

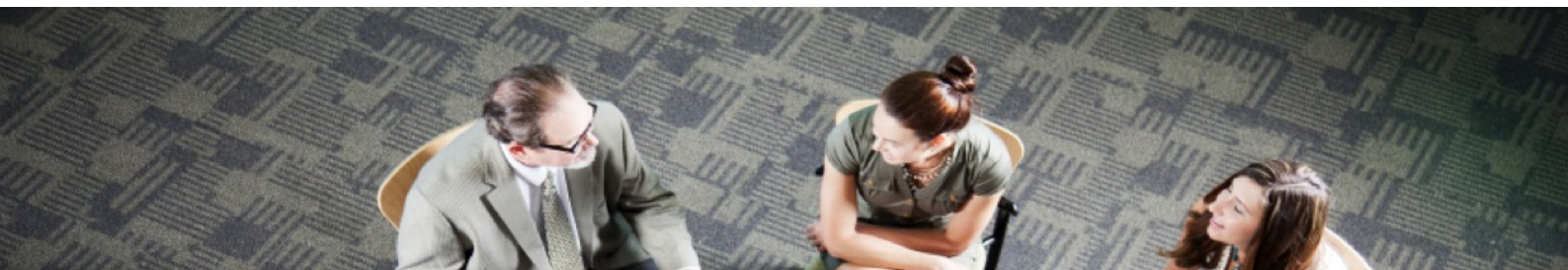
# Project zorgverbetering

‘Werken aan zorgverbetering’

---

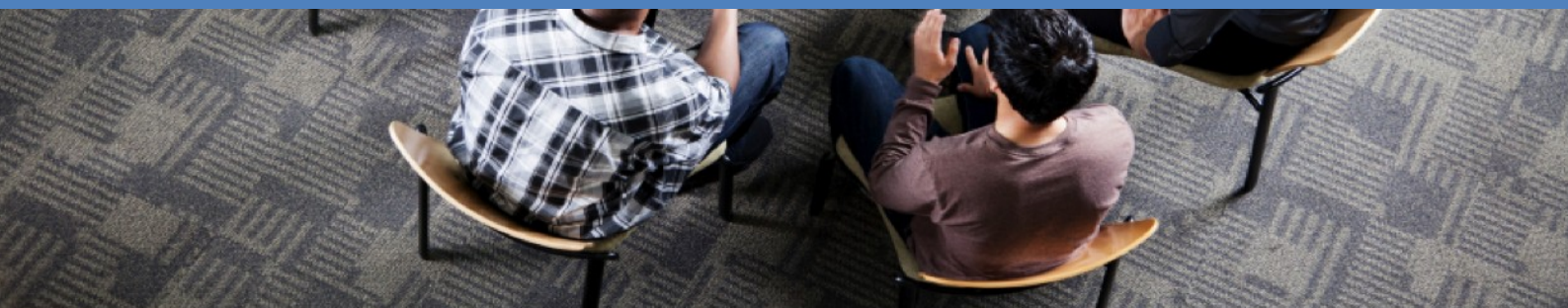
## Draaiboek

Lotgenotencontactbijeenkomst voor  
ex-IC-patiënten en hun naasten



### *Lotgenotencontact & Intensive Care:*

*Op welke wijze kan lotgenotencontact effectief ingezet worden in aanvulling op de huidige Intensive Care nazorg van het Universitair Medisch Centrum Utrecht?*



Family and Patient Centered Intensive Care  
*Samen de impact van een IC - opname beperken*



**UMC Utrecht**

## INHOUDSOPGAVE

<b>1 INLEIDING.....</b>	<b>3</b>
<b>2 INHOUD DRAAIBOEK.....</b>	<b>4</b>
2.1 DOELSTELLING.....	4
2.2 VOORBEREIDING.....	4
2.2.1 Voorlichting.....	4
2.2.2 Wijze van uitnodigen.....	4
2.2.3 Rol van de Naasten.....	5
2.3 INVULLING VAN DE LOTGENOTENBIJEENKOMST .....	5
2.3.1 Grootte van de groep .....	5
2.3.2 Thema's .....	5
2.3.3 Sprekers.....	5
2.3.4 Creëren van contact .....	5
2.3.5 Mogelijke dagindeling.....	6
2.4 BEGELEIDING.....	6
2.5 FACILITEITEN .....	7
2.5.1 Locatie .....	7
2.5.2 Duur.....	7
2.5.3 Financiering.....	7
2.6 EVALUATIE EN EFFECTMETING .....	9
2.7 TIJDSPLANNING .....	11
<b>BIJLAGE 1: HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE .....</b>	<b>13</b>

## 1 INLEIDING

De laatste jaren wordt steeds duidelijker wat de gevolgen zijn van een opname op de afdeling Intensive Care (IC) voor patiënten en hun naasten. Zo krijgen patiënten te maken met allerlei gezondheidsproblemen, zoals fysieke, cognitieve en psychische beperkingen.

Deze beperkingen worden sinds 2012 ondergebracht in het Post Intensive Care Syndroom (PICS). Ook familieleden blijken last te krijgen van psychische klachten. Deze klachten worden ondergebracht in het Post Intensive Care Syndroom Familie (PICS-F). In dit draaiboek wordt de familie en de rest van het sociale systeem van de patiënt aangeduid met 'naasten'.

Ex-IC-patiënten en hun naasten zouden veel steun kunnen hebben aan de faciliteiten van patiëntenverenigingen. Een dergelijke vereniging voor ex-IC-patiënten bestaat niet, waardoor lotgenotencontact alleen mogelijk is bij patiëntenverenigingen van onderliggende ziektes. Patiënten en hun naasten kunnen daar evenwel niet terecht met hun specifieke PICS-klachten.

De stichting Family and patient Centered Intensive Care (FCIC) wil in samenwerking met de IC-nazorgpoli van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) een IC-nazorg-interventie ontwikkelen, waarbinnen groepsgericht lotgenotencontact voor ex-IC-patiënten en hun naasten mogelijk is. Het doel van dit lotgenotencontact is onderlinge uitwisseling van ervaringen en het bieden van emotionele steun.

Voor de stichting FCIC en het UMCU werd onderzoek uitgevoerd naar de wijze waarop groepsgericht lotgenotencontact voor de IC-populatie het best georganiseerd kan worden, en hoe deze interventie geïmplementeerd en getest kan worden op effectiviteit.

In dit draaiboek wordt een groepsgerichte lotgenoten IC-nazorginterventie beschreven. Deze wordt in het vervolg van dit draaiboek de 'zorginnovatie' genoemd. Deze zorginnovatie is opgebouwd uit aanbevelingen van het verbeterplan (het onderzoek). Het doel van de zorginnovatie was om landelijk en/of regionaal geïmplementeerd te kunnen worden.

Het is echter zo dat niet alle aanbevelingen toepasbaar bleken voor landelijke en/of regionale implementatie. Dit komt omdat de aanbevelingen zijn geschreven voor de context van het IC-centrum binnen het UMCU. De zorginnovatie zal voor landelijke en/of regionale implementatie moeten worden aangepast aan de mogelijkheden van de lokale praktijksituatie.

De zorginnovatie zal binnen het UMCU eerst worden ingezet als pilot om na de effect-evaluatie geïmplementeerd te worden als volledige zorginnovatie (post-pilotfase) of als landelijke/regionale IC-nazorginterventie.

Het draaiboek zal als handleiding fungeren voor het organiseren van een lotgenotencontact-bijeenkomst voor ex-IC-patiënten en hun naasten binnen het IC-centrum van het UMCU. De onderwerpen van de zorginnovatie die in dit draaiboek worden behandeld zijn doestelling, voorbereiding, invulling, begeleiding, faciliteiten, meten van het effect, en de tijdsplanning.

## 2 INHOUD DRAAIBOEK

### 2.1 DOELSTELLING

Het lotgenotencontact moet gericht zijn op reductie van stress, angst en depressieve klachten gerelateerd aan een IC-opname. Een ander doel is om een betere coping te stimuleren middels het bieden van steun en het verschaffen van informatie over het leven met de post-IC-gezondheidsproblematiek.

### 2.2 VOORBEREIDING

#### 2.2.1 VOORLICHTING

Op de afdeling IC en de IC-nazorgpoli moeten patiënten en naasten geïnformeerd worden over de mogelijkheid van lotgenotencontact. Zij moeten goed voorgelicht worden over de inhoud van de lotgenotenbijeenkomst middels de IC-nazorgfolder, de website van het IC-centrum of middels mondelinge voorlichting. Voorafgaand aan ontslag kan informatie gegeven worden door de IC-verpleegkundigen. Na ontslag kan informatie worden gegeven door de Consultatief Intensive care Verpleegkundige (CIV) of IC-nazorgpoliverpleegkundigen. Tevens kan informatie gegeven worden via de website van het IC-centrum of via de IC-nazorgfolder (de voorlichting is in de pilotfase nog niet van belang).

#### 2.2.2 WIJZE VAN UITNODIGEN

Ex-IC-patiënten die langer dan 48 uur werden opgenomen, géén psychiatrische voorgeschiedenis hebben en behoefte hebben aan lotgenotencontact, moeten uitgenodigd worden voor de lotgenoten-bijeenkomst. Zowel patiënten die op de IC-nazorgpoli verschijnen als de patiënten die *niet* op de IC-nazorgpoli verschijnen, moeten uitgenodigd worden. In de pilot worden de deelnemers alleen via de IC-nazorgpoli of per brief/e-mail uitgenodigd.

Lotgenotenbijeenkomsten moeten in de communicatie naar de patiënt *nazorgdag* of *terugkomdag* genoemd worden.

Er moet rekening worden gehouden bij het uitnodigen *per brief* of *per e-mail* dat 11 tot 30 procent van de genodigde patiënten en hun naasten zullen verschijnen. Bij de uitnodiging kan een deelnamebevestiging met een portvrije envelop gevoegd worden, of deelnemers kunnen de uitnodigings-e-mail beantwoorden, zodat zij kunnen laten weten of ze aanwezig zullen zijn.

Patiënten en hun naasten (die via de website of folder geïnformeerd zijn) die minder dan 48 uur opgenomen zijn geweest, maar wel behoefte hebben aan lotgenotencontact, kunnen voor deelname telefonisch contact opnemen met de IC-nazorgverpleegkundigen.

---

### 2.2.3 ROL VAN DE NAASTEN

Naasten en nabestaanden dienen altijd voor de lotgenotenbijeenkomst uitgenodigd te worden. Nabestaanden worden uitgenodigd voor een aparte bijeenkomst.

## 2.3 INVULLING VAN DE LOTGENOTENBIJEENKOMST

---

### 2.3.1 GROOTTE VAN DE GROEP

De groep mag maximaal uit 25 aanwezigen bestaan, exclusief de begeleidende IC-verpleegkundigen. Wanneer er meer dan 25 deelnemers worden uitgenodigd of worden verwacht op dezelfde dag, dan moet deze groep verdeeld worden over verschillende ruimten zodat de maximale aanwezigheid van 25 deelnemers niet overschreden wordt.

---

### 2.3.2 THEMA'S

Lotgenotenbijeenkomsten moeten gericht zijn op het verstrekken van informatie en het bieden van steun. Thema's die besproken moeten worden zijn de klachten en ervaringen van de periode tijdens en na de IC-opname. Voorbeelden hiervan zijn delier, geluiden en beelden van de IC, de ervaring vanuit het perspectief van de patiënt (door een ervaringsdeskundige), de lichamelijk-, psychische- en cognitieve problematiek van het PICS, het leven met het PICS en re-integratie in de maatschappij. Ook moet er stil worden gestaan bij de ervaringen van de naasten.

---

### 2.3.3 SPREKERS

Sprekers kunnen zijn: intensivisten, ervaringsdeskundigen en IC-verpleegkundigen.

---

### 2.3.4 CREËREN VAN CONTACT

Om het lotgenotencontact te stimuleren moet er in kleine groepen een mogelijkheid gecreëerd worden om ervaringen uit te wisselen. Dit kan in de vorm van het presenteren van stellingen of het inzetten van discussiegroepen.

Voorbeelden van stellingen:

- *'Tijdens mijn IC-opname liepen dromen en werkelijkheid door elkaar.'*
- *'Ik heb de IC-opname anders beleefd dan mijn partner/naasten.'*
- *'Toen ik de IC kon verlaten en op de gewone afdeling kwam, was alles anders.'*
- *'Sinds mijn IC-opname ben ik nooit meer de oude geworden.'*

### 2.3.5 MOGELIJKE DAGINDELING

Door de projectgroep werd een dagindeling opgesteld voor een lotgenotenbijeenkomst. In overleg met de organisatoren kan hiervan afgeweken worden.

- 12.00 uur: Start van de middag door de voorzitter van de dag.
- 12.15 uur: Plenaire presentatie door een intensivist over een IC-opname en daarna.
- 12.45 uur: Presentatie door een ervaringsdeskundige over de ervaringen op de IC en ná de IC.
- 13.15 uur: Koffie- en lunchpauze met mogelijkheid tot lotgenotencontact.
- 14.00 uur: In groepen materialen van de IC bekijken of onder begeleiding de IC opnieuw bezoeken.
- 15.00 uur: Koffiepauze met de mogelijkheid tot lotgenotencontact.
- 15.30 uur: Presentatie van stellingen door de voorzitter die bediscussieerd worden en daarna plenair kort besproken.
- 16.30 uur: Afsluitend woord door de voorzitter en tijd voor vragen.
- 17.00 uur: Einde van de middag (uitdeling van evaluatieformulieren aan de deelnemers).

### 2.4 BEGELEIDING

Begeleiders zijn IC-verpleegkundigen en IC-nazorgverpleegkundigen. Zij moeten voorafgaand aan de lotgenotenbijeenkomst een klinische les krijgen over de taken van een begeleider en de randvoorwaarden van een lotgenotenbijeenkomst (tabel 1). Er moet een voorzitter aanwezig zijn die tijdens de bijeenkomst de randvoorwaarden van de bijeenkomst bewaakt. De voorzitter kan bij de voorbereidende klinische les aanwezig zijn om op de hoogte gesteld te worden van de randvoorwaarden (tabel 1).

Taken van een begeleider	Randvoorwaarden lotgenotencontact
<ul style="list-style-type: none"><li>• Treedt op als aanspreekpunt.</li><li>• Draagt informatie over.</li><li>• Biedt steun en aanmoediging.</li><li>• Toont begrip voor behoeftes en verwachtingen van patiënt (empathie).</li><li>• Leidt discussies over emotieservaringen.</li><li>• Adviseert.</li><li>• Helpt de weg te vinden in gezondheidsbureaucratie (tips)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Er zijn duidelijke doelen.</li><li>• Vriendelijk, toegankelijk en uitnodigend zijn.</li><li>• Mensen moeten zelf iets kunnen bijdragen.</li><li>• Mensen moeten zich gewaardeerd voelen.</li><li>• Groepsleden moeten actief zijn.</li><li>• Er is een goede groepsdynamiek.</li><li>• Maatwerk van de groep is van belang voor gelijkwaardigheid.</li><li>• Aanwezigheid en zichtbaarheid.</li><li>• Plezier maken is belangrijk.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionals/vrijwilligers.</li> <li>• Gelijkwaardigheid in de groep.</li> <li>• Professionals kunnen door geen gelijkwaardigheid frictie in groepen veroorzaken.</li> <li>• Geen medische adviezen geven.</li> <li>• De professional moet als trainer/coach aan de zijlijn optreden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iedereen moet deelnemen.</li> <li>• Minimum en maximum aantal personen: passende groeps grootte.</li> <li>• Van groep en begeleiders wordt het vermogen verwacht om meer dan in termen van ziek zijn te denken.</li> <li>• Rol en ervaring van de begeleider.</li> <li>• Stilstaan bij het individu in de groep.</li> <li>• Luisteren en inleven door deelnemers en begeleiders.</li> <li>• Je willen en kunnen uiten voor de groep over dingen die je dwarszitten.</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 1: Taken begeleider en randvoorwaarden

## 2.5 FACILITEITEN

### 2.5.1 LOCATIE

Lotgenotenbijeenkomsten worden bij voorkeur buiten het ziekenhuis georganiseerd en moeten gemakkelijk bereikbaar en toegankelijk zijn. Wanneer een lotgenotenbijeenkomst buiten het ziekenhuis wordt georganiseerd moeten beelden, geluiden en materialen van de IC betrokken worden.

Wanneer lotgenotencontact in het ziekenhuis plaatsvindt, moet de mogelijkheid gecreëerd worden om in kleine groepen, onder begeleiding, de IC te kunnen bezoeken.

De locatie moet minimaal twee maanden voor de zorginnovatie gereserveerd worden.

### 2.5.2 DUUR

De totale duur van een lotgenotenbijeenkomst mag maximaal vier tot vijf uur zijn. Door de cognitieve problematiek is concentratie gedurende langere tijd een lastige opgave voor ex-IC-patiënten. Er moeten ruime pauzes ingelast worden, met mogelijkheid tot eten en drinken, zodat deelnemers ervaringen kunnen uitwisselen.

### 2.5.3 FINANCIERING

De lotgenotenbijeenkomst moet gebudgetteerd worden vanuit het afdelingsbudget. Het overzicht van de globale kosten zijn beschreven in tabel 2.

Benodigheden	Totale kosten
Kosten voor de uitnodiging	Envelop en portvrije envelop: € 0,73 /envelop Per pagina: € - /A4
Kosten voor promotie	Per poster A3: € 0,10 /A3

<b>Locatie/Zaal</b> Malibaan Vredenburg Neude Domplein	-
<b>Beamer, projectiescherm, PC en muis, inclusief Wifi</b>	€ 75,- per set
<b>Catering:</b>	Basis: € 3,50 /persoon Royal: € 4,25 /persoon Sloffe lunch: € 4,75 /persoon Luxe lunch: € 5,85 /persoon Extra krentenbollen: € 0,75 /bol Extra fruit: € 0,90 /stuk Koffie/thee: € 0,80 /persoon Melk/Karnemelk € 1,95 /liter Sap (bio): € 2,95 /75cl
<b>Verpleegkundigen voor de begeleiding</b>	-
<b>Sprekers</b>	-

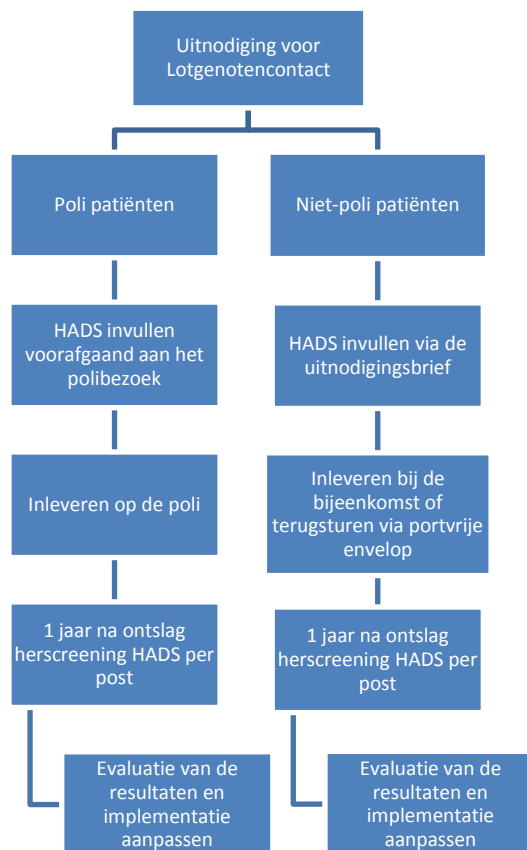
Tabel 2: Globale kosten van de lotgenotenbijeenkomst



## 2.6 EVALUATIE EN EFFECTMETING

Aan het einde van een lotgenotenbijeenkomst moet met de deelnemers aan de bijeenkomst (patiënten, naasten, nabestaanden en zorgprofessionals) geëvalueerd worden welke organisatorische kenmerken verbeterd kunnen worden, evenals de vraag of de interventie-intensiteit veranderd zou moeten worden. Dit kan middels een brainstormsessie of via e-mail/per post.

Voor het effect van lotgenotencontact, zie doelstelling (hoofdstuk 2.1). De Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), uit de huidige situatie, moet gebruikt worden om het effect van het lotgenotencontact te meten. Voorafgaand aan een poli-bezoek wordt de HADS ingevuld (bijlage 1).



worden.

Stroomdiagram 1: HADS score

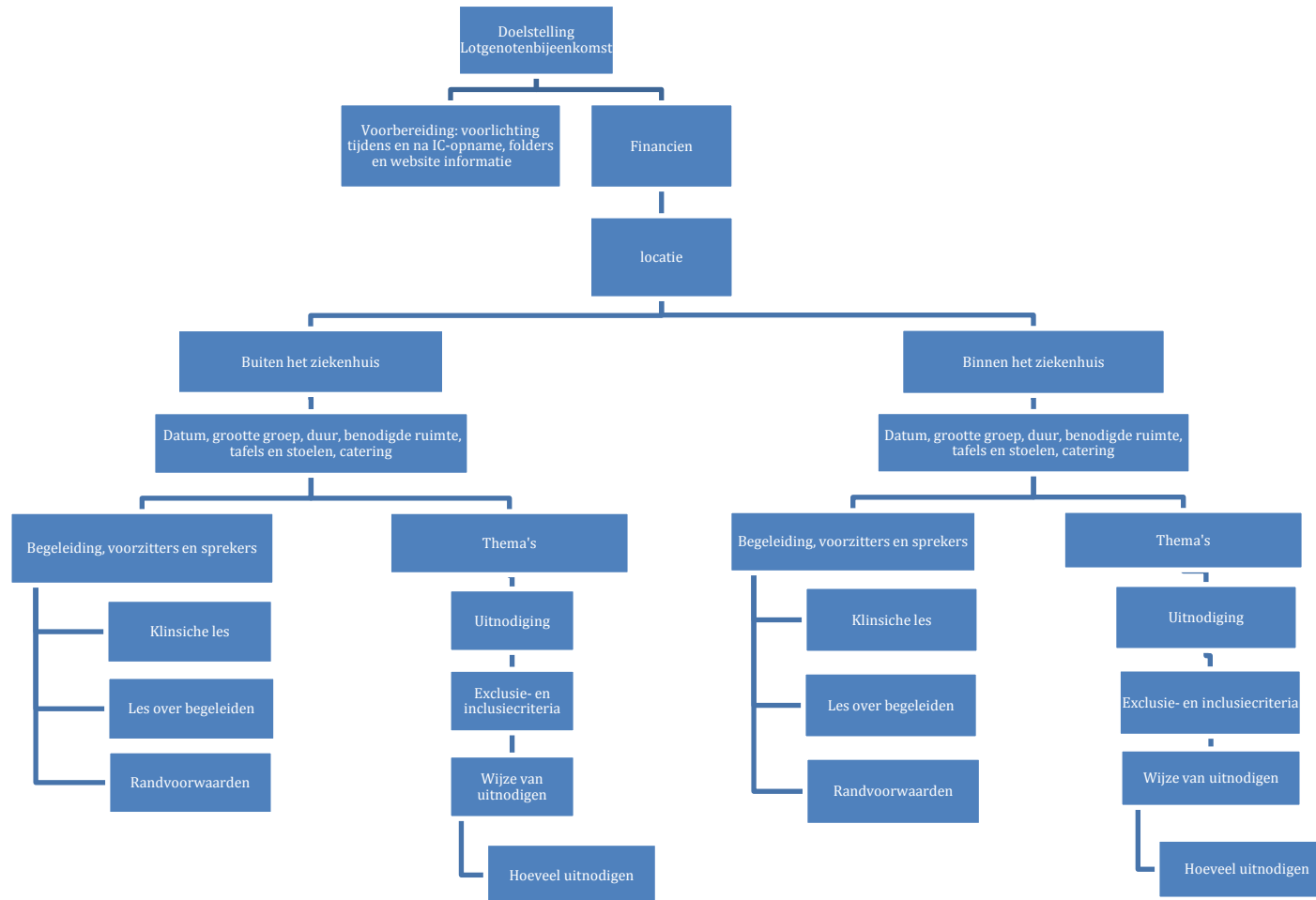
Het is de vraag of de bijeenkomst effectief is in deze intensiteit en in deze vorm. Ook is het onduidelijk of de meting nog wel betrouwbaar is na 1 jaar follow up omdat vele factoren invloed kunnen hebben op de HADS-score. Dit zal allemaal geëvalueerd moeten worden na uitvoering van de zorginnovatie en aan het einde van de pilot-fase. Om de evaluatie en het effect bij zowel patiënten als naasten te meten moeten er minimaal drie evaluatie/HADS-formulieren per post of per e-mail worden verstuurd.

