

# Meting van Gezondheid en Functioneringsproblemen

Handleiding bij WHO meetinstrument voor functioneringsproblemen

## WHODAS 2.0



De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft het WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), vertaal- en publicatierechten verleend voor een uitgave van het origineel, in het Nederlands. Laatstgenoemde is als enige verantwoordelijk is voor de kwaliteit en getrouwheid van de Nederlandse vertaling. In geval van verschillen tussen de Engelse en de Nederlandse taalversie, is de originele Engelse versie de bindende en authentieke versie.

Uitgegeven door de WHO in 2010, getiteld: *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*.

© World Health Organization (2010).

Meting van Gezondheid en Functioneringsproblemen: Handleiding bij WHO meetinstrument voor functioneringsproblemen (WHODAS 2.0). WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications, RIVM (2018).

1. Beoordeling van functioneringsproblemen. 2. Gezondheidstoestand. 3. Menselijke ontwikkeling. 4. Classificatie. 5. Handleidingen. I. Wereld Gezondheidsorganisatie.

Vertaling naar het Nederlands: Sandra Arts-Binnendijk, Ampersand Tekst&Translation  
Daphne van Hoeken, Parnassia Groep

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 jo het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men schriftelijke toestemming te vragen aan het WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications, RIVM (Uitgever; [who-fic@rivm.nl](mailto:who-fic@rivm.nl)).

Vertalers en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

# Inhoudsopgave

Voorwoord .....	4
Afkortingen en acroniemen.....	6
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>8</b>
1.1 Wat is het belang van het vaststellen van functioneringsproblemen?.....	8
1.2 Waarom is er een methode ontwikkeld om functioneringsproblemen vast te stellen? .....	8
1.3 Wat is WHODAS 2.0? .....	9
1.4 Waarom gebruikmaken van WHODAS 2.0? .....	10
1.5 Doel en structuur van de handleiding.....	13
<b>2. Ontwikkeling van WHODAS 2.0</b> .....	<b>15</b>
2.1 Grondslag en conceptuele achtergrond van de ontwikkeling van WHODAS 2.0.....	15
2.2 Relatie met het WHO Quality of Life-instrument .....	16
2.3 Ontwikkelproces van WHODAS 2.0.....	16
2.4 Uiteindelijke opbouw van WHODAS 2.0 .....	20
<b>3 Psychometrische eigenschappen van WHODAS 2.0</b> .....	<b>22</b>
3.1 Test-hertest betrouwbaarheid en interne consistentie .....	22
3.2 Factorstructuur .....	23
3.3 Crossculturele veranderingsgevoeligheid .....	24
3.4 Item-responskarakteristieken .....	25
3.5 Validiteit .....	25
3.6 WHODAS 2.0 in de algemene populatie .....	28
<b>4 Gebruik van WHODAS 2.0</b> .....	<b>29</b>
4.1 Toepassingen van WHODAS 2.0.....	29
4.2 Verdere ontwikkeling van WHODAS 2.0 .....	33
<b>5 WHODAS 2.0 afnemen</b> .....	<b>37</b>
5.1 Toegang en gebruiksvoorwaarden voor WHODAS 2.0 en vertaalde versies.....	37
5.2 Mogelijkheden voor het afnemen van WHODAS 2.0 .....	37
5.3 Scholing in het gebruik van WHODAS 2.0.....	38
<b>6. Scoren van WHODAS 2.0</b> .....	<b>40</b>
6.1 WHODAS 2.0 somscores.....	40
6.2 WHODAS 2.0-domeinscores .....	41
6.3 WHODAS 2.0 populatienormen .....	41
6.4 WHODAS 2.0 itemscores.....	44
6.5 Omgaan met ontbrekende data binnen WHODAS 2.0.....	44
<b>7 Specificaties per vraag</b> .....	<b>46</b>
7.1 Vragen A1-A5 Demografische en achtergrondinformatie.....	46
7.2 Vragen D1.1-D1.6: de zes domeinen .....	47
7.3 Vragen F1-F5: Facesheet .....	52
7.4 Vragen H1-H3: Effect van de moeilijkheden .....	52
7.5 Vragen S1-S12: Korte versie-vragen .....	53
<b>8 Syntax voor automatische berekening van totaalscore met gebruikmaking van SPSS</b> .....	<b>55</b>
<b>9 Richtlijnen en oefeningen voor het gebruik van WHODAS 2.0</b> .....	<b>58</b>
9.1 Specificaties voor de interviewer-afnameversies. ....	58
9.2 Typografische conventies .....	59
9.3 Flashcards gebruiken.....	61
9.4 Het stellen van de vragen .....	61
9.5 Onduidelijke antwoorden.....	62
9.6 Informatie vastleggen.....	64
9.7 Problemen en oplossingen.....	66
<b>10 Test uzelf</b> .....	<b>68</b>
10.1 Vragen .....	68
10.2 Test uzelf: antwoorden.....	72
<b>Verklarende woordenlijst</b> .....	<b>73</b>

# Voorwoord

De World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) is een algemeen meetinstrument dat door de WHO is ontwikkeld met als doel te voorzien in een gestandaardiseerde methode voor het meten van gezondheid en functioneringsproblemen in verschillende culturen. De WHODAS 2.0 is ontwikkeld op basis van een uitgebreide selectie items uit de Internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF) waarvan voldoende betrouwbaar en gevoelig kan worden gemeten welk verschil een zekere interventie tot gevolg heeft gehad. Dit kan worden bereikt door de meting bij dezelfde persoon zowel voor als na de interventie af te nemen. Er is een serie systematische praktijkonderzoeken gebruikt voor het bepalen van de cross-culturele toepasbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van het schema, evenals het nut voor onderzoek in de gezondheidszorg. Daaruit bleek dat WHODAS 2.0 zeer bruikbaar is voor het door middel van vragenlijsten bepalen van het niveau van de gezondheid en de functioneringsproblemen binnen de algemene populatie, en voor het meten van de klinische effectiviteit en het rendement van interventies.

In deze handleiding vindt u een overzicht van de methodologie die is gebruikt om WHODAS 2.0 te ontwikkelen, en van de verkregen bevindingen nadat het schema werd toegepast binnen verschillende algemene gezondheidsgebieden, inclusief geestelijke en neurologische stoornissen. De handleiding is nuttig voor onderzoekers of artsen die WHODAS 2.0 in hun praktijk willen gebruiken. De handleiding omvat de zeven versies van WHODAS 2.0, die verschillen in lengte en bedoelde toepassing. Ook zijn de algemene populatienormen opgenomen, waardoor WHODAS 2.0-waarden van bepaalde subpopulaties kunnