten (2012-2022). [Website]. *Federatie Medisch Specialisten*.
-

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard_psychosociale_zorg_bij_somatische_aandoeningen/startpagina_-_psychosociale_zorg_bij_somatische_aandoeningen.html



9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1: CareQoL CHF-Vragenlijst

De CareQoL CHF: Care Related Quality of Life for Chronic Heart Failure Questionnaire



Voor mensen met chronisch hartfalen is een vragenlijst ontwikkeld om de ervaren uitkomsten van de zorg te meten: de 'Care Related Quality of Life voor chronisch hartfalen' (CaReQoL CHF). De vragenlijst is een zogenaamde Patient Reported Outcome Measure (PROM). De vragen gaan over uitkomsten die de patiëntengroep belangrijk vindt en die direct te relateren zijn aan de zorg. Hiermee onderscheidt de CaReQoL CHF zich van bestaande instrumenten voor mensen met chronisch hartfalen.

Berekenen scores

Op de volgende pagina is de CaReQoL CHF weergegeven. De lijst bestaat uit drie schalen:

- Sociale en emotionele problemen: items 4, 5, 7, 11 t/m 17
- Fysieke beperkingen: items 1 t/m 3, 8 t/m 10
- Ervaren veiligheid: items 6, 18 t/m 20.

Voor respondenten die de helft of meer van de items in een schaal hebben ingevuld, kan een gemiddelde schaalscore berekend worden.

Gebruik vragenlijst

De CaReQoL CHF kan landelijk, maar ook in de klinische setting worden ingezet worden om de kwaliteit van zorg te meten vanuit patiëntenperspectief en/of om het verloop van de ziekte te monitoren. Zorgverleners kunnen de uitkomsten van de vragenlijst gebruiken om de zorg beter te laten aansluiten op wat mensen met chronisch hartfalen verwachten van de zorg en wat zij belangrijk vinden. Voor patiëntenorganisaties biedt het informatie voor belangenbehartiging en zorgverzekeraars biedt het een leidraad voor het inkopen van zorg.

Beschikbaarheid vragenlijst

De vragenlijst is openbaar beschikbaar. Voor de doorontwikkeling van de vragenlijst zijn we geïnteresseerd in de resultaten van en ervaringen met het gebruik van de lijst. Bij gebruik stellen we het dan ook op prijs als dit gemeld wordt bij senior onderzoeker Michelle Hendriks (zie hieronder voor contactgegevens)

Rapport ontwikkeling vragenlijst

Uniek aan de CaReQoL CHF is dat patiënten vanaf de start zijn betrokken bij de ontwikkeling van de lijst en dat hun perspectief centraal staat. Meer informatie over de ontwikkeling van de vragenlijst en over de eerste resultaten kunt u vinden in het NIVEL-rapport:

Kessel, P. van, Hendriks, M., Hoek, L. van der, Plass, A.M. Ontwikkeling van de Care Related Quality of Life voor Chronisch Hartfalen (CaReQoL CHF): een vragenlijst voor het meten van de ervaren uitkomsten van chronische zorg. Utrecht, NIVEL, 2015.

Contactgegevens

Voor meer informatie over de ontwikkeling en het gebruik van de vragenlijst kunt u contact opnemen met:

Dr. Michelle Hendriks, senior onderzoek Zorg vanuit patiëntenperspectief
e-mail adres: m.hendriks@nivel.nl
telefoonnummer: 030 2 729 863

9.2 Bijlage 2: Meetinstrument Lastmeter

De Lastmeter

Invaldatum: - - (dag-maand-jaar)

Hoeveel last hebt u van problemen, klachten, zorgen?

Vul eerst onderstaande thermometer in.
Omcirkel het nummer op onderstaande thermometer dat het best samenvat hoeveel last u de afgelopen week (inclusief vandaag) hebt gehad op lichamelijk, emotioneel, sociaal en praktisch gebied.

Thermometer

10 = extreem veel last

0 = helemaal geen last

© IKNO 2008

Probleemlijst

Wilt u voor onderstaande gebieden aangeven of u de afgelopen week (inclusief vandaag) hier moeite mee hebt gehad of problemen bij hebt ervaren. Wilt u elke vraag beantwoorden?

- | Ja | Nee | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Praktische problemen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zorg voor kinderen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wonen / huisvesting |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | huishouden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vervoer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | werk / school / studie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | financiën |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | verzekering |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gezins- / sociale problemen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | omgang met partner |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | omgang met kinderen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | omgang met familie / vrienden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Emotionele problemen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | greep hebben op emoties |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | herinneren van dingen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zelfvertrouwen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | angsten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | neerslachtigheid / somberheid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | spanning |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eenzaamheid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | concentratie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | schuldgevoel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | controleverlies |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Religieuze/spirituele problemen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zin van het leven / levensbeschouwing |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vertrouwen in God / geloof |

Ja Nee

- | Ja | Nee | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lichamelijke problemen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | uiterlijk |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | veranderde urine – uitscheiding |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | verstopping / obstipatie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | diarree |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | opgezwollen gevoel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | koorts |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mondslijmvlies |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | misselijkheid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | droge, verstopte neus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pijn |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | seksualiteit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | droge, jeukerige huid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | slaap |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | benauwdheid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | duizeligheid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | praten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | smaakvermogen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | veranderingen in gewicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tintelingen in handen / voeten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wassen / aankleden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dagelijkse bezigheden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | moehaid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | conditie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | spierkracht |

Andere problemen

Zou u met een deskundige willen praten over uw problemen?

ja misschien nee

9.3 Bijlage 3: MLHFQ-meetinstrument

COACH							TCC	
MINNESOTA VRAGENLIJST								
<p>Onderstaande vragen hebben betrekking op de mate waarin uw hartklachten ertoe geleid hebben dat u de afgelopen maand anders leefde dan u wilde. Deze vragen beschrijven verschillende manieren waarop sommige mensen daar last van kunnen hebben . Als u zeker weet dat een bepaalde vraag niet op u van toepassing is of niets met uw hartklachten te maken heeft, maak dan het rondje onder NEE zwart en ga verder met de volgende vraag. Is de vraag wel op u van toepassing, maak dan het rondje zwart dat het beste aangeeft in welke mate uw t hartklachten ertoe geleid hebben dat u anders leefde dan u wilde. Het is de bedoeling dat u alleen aan de afgelopen maand denkt.</p> <p>Hebben uw hartklachten ertoe geleid dat u de AFGELOPEN MAAND anders leefde dan u wilde, doordat:</p>								
	NEE	NAUWE-LIJKS			IN HOGE MATE			
		←————→						
1. u last had van gezwollen enkels, benen, etc.?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		<input type="checkbox"/>
2. u overdag moest gaan zitten of liggen om te rusten?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		<input type="checkbox"/>
3. u moeite had met wandelen of trappen lopen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		<input type="checkbox"/>
4. u moeilijk in huis of in de tuin kon werken?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		<input type="checkbox"/>
5. u moeilijk van huis kon?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		<input type="checkbox"/>
6. u 's nachts niet goed kon slapen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/>	
7. uw omgang met vrienden of familie bemoeilijkt werd?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/>	
8. u niet volledig meer in staat was de kost te verdienen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/>	
9. het moeilijk voor u was om aan sport te doen of om zich aan uw hobbies of andere vrijetijdsbesteding te wijden?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/>	
10. uw seksuele activiteiten bemoeilijkt werden?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/>	
11. u minder at van het voedsel dat u lekker vindt?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/>	
12. u last had van kortademigheid?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="checkbox"/>	

COACH

TCCHebben uw hartklachten ertoe geleid dat u de **AFGELOPEN MAAND** anders leefde dan u wilde, doordat:

	NEE 0	NAUWE- LIJKS					IN HOGE MATE 5	
		1	2	3	4			
13. u moe of uitgeput was of weinig energie had?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
14. u in een ziekenhuis moest worden opgenomen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
15. u kosten hebt moeten maken in verband met medische verzorging?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
16. u last had van bijwerkingen van medicijnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
17. u het gevoel had dat u uw familie of vrienden tot last was?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
18. u het gevoel had minder vat op uw leven te hebben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
19. u zich ongerust maakte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
20. u zich moeilijk kon concentreren of dingen kon onthouden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
21. u zich depressief voelde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	

9.4 Bijlage 4: MLHFQ-formulier

Uitgebreide toelichting van het meetinstrument

Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)	
Mei 2017	
Review: Eveline van Engelen Invoer: Marsha Bokhorst	
1 Algemene gegevens	
	Het meetinstrument heeft betrekking op de volgende categorieën
Lichaamsregio	Thorax/ buik/ organen
Aandoening (ICD)	Circulatie en ademhalingsstelsel
Domein 'Menselijk functioneren' (ICF)	Participatie algemeen
<ul style="list-style-type: none">• <i>Korte beschrijving</i> → De 'Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)' is een 21-items vragenlijst die de impact van hartfalen en de bijkomende fysieke symptomen, functionele limiet en psychologische stress op de kwaliteit van leven inventariseert. Binnen de domeinen 'fysiek', 'emotioneel', 'sociaal' en 'mentaal' wordt de kwaliteit van leven beoordeeld.^{1,2,3}• <i>Doelgroep</i> → patiënten met hartproblemen• <i>Auteur:</i><ul style="list-style-type: none">✓ <i>Oorspronkelijke versie</i> → Rector TS (1987)¹✓ <i>Nederlandse versie</i> → Wijbenga (1998)⁴	
2 Doel van het meetinstrument	
<ul style="list-style-type: none">• Inventariserend• Evaluatief / effectief	

3 **Soort / vorm van het meetinstrument**

- Vragenlijst
- *Opbouw* → 21 items, verdeeld over 3 domeinen: fysiek, sociaal-economisch en psychologische beperkingen⁵
- *Invulinstructie* → Onderstaande vragen hebben betrekking op de mate waarin uw hartklachten ertoe geleid hebben dat u de afgelopen maand anders leefde dan u wilde. Deze vragen beschrijven verschillende manieren waarop sommige mensen daar last van kunnen hebben. Als u zeker weet dat een bepaalde vraag niet op u van toepassing is of niets met uw hartklachten te maken heeft, maak dan het rondje onder NEE zwart en ga verder met de volgende vraag. Is de vraag wel op u van toepassing, maak dan het rondje zwart dat het beste aangeeft in welke mate uw hartklachten ertoe geleid hebben dat u anders leefde dan u wilde. Het is de bedoeling dat u alleen aan de afgelopen maand denkt. Hebben uw hartklachten ertoe geleid dat u de AFGELOPEN MAAND anders leefde dan u wilde, doordat:...
- *Meetniveau* → per item: wijze score: 0 (nauwelijks) tot 5 (in hoge mate); meetniveau ordinaal
- *Meetniveau* → totaal: wijze score: 0-105; meetniveau ordinaal

4 **Verkrijgbaarheid**

- *Opvraagbaar bij* → www.meetinstrumentenzorg.nl
- *Geschatte kosten* → gratis te downloaden
- *Copyright* → ja, University of Minnesota

5 **Methodologische kwaliteit**

Informatie over de methodologische kwaliteit is terug te vinden in de volgende reviews:

- Kelkar AA, et al. Utility of patient-reported outcome instruments in heart failure. 2016⁵
- Garin O, et al. Assessing health-related quality of life in patients with heart failure: a systematic, standardized comparison of available measures. 2014⁶
- Garin O, et al. Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: a systematic review with meta-analyses. 2009⁷
- Berry C, McMurray J. A review of quality-of-life evaluations in patients with congestive heart failure. 1999⁸

6 **Hanteerbaarheid / feasibility**

- *Taal* → de vragenlijst is in 30 talen vertaald: Engels¹, Nederlands⁴
- *Benodigdheden* → vragenlijst, pen
- *Randvoorwaarden* → geen
- *Benodigde tijd* → 5-10 minuten
- *Gebruikershandleiding* → nee

7 *Normgegevens*

- Interpretatie →
 - Rector (2005) rapporteert dat een verbetering van 5% op de MLHFQ voor patiënten voldoende was om medicatie te nemen die geen bijwerkingen heeft en geen kosten.⁹
 - Er zijn geen gouden standaarden waarmee men kan concluderen of een patiënt wel of niet verbeterd is. Uit de literatuur zijn de volgende waardes gebleken:⁹
 - 21 = duidelijk verbeterd
 - 14 = matig verbeterd
 - 12 = licht verbeterd
 - Onderzoek is verricht naar de kwaliteit van leven bij hartpatiënten. De volgende dieldeling is vastgesteld voor de MLHFQ:¹⁰
 - < 24 = een goede kwaliteit van leven
 - 24 -45 = een gemiddelde kwaliteit van leven
 - > 45 = een slechte kwaliteit van leven

8 *Overige gegevens*

- De MLHFQ is een geschikt instrument om veranderingen van de algemene gezondheids-toestand te meten.¹¹
- De MLHFQ kan gebruikt worden om patiënten te helpen vooruitgang tegenover risico's van medische interventies te evalueren.¹²

9 *Literatuurlijst*

1. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients' self-assessment of their congestive heart failure: part II: content, reliability and validity of a new measure: the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Failure*. 1987 Oct/Nov;(3):198-209
2. Rector TS, Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. *American heart journal*. 1992 Oct;124(4):1017-1025.
3. Health-related quality of life measures. Available from: <http://www.healthmeasurement.org/Measures.html> [Geraadpleegd: april 2012].
4. Wijbenga JAM, Duivenvoorden HJ, Balk AHMM, Simoons ML, Erdman RAM. Quality of life in chronic heart failure: validation of the Dutch version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Cardiologie* 1998;5:627-632.
5. Kelkar AA, Spertus J, Pang P, Pierson RF, Cody RJ, Pina IL, et al. Utility of patient-reported outcome instruments in heart failure. *JACC Heart failure*. 2016 Mar;4(3):165-175.
6. Garin O, Herdman M, Vilagut G, Ferrer M, Ribera A, Rajmil L, et al. Assessing health-related quality of life in patients with heart failure: a systematic, standardized comparison of available measures. *Heart failure reviews*. 2014 May;19(3):359-367.
7. Garin O, Ferrer M, Pont A, Rué M, Kotzeva A, Wiklund I, et al. Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: a systematic review with meta-analyses. *Quality of life research*. 2009 Feb;18(1):71-85.
8. Berry C, McMurray J. A review of quality-of-life evaluations in patients with congestive heart failure. *Pharmacoeconomics*. 1999 Sep;16(3):247-271.

9. Rector TS. Overview of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. 2005.
Available from:
<https://docs.google.com/a/tumn.edu/viewer?a=v&pid=sites&srcid=dW1uLmVkdXx0bXN8Z3g6MjQxYWZOTBkMWYwMjAwZA> [Geraadpleegd: mei 2012].
10. Behloul H, Feldman DE, Ducharme A, Frenette M, Giannetti N, Grondin F, et al. Identifying relative cut-off scores with neural networks for interpretation of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. Conference proceedings: Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. 2009;2009:6242-6246.
11. Ni H, Toy W, Burgess D, Wise K, Nauman D, Crispell K, Hershberger R. Comparative responsiveness of Short-Form 12 and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire in patients with heart failure. Journal of cardiac failure. 2000 Jun;6(2):83-91.
12. Rector TS, Tschumperlin LK, Kubo SH, Bank AJ, Francis GS, McDonald KM, Keeler CA, Silver MA. Use of the Living with Heart Failure questionnaire to ascertain patients' perspectives on improvement in quality of life versus risk of drug-induced death. Journal of cardiac failure. 1995 Jun;1(3):201-206.

9.5 Bijlage 5: Iph-eenvoudige-tool



Mijn Positieve Gezondheid.

De vragen gaan over jou.

En over hoe jij gelukkig kunt worden.

Hierna volgen vragen.

De vragen gaan over:



1. Lichaam



2. Gevoel en gedachten



3. Zinvol leven



4. Kwaliteit van leven



5. Meedoen



6. Dagelijks leven

Kies bij elke vraag het antwoord dat bij jou past.

Een voorbeeldvraag:



Voel jij je goed?

Nee



Een beetje



Ja



Hier wil ik over praten



Vul in wat je zélf vindt.

Zet ook een kruisje als je erover wil praten.

Als je klaar bent gaan we bespreken wat er goed gaat in je leven.












En we bespreken wat je wil veranderen.

GA VERDER





1. Lichaam

1	Voel jij je gezond?	Nee  <input type="radio"/>	Een beetje  <input type="radio"/>	Ja  <input type="radio"/>	Hier wil ik over praten <input type="radio"/>
2	Voel jij je fit?	Nee  <input type="radio"/>	Een beetje  <input type="radio"/>	Ja  <input type="radio"/>	Hier wil ik over praten <input type="radio"/>
3	Heb je pijn?	Nee  <input type="radio"/>	Een beetje  <input type="radio"/>	Ja  <input type="radio"/>	Hier wil ik over praten <input type="radio"/>
4	Slaap je goed?	Nee  <input type="radio"/>	Een beetje  <input type="radio"/>	Ja  <input type="radio"/>	Hier wil ik over praten <input type="radio"/>
5	Eet je gezond?	Nee  <input type="radio"/>	Een beetje  <input type="radio"/>	Ja  <input type="radio"/>	Hier wil ik over praten <input type="radio"/>
6	Ben je vaak ziek?	Nee  <input type="radio"/>	Een beetje  <input type="radio"/>	Ja  <input type="radio"/>	Hier wil ik over praten <input type="radio"/>
7	Kan je goed bewegen?	Nee  <input type="radio"/>	Een beetje  <input type="radio"/>	Ja  <input type="radio"/>	Hier wil ik over praten <input type="radio"/>


**Je hebt nagedacht over je lichaam.
Welk cijfer geef je dit?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10









2. Gevoel en gedachten

- | | | | | | |
|-----------|--|---|--|---|--|
| 8 | Kan je dingen goed onthouden? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje




<input type="radio"/> | Ja



<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 9 | Kan je goed nadenken? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja




<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 10 | Kan je goed zien en horen? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 11 | Voel jij je vrolijk? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 12 | Ben je blij met wie je bent? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 13 | Weet je wat je moet doen als het niet goed gaat? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 14 | Beslis je zelf over belangrijke dingen? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |


Je hebt nagedacht over je gevoel en gedachten.
Welk cijfer geef je dit?




















1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GA VERDER



3. Zinvol leven

- | | | | | | |
|-----------|---|---|--|---|--|
| 15 | Vind jij je leven zinvol? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 16 | Heb je 's morgens zin om op te staan? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 17 | Zijn er dingen die je graag wil doen in je leven? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 18 | Maak jij je zorgen over je toekomst? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 19 | Accepteer jij je leven zoals het is? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 20 | Ben je dankbaar voor je leven? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 21 | Heb je zin om nieuwe dingen te leren? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |






















**Je hebt nagedacht over een zinvol leven.
Welk cijfer geef je dit?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10





4. Kwaliteit van leven

- 22** Geniet je van het leven? Nee Een beetje Ja Hier wil ik over praten
  
- 23** Ben je gelukkig? Nee Een beetje Ja Hier wil ik over praten
  
- 24** Voel jij je goed? Nee Een beetje Ja Hier wil ik over praten
  
- 25** Kan jij je leven aan? Nee Een beetje Ja Hier wil ik over praten
  
- 26** Voel jij je veilig? Nee Een beetje Ja Hier wil ik over praten
  
- 27** Ben je tevreden over hoe je woont? Nee Een beetje Ja Hier wil ik over praten
  
- 28** Heb je genoeg geld om je rekeningen te betalen? Nee Een beetje Ja Hier wil ik over praten
  

**Je hebt nagedacht over jouw kwaliteit van leven.
Welk cijfer geef je dit?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GA VERDER 



5. Meedoen

- | | | | | | |
|-----------|--|----------------------------------|---|---------------------------------|--|
| 29 | Heb je contact met andere mensen? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 30 | Nemen andere mensen je serieus? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 31 | Heb je vrienden? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 32 | Heb je mensen die je kunnen helpen? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 33 | Heb je het gevoel dat je erbij hoort? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 34 | Heb je werk of doe je andere dingen die je belangrijk vindt? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 35 | Wil je graag weten wat er in je dorp of stad gebeurt? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |






















**Je hebt nagedacht over meedoen.
Welk cijfer geef je dit?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10





6. Dagelijks leven

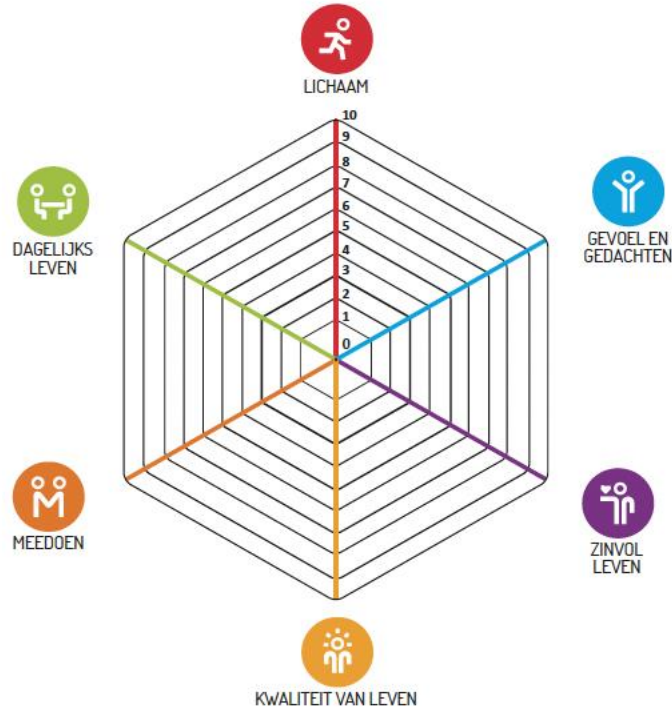
- | | | | | | |
|-----------|------------------------------------|---|--|---|--|
| 36 | Kan je goed voor jezelf zorgen? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 37 | Weet je wat je kan en niet kan? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 38 | Weet je hoe je gezond kunt leven? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 39 | Kan jij jouw dag goed indelen? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 40 | Geef je meer geld uit dan je hebt? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 41 | Kan je werken? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |
| 42 | Weet jij hoe je hulp kan vragen? | Nee

<input type="radio"/> | Een beetje

<input type="radio"/> | Ja

<input type="radio"/> | Hier wil ik over praten
<input type="radio"/> |

**Je hebt nagedacht over het dagelijks leven.
Welk cijfer geef je dit?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GA VERDER 

Je bent klaar met de vragen.
Pak het spinnenweb erbij.
Zet een rondje om het cijfer dat je gegeven hebt.
Doe dat voor elk onderwerp.
We gaan nu een figuur tekenen.
Trek lijnen tussen de rondjes die je hebt gezet in het spinnenweb.
Dat figuur heet het spinnenweb Positieve Gezondheid.



Wat zou je als eerste willen veranderen om gelukkiger te worden?

.....
.....

Wat kan jij doen?

.....
.....

EINDE

9.6 Bijlage 6: Het organiseren van een MDO



Het organiseren van een MDO

Handreiking voor de organisatie van
Multidisciplinair Overleg i.h.k.v. de keten
ouderenzorg

ZIO, Zorg in ontwikkeling
VERSIE 1.0, 170131

Inleiding

Gezien het multidisciplinaire karakter van ouderenzorg, zijn voorwaarden voor de uitvoering van de keten Ouderenzorg de volgende:

- samenwerking en/of overleg met de wijkverpleegkundige;
- samenwerking met/consultatie van de SO (Specialist Ouderengeneeskunde)

Zorg voor ouderen met complexe problematiek wordt door verschillende zorgverleners geleverd. Om deze reden is het van belang dat er sprake is van regelmatig overleg om de geleverde zorg te evalueren en onderling af te stemmen. Wat is een goed model voor een dergelijk overleg? Middels dit document willen wij de praktijkmedewerkers helpen in het organiseren van een MDO in de huisartsenpraktijk.

Belangrijke ingrediënten van een efficiënt en succesvol MDO zijn:

- a. Goede planning en agendasetting (tijd en plaats)
- b. Goede voorbereiding door alle deelnemers
- c. Goede communicatie en vergaderdiscipline
- d. Interesse in en respect voor elkaars werkwijze
- e. Systematiek, zowel in de voorbereiding, als bij de uitvoering
- f. Heldere afspraken en goede verslaglegging
- g. Uitvoering en evaluatie conform de afspraken.

Als men zich houdt aan bovengenoemde punten wordt het MDO geen moeizame en slepende zaak die veel tijd kost, maar is het een inspirerende bijeenkomst die energie oplevert, zeker als de gestelde doelen daadwerkelijk gehaald worden

Algemeen

In de literatuur wordt een Multidisciplinair Overleg (MDO) op verschillende manieren gedefinieerd. Wat alle definities gemeen hebben is dat het gaat om (structureel) overleg tussen professionals van verschillende disciplines waarin de onderlinge samenwerking besproken wordt. De verschillen tussen de definities hebben betrekking op de inhoud van het MDO. Het MDO kan betrekking hebben op de zorg van individuele patiënten. Vaak is de patiënt en diens mantelzorgers hier ook bij betrokken. Maar ook een gehele groep patiënten, in dit geval ouderen met complexe problematiek. Het kan hier gaan om het bespreken van de wijze van doorverwijzing, bereikbaarheid, taakverdeling, het signaleren van knelpunten of tekorten in de zorg etc.

Het MDO heeft als doel: **Komen tot een gezamenlijk gedragen beleid om de geboden zorg af te stemmen en te anticiperen op mogelijke problemen en ten behoeve van het welbevinden van de oudere.**

Pluspunten

- Betere samenwerking;
- Vaststellen van een gezamenlijke opvatting over goede zorg;
- Verbetering van effectiviteit en doeltreffendheid;
- Continuïteit van zorg;
- Elkaar aanvullen qua deskundigheid en leren van elkaars werkwijze;
- Goed inschatten van de voor- en nadelen per discipline m.b.t. deelname aan het samenwerkingsverband;
- Signaleren van knelpunten of tekorten in de zorg.

Nadelen (belemmeringen)

- Het kost extra tijd (organisatie, coördinatie en het overleg zelf);
- Verlies van eigen identiteit;
- Trage besluitvorming;

- De disciplines werken in verschillende organisaties, waardoor planning van overleg moeilijk kan zijn;
- Het kan tot conflicten leiden (door o.a. tegengestelde doelen, verschillende normen, onduidelijke doelen).

Organisatie

Deelnemers

In het zorgproces zijn verschillende spelers te onderscheiden en is er één persoon eindverantwoordelijk, de huisarts. De huisarts zal taken delegeren aan de zorgcoördinator. Deze persoon is verantwoordelijk voor de praktische zaken en de afstemming met de oudere. Dit betreft bij zelfstandig wonende ouderen de POH of de wijkverpleegkundige (WVK).

De oudere zelf en/of een familielid neemt als regel niet deel aan het MDO, simpel omdat het MDO dan veel meer tijd vergt. Om de zorg goed aan te laten sluiten op de problemen en wensen van de oudere, vindt er zowel voor- als achteraf uitvoerig overleg met de oudere plaats, als regel door de zorgcoördinator. De oudere geeft, liefst schriftelijk, toestemming voor het houden van een MDO. De deelnemers aan het MDO kunnen wisselen per situatie.

Het kernteam van het MDO bestaat uit huisarts, POH en WVK. Eventueel nemen, op indicatie ook POH GGZ, trajectbegeleider dementie, paramedici, SO* en/of apotheker deel.

*Een SO kan adviserend deelnemen aan het MDO, ook als deze niet direct betrokken is bij de zorgverlening aan de betreffende oudere. Echter, het is zeer aan te raden om bij meer complexe problematiek de SO daadwerkelijk in consult te vragen, zodat deze zich zelf een oordeel kan vormen over de situatie van de oudere.

Frequentie

De frequentie van het houden van een MDO staat niet vast. In overleg en zo nodig kan een overleg ingepland worden. Idealiter vindt het MDO bij ouderen met complexe problematiek minimaal 1 keer per jaar plaats, zo mogelijk elke 6 maanden of zo vaak als nodig (na acute verslechtering en specifieke problemen). Tijdstip en plaats liggen vast. Per oudere is er ca. 15 min tijd. De zorgcoördinator ziet erop toe dat 'haar' oudere elke 6-12 maanden besproken wordt.

Uitvoering, taken en verantwoordelijkheden MDO

Hoe te starten?

- 1) overleg met de potentiële deelnemers:
 - is men het eens over de doelstelling van het MDO?
 - welke ouderen worden besproken, hoeveel zijn dat?
 - deze ouderen eens per jaar bespreken of vaker?
 - taakverdeling: planner, voorzitter, notulist
 - bespreek planning, tijdstip, locatie
 - samenstelling
 - opzet: hoeveel tijd, wat wordt voorbereid en door wie
- 2) voer de eerste MDO's (15 – 30 min per oudere)
- 3) evalueer het proces na 6 maanden: wat gaat goed, wat moet aangepast?

Vorbereiding MDO

	actie	wat	wie
1	Planning overleg	Datum, tijd, plaats, Welke patiënten Welke deelnemers	Planner

2	Agenda sturen ¹	Idem Tijdstip per patiënt aangeven	Planner
3	Probleeminventarisatie per patiënt ²	Adhv SFMPC-model	Zorgcoördinator
4	Voorbereiding per patiënt ³	Eigen dossier doornemen Informatie selecteren Vragen formuleren	Allen
5	Delen informatie	Geselecteerde informatie en geformuleerde vragen rondsturen	Allen

Uitvoering MDO

	actie	wat	wie
1	Welkom	Evt kort voorstelrondje Verslaglegging afspreken	Voorzitter ⁴
2	Per patiënt (tijdsbewaking!)	Probleeminventarisatie en geformuleerde vragen inbrengen	Zorgcoördinator
3		Algemeen zorgdoel formuleren / checken	Voorzitter
4		Problemen kiezen ter bespreking adhv wensen patiënt en risico analyse	Allen
5		Formuleren specifieke zorgdoelen per probleem	Allen
6		Interventies en evaluatie moment afspreken, inclusief 'wat als ...'	Allen
7		Keuzemogelijkheden en terugkoppeling naar de patiënt afspreken	Allen
8	Afsluiting	Afspraken verspreiding verslag ⁵ en tussentijdse communicatie Dankwoord	Voorzitter

¹ Minimaal 1 week voor het MDO wordt een agenda rondgestuurd (per mail).

² De zorgcoördinator stelt zich vooraf op de hoogte van de actuele problemen van de oudere en diens wensen en mogelijkheden, liefst aan de hand van een gestructureerde methode. Het aantal te bespreken problemen en vragen is per MDO praktisch gezien beperkt. Het is daarom zaak om snel overeenstemming te bereiken over de belangrijkste: welke vormen de grootste bedreiging voor het welbevinden van de oudere? Per gekozen probleem wordt een specifiek zorgdoel geformuleerd en worden mogelijke interventies besproken. Het liefst in de vorm van keuzes die met de oudere besproken kunnen worden. Als meer tijd nodig blijkt, dan wordt op kortere termijn een volgend MDO afgesproken.

³ Alle deelnemers bereiden zich voor op de te bespreken ouderen en nemen deze informatie ook mee: de actuele probleeminventarisatie en het oude zorgbehandelplan, een uitdraai van het HIS en een actuele medicatielijst, het zorgdossier (indien verzorging aanwezig). Allen formuleren vooraf gerichte vragen

⁴ Een succesvol MDO kent een strakke planning, alle deelnemers houden zich aan de regels voor efficiënt vergaderen. Het is de taak van de voorzitter om ervoor te zorgen dat de problemen en de deelnemende personen voldoende aan bod komen. Wie de voorzitter is, is niet heel relevant. Daarin kunnen per groep verschillende keuzes gemaakt worden.

⁵ Wie de notulist is, is niet heel relevant. Daarin kunnen per groep verschillende keuzes gemaakt worden. Van belang is dat dit vooraf goed afgesproken is, en dat men kort en helder verslag doet, zodat het ook voor afwezige hulpverleners duidelijk is.

Na het MDO

	actie	wat	wie
1	Verslaglegging	Algemene punten overleg	Notulist
2	Per patiënt ^{6,7}	Concept aanpassing zorgbehandelplan	Zorgcoördinator
3		Afstemming met patiënt	Zorgcoördinator
4		Definitief zorgbehandelplan opstellen en rondsturen	Zorgcoördinator
5		Uitvoeren interventies	Allen
6		Monitoring uitvoering en effect	Zorgcoördinator
7		Aanleveren verslag en informatie effect interventies	Allen
8	Agenda volgend MDO		Planner

⁶ De zorgcoördinator past het zorgbehandelplan aan. Alle deelnemers zijn zelf verantwoordelijk voor de notities in het eigen dossier.

⁷ Na het MDO wordt de oudere geïnformeerd over de gesignaleerde risico's en mogelijke interventies. Dit doet de zorgcoördinator. Als er belangrijke en specifiek medische interventies nodig zijn, zal de arts dit doen. Na instemming van de oudere worden de afgesproken interventies uitgevoerd. De zorgcoördinator ziet erop toe dat dit gebeurt en houdt een vinger aan de pols. Zij zorgt er ook voor dat er binnen de afgesproken evaluatietermijn informatie tav het verloop en effect van de interventie is en gedeeld wordt.

9.7 Bijlage 7: Theorie gedragsverandering

Terug aan het werk als gedragsverandering?



Situering

Het omgaan met fysieke beperkingen en/of chronische pijn vraagt een gedragsverandering van de klant. Hij staat immers voor de uitdaging om zijn/haar werkrol opnieuw in te vullen.

Motivatie voor deze gedragsverandering (nl. werk hervatten ondanks de fysieke beperkingen en/of chronische pijn) is afhankelijk van verschillende factoren: de inschatting van de kans op succes, het belang dat de klant hecht aan het opnieuw werken en de kosten die hiermee samenhangen (Geelen & Soons, 1996). Dit motivatiemodel (motivatie tot deelname aan het revalidatieproces) kan worden vertaald naar motivatie voor arbeidsbegeleiding met aandacht voor volgende factoren:

- inschatting door de klant dat de arbeidsbegeleiding zal resulteren in een positieve uitkomst d.i. een passende functie, functie die haalbaar is met de pijnklachten en/of fysieke beperkingen
- waarde die de klant toekent aan succesvolle arbeidsbegeleiding
- kosten die de klant heeft (materieel, fysiek, psychologisch, sociaal)

Om dit veranderingsproces als begeleider te kunnen ondersteunen, is inzicht in belangrijke modellen van gedragsverandering noodzakelijk.

In een traject naar werk, en in het Back@work traject (zelfmanagementprogramma met doel verhogen van arbeidsdeelname) wordt een voldoende motivatie van de klant gevraagd om actief deel te nemen aan het (groeps)traject en deze motivatie vervolgens om te zetten in concrete gedragsverandering.

Doelstelling

- Begeleiders vertrouwd maken met de fasen van gedragsverandering (transtheoretisch model van gedragsverandering, Prochaska & DiClemente, 1992)
- Herkennen in welke fase van gedragsverandering de klant zich bevindt en hieraan gepaste interventies kunnen koppelen d.i. de begeleiding hierop afstemmen.

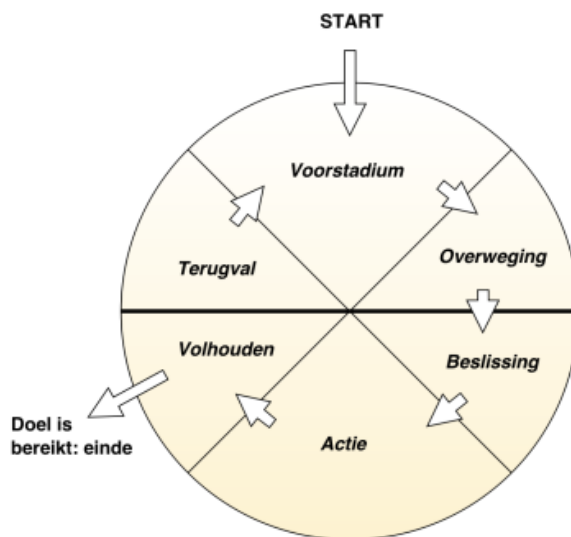
Medefinanciering door:   **Vlaanderen**
verbeelding werkt

Partners:      **UZ** doelgroepinstelling
Universitair Ziekenhuis Gent



FASEN VAN GEDRAGSVERANDERING (Prochaska & Diclemente):

1. Voorstadium (voorbeschouwing): In deze fase is men zich niet bewust van het feit dat men een probleem heeft. Er wordt niet herkend dat het gedrag negatieve gevolgen heeft voor zichzelf of de omgeving.
2. Overweging: Men begint over het probleem of de gevolgen daarvan voor zichzelf of de anderen na te denken en of een gedragsverandering zal helpen. Men staat open voor informatie over het probleem.
3. Beslissing: In deze fase beslist de persoon iets aan het probleem te willen doen en te willen veranderen. Er worden concrete plannen gemaakt hoe het probleem zal worden aangepakt. De motivatie tot deze gedragsverandering kan zowel extern als intern zijn.
4. Actie of fase van actieve verandering: De persoon is aan het werk met de verandering, waarbij het belangrijk is dat men een ondersteunend netwerk heeft.
5. Volhouden (consolideren van de ingezette verandering): je houdt je verandering vol. Als je dit goed vast kunt houden is je doel bereikt!
6. Terugval: je kunt ook terugvallen in je oude gewoonte. Dan begint de cirkel vaak weer bij stadium 2: de overweging.



Bron: www.doelenstellen.nl

TOEPASSING VAN HET MODEL

Wanneer we bovenstaand model toepassen op arbeidstrajectbegeleiding door VDAB, GTB of GOB, kan worden gesteld dat fasen waarin de klant zich bevindt bij aanmelding, variëren van 'voorstadium' tot 'beslissing'. Ook tijdens latere begeleiding (bijv. na start van stage, gedeeltelijke werkhervatting), kan dit model aanknopingspunten bieden. De klant komt dan in de fase 'volhouden' terecht of mogelijk 'terugval'.

Om te verduidelijken in welke fase van gedragsverandering de klant zich bevindt, kan je steunen op de Readiness To Change vragenlijst. Deze korte vragenlijst maakt gebruik van een aantal stellingen om te verduidelijken in welke fase de klant zich bevindt. Deze kan ook worden ingezet om na te gaan of de ingezamelde informatie in het gesprek bij de verwachte fase (door de begeleider ingeschat) aansluit.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de verschillende fasen en worden tips voor de begeleiders om gericht te ondersteunen beschreven.

Fase voorstadium (pre-contemplatie)

- Indicatief voor de fase 'voorstadium' kunnen volgende gedragingen zijn: (1) vraag van doorverwijzer (behandelend arts of adviserend geneesheer ziekenfonds) om stappen richting werk te zetten, maar geen werkgerelateerde hulpvraag van de klant, (2) niet nakomen van afspraken, (3) niet volbrengen van huiswerkopdrachten, etc.
- De klant is nog op zoek naar een medische oplossing of verklaring voor het probleem, waardoor de motivatie voor gedragsverandering hier zeer klein is. De klant staat niet open voor instandhoudende of versterkende psychologische en sociale factoren.
- In deze fase heeft de klant niet de intentie aanpassingen te doen, d.i. niet de intentie om – ondanks de fysieke beperkingen en/of chronische pijn – stappen richting werk te zetten. Andere actoren kunnen dit wel van hem verwachten of vragen, maar dit is een gedragsverandering die de klant (nog) niet zelf wil.
- De klant voelt zich hier vaak in de steek gelaten en krijgt te horen dat hij moet leren leven met de pijn, maar kan hier niet mee verder.
- Het motivationele stadium kan worden getypeerd als "ongeïnteresseerd", de klant is nog niet bereid om het probleem op te lossen en stappen richting werk te zetten.
- Tips voor begeleiders
 - niet zinvol om informatie te geven over hoe gedrag kan worden veranderd, over hoe stappen richting werk kunnen worden gezet, aangezien klant niet overweegt om zijn gedrag te veranderen.
 - inzicht verhogen in functioneren; in eigen denken, handelen en voelen (inzicht als vertrekpunt voor gedragsverandering die de klant zelf wil)



- Verduidelijken van de nadelen van het huidige gedrag (niet 'werken') en klant hier bewust laten van worden
- Inzetbaarheid pijneducatie om klant te verduidelijken dat een bio-psycho-sociaal denkkader belangrijk is.
- opdrachten: pijn-gevolgenmodel / psychoeducatie chronische pijn

Fase overweging (contemplatie)

- Verandering (binnen komende zes maanden) wordt overwogen, maar de klant maakt geen plannen om op korte termijn (binnen de maand) te veranderen.
- Kenmerkend voor de fase 'overweging' is de dubbele houding van de klant: enerzijds staat deze wel open voor het regulier of gespecialiseerd aanbod, maar anderzijds zijn er veel bezorgdheden en twijfels of stappen richting werk nu reeds haalbaar zijn en niet beter worden gezet in de nabije toekomst
- Wisselen tussen "ik wil wel stappen zetten richting werk" en "ik wil geen stappen zetten richting werk".
- Klant ziet het nut in van gedragsverandering, maar acht zichzelf nog niet in staat om het te proberen.
- Tips voor begeleiders
 - Stel de klant gerust dat twijfel normaal is en veel gevallen leidt tot een beslissing die goed overwogen is. Echter, deze twijfel/ambivalentie (ik wel en ik wil niet) wel aan de orde stellen m.b.v. opdracht "voor- en nadelen van veranderen of niet veranderen"
 - Kader deze ambivalentie als een teken van betrokkenheid bij oplossen van het probleem.
 - Peil naar de eigen effectiviteitsverwachting en zelfvertrouwen & versterk deze
 - Motivatie wordt mee bepaald door de belangrijkheid van de gedragsverandering.
 - Nagaan of sociale invloeden of een gebrek aan vaardigheden de verandering remmen

Fase voorbereiding

- Deze fase typeert zich dan weer door een klant met een duidelijke werkgerelateerde hulpvraag die voor zichzelf heeft uitgemaakt dat stappen richting werk dienen te worden gezet.
- De klant ziet het nut van gedragsverandering in en wil het proberen. De klant heeft concrete plannen om zijn gedrag op korte termijn te veranderen.
- De insteek hiervoor kan zowel intrinsiek (bijv. gevoel van opnieuw iets betekenen, zich nuttig voelen) als extrinsiek (hogere verloning in vergelijking met de uitkering, meer aanzien van directe omgeving).
- Tips voor begeleiders



- Ondersteun bij het versterken van het zelfvertrouwen, het geloof in eigen kunnen
- Help bepalen wat de beste strategie is om tot verandering te komen
- Opdrachten: kwaliteiten benoemen en concreet maken, werken met haalbare en concrete tussenstappen (die succeservaring vormen), nadenken over positieve uitzonderingen, vaardigheidstraining om meer te geloven in eigen mogelijkheden

Actiefase

- De klant is bezig om zijn gedrag te veranderen en zet stappen richting werk onder de vorm van herscholing, stage, ...
- Tips voor begeleiders
 - Ga na of de klant voldoende overtuigd is van zijn/haar mogelijkheden om opnieuw te werken in het normaal economisch circuit
 - Benadruk het belang van ondersteuning door de sociale omgeving en peil of deze voorwaarde voldaan is. Bij bezorgdheden vanuit de partner en/of familie, nodig de klant uit om hen te betrekken bij de begeleidingsgesprekken

Fase van gedragsbehoud

- De klant is reeds zes maanden aan het werk (gedeeltelijke werkhervatting of voltijds werken)
- Tips voor begeleiders
 - Om de overgang van actie naar gedragsbehoud te ondersteunen, is het maken van een planning belangrijk.
 - Ook tijdens de eerste zes maanden is het belangrijk het doelgedrag positief te bevestigen
 - Help de klant aandacht te hebben voor (mogelijke) terugval en een strategie te hebben indien nodig

Fase 'terugval'

- Tips voor begeleiders
 - Ga samen met de klant op zoek naar momenten waarin er geen sprake was van terugval eerder dan te focussen op het waarom van de terugval (bijv. bij vroegtijdig afronden van de gedeeltelijke werkhervatting). Ga na of er positieve uitzonderingen zijn en of deze opnieuw kunnen worden ingezet
 - Help de klant opnieuw door het veranderingsproces te gaan



ALGEMENE TIPS VOOR BEGELEIDERS

- Het aangereikte model is ondersteunend omdat het helpt te zien in welke fase van verandering de klant zich bevindt.
- Het is de klant die de beslissing moet nemen tot gedragsverandering! Als begeleider kan je wel opdrachten aanreiken om inzicht te realiseren en deze gedragsverandering aldus te initiëren. Inzicht in eigen denken, handelen en voelen is immers het begin van gedragsverandering. Dit inzicht kan worden bevorderd door bijv. pijneducatie (bio-psycho-sociaal model) en de andere opdrachten.
- De begeleidingsbehoefte hangt af van het motivationele stadium.
- Stel voor advies te geven i.p.v. ongevraagd informatie en advies te geven en doe dit op een neutrale manier, geef verschillende mogelijkheden en vraag na wat de klant vindt van de informatie.
- Door gedragsverandering (opnieuw aan het werk gaan) verdwijnt de pijn en/of fysieke beperking niet, maar leert de klant er wel beter mee te omgaan en actiever te zijn met ondermeer opnieuw werken.
- Technieken van motivationeel interview kunnen worden ingezet om klanten te ondersteunen in dit veranderingsproces

TECHNIEKEN MOTIVATIONEEL INTERVIEWEN

- Stel open vragen: deze tonen interesse van de begeleider en geven de klant de kans om vrij te reageren. bijv. hoe ziet uw huidige dagindeling eruit? wat zou voor u helpen? Welke informatie mist u op dit moment?
- Ondersteun en bevestig. De ondersteuning moet gericht zijn op het gedrag, maar niet op de persoon.
- Geef samenvattingen om te peilen of je het goed begrepen hebt
- Luister actief
- Werk met veranderingsuitspraken van de klant (wat zijn de redenen voor de klant om het gedrag te veranderen: hoe hebben zij dit verwoord?)

BRONNEN

Motivational interviewing. Een bewerking van het artikel 'Voorlichtingsmethodieken Motivational interviewing diabeteszorgbeter (januari 2007).

Geelen, R. & Soons, P. (1996). Rehabilitation: An everyday motivation model. *Patient Education and Counseling*, 28, 69-77.



Vrije vertaling van de Readiness To Change Vragenlijst

Als je herstelt van een aandoening of een ziekte, is het normaal dat je door verschillende fases gaat. Wij zijn geïnteresseerd in hoe je staat ten opzichte van terugkeer naar werk op dit moment.

Er is geen juist of fout antwoord.

Lees de beschrijving en markeer het vierkantje dat het meest past bij hoe je u momenteel voelt.

Ik ben niet echt aan het denken aan een terugkeer naar het werk op dit moment.
Ik ben bezorgd over mijn herstel en kan op dit ogenblik niet aan werk denken.

Ik denk aan mijn terugkeer naar werk, maar heb nog geen plannen om terug te keren naar werk gemaakt.
Ik denk aan mijn terugkeer naar werk, maar ik voel dat de tijd er nog niet klaar voor is.

Ik ben gestart met het maken van plannen over terugkeer naar werk.
Ik ben gestart met mezelf te testen door dagelijkse activiteiten uit te voeren om te zien of ik klaar ben.
Ik heb mijn terugkeer naar werk besproken met mijn werkgever en/of dokter.
Ik verwacht in de nabije toekomst terug te keren naar werk.

Ik heb een specifieke datum waarop ik het werk zal hervatten.
Ik weet welke taak en welke uren ik zal werken wanneer ik terugkeer naar mijn werk.
Ik heb mijn werkplek bezocht en ik heb specifieke plannen gemaakt met mijn werkgever.

Ik ben teruggekeerd naar mijn werk.
Ik gebruik veiligheidsmaatregelen om toekomstige kwetsuren te voorkomen.
Ik werk binnen mijn mogelijkheden.
Ik gebruik technieken die ik tijdens mijn herstel gebruikte om me te helpen bij mijn tewerkstelling.

En het gaat goed: JA

NEE