Patiënten en naasten die niet op de nazorg-poli verschijnen, maar wel worden uitgenodigd voor een lotgenotenbijeenkomst, wordt gevraagd de HADS - welke bijgevoegd is bij de uitnodiging - voorafgaand aan de bijeenkomst in te vullen. Deze HADS-vragenlijst moeten zij op de dag van de bijeenkomst op de locatie inleveren of moet via de portvrije envelop teruggestuurd worden (stroomdiagram 1). Er moet in de follow up-vragenlijst na één jaar de vraag toegevoegd worden of patiënt of naasten geparticipeerd hebben in een IC-lotgenotenbijeenkomst. De één jaar follow up HADS-resultaten moeten worden vergeleken met de nulmeting. Deze resultaten kunnen weer vergeleken worden met de resultaten uit het verleden (voor de organisatie van het lotgenotencontact). Als de resultaten positief zijn moet de bijeenkomst vervolgens worden geïmplementeerd. Als de resultaten neutraal of negatief zijn, moet er gekeken worden hoe de lotgenoten-nazorginterventie verbeterd kan



## 2.7 TIJDSPLANNING

### 2.7.1 WORKFLOW ORGANISATIE



Workflow 1: Organisatie en lotgenotenbijeenkomst

## 2.7.2 STROKENPLANNING ORGANISATIE

Week <span style="font-size: small;">→</span>	1	3	4	5-7	8-10	11	12	13	14
<b>Start organisatie lotgenotencontact</b>									
<b>Voorlichting (niet in pilot)</b>	<i>(Hele jaar door)</i>								
<b>Financiën</b>									
<b>Locatie (datum, grootte groep, duur, ruimte)</b>									
<b>Thema's</b>									
<b>Begeleiders, voorzitter, sprekers</b>									
<b>Uitnodigingen</b>									
<b>Verzamelen respons</b>									
<b>Catering, tafels en stoelen, dag planning, PowerPoint indienen</b>									
<b>Begeleidingstraining</b>									
<b>Lotgenotencontactdag</b>									

*Strokenplanning 1: Organisatie van de lotgenotenbijeenkomst*

## BIJLAGE 1: HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

### Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Onderstaande vragen gaan over emoties. Lees iedere vraag en kruis het antwoord aan dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende de afgelopen 7 dagen gevoeld heeft aan. Denk niet te lang na over uw antwoord. Uw eerste reactie op elke vraag is waarschijnlijk betrouwbaarder dan een lang doordacht antwoord.

#### **1 Ik voel me gespannen**

- Meestal
- Vaak
- Af en toe, soms
- Helemaal niet

#### **2 Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot**

- Zeker zo veel
- Niet zo veel als vroeger
- Weinig
- Haast helemaal niet

#### **3 Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren**

- Heel zeker en vrij erg
- Ja, maar niet zo erg
- Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over
- Helemaal niet

#### **4 Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien**

- Net zoveel als vroeger
- Niet zo goed als vroeger
- Beslist niet zoveel als vroeger
- Helemaal niet

#### **5 Ik maak me vaak ongerust**

- Heel erg vaak
- Vaak
- Af en toe, maar niet vaak
- Alleen soms

#### **6 Ik voel me opgewekt**

- Helemaal niet
- Niet vaak
- Soms
- Meestal

**7 Ik kan rustig zitten en me ontspannen**

- Zeker
- Meestal
- Niet vaak
- Helemaal niet

**8 Ik voel me alsof alles moeizamer gaat**

- Bijna altijd
- Heel vaak
- Soms
- Helemaal niet

**9 Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag**

- Helemaal niet
- Soms
- Vrij vaak
- Heel vaak

**10 Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk**

- Zeker
- Niet meer zoveel als ik zou moeten
- Waarschijnlijk niet zoveel
- Evenveel interesse als vroeger

**11 Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben**

- Heel erg
- Tamelijk veel
- Niet erg veel
- Helemaal niet

**12 Ik verheug me van tevoren al op dingen**

- Net zoveel als vroeger
- Een beetje minder dan vroeger
- Zeker minder dan vroeger
- Bijna nooit

**13 Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst**

- Zeer vaak
- Tamelijk vaak
- Niet erg vaak
- Helemaal niet

**14 Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma**

Vaak	<input type="checkbox"/>
Soms	<input type="checkbox"/>
Niet vaak	<input type="checkbox"/>
Heel zelden	<input type="checkbox"/>

## **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Scoringsinstructies**

### **Praktische bruikbaarheid**

Het invullen van de HADS kost 5 minuten. De items worden beantwoord op een 4-puntsschaal (0-3). Opsomming van de scores op de items kost 1-2 minuten en resulteert in een score range van 0-21 voor de depressie- en angstschaal. Hoge scores wijzen op meer klachten. Een score tussen 0 en 7 sluit depressie/angststoornis uit. Een score van 8-10 wijst op een mogelijke depressie/angststoornis. Een score van 11-21 is indicatief voor een vermoedelijke depressie/angststoornis.

### **Scoringsinstructies - Angstsubschaal**

#### **1. Ik voel me gespannen:**

Meestal = 3  
 Vaak = 2  
 Af en toe, soms = 1  
 Helemaal niet = 0

#### **3. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren:**

Heel zeker en vrij erg = 3  
 Ja, maar niet zo erg = 2  
 Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over = 1 Helemaal niet = 0

#### **5. Ik maak me vaak ongerust:**

Heel erg vaak = 3  
 Vaak = 2  
 Af en toe maar niet te vaak = 1  
 Alleen soms = 0

#### **7. Ik kan rustig zitten en me ontspannen:**

Zeker = 0  
 Meestal = 1  
 Niet vaak = 2  
 Helemaal niet = 3

#### **9. Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag:**

Helemaal niet = 0  
 Soms = 1  
 Vrij vaak = 2

Heel vaak = 3

**11. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben:**

Heel erg = 3

Tamelijk veel = 2

Niet erg veel = 1

Helemaal niet = 0

**13. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst:**

Zeer vaak = 3

Tamelijk vaak = 2

Niet erg vaak = 1

Helemaal niet = 0

Scoringsinstructies – Depressiesubscalaal

**2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot:**

Zeker zo veel = 0

Niet zo veel als vroeger = 1

Weinig = 2

Haast helemaal niet = 3

**4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien:**

Net zoveel als vroeger = 0

Niet zo goed als vroeger = 1

Beslist niet zoveel als vroeger = 2

Helemaal niet = 3

**6. Ik voel me opgewekt:**

Helemaal niet = 3

Niet vaak = 2

Soms = 1

Meestal = 0

**8. Ik voel me alsof alles moeizamer gaat:**

Bijna altijd = 3

Heel vaak = 2

Soms = 1

Helemaal niet = 0

**10. Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk:**

Zeker = 3

Niet meer zoveel als ik zou moeten = 2

Waarschijnlijk niet zoveel = 1

Evenveel interesse als vroeger = 0

**12. Ik verheug me van tevoren al op dingen:**

Net zoveel als vroeger = 0



Een beetje minder dan vroeger = 1  
Zeker minder dan vroeger = 2  
Bijna nooit = 3

**14. Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma:**

Vaak = 0  
Soms = 1  
Niet vaak = 2  
Heel zelden = 3

**Totale score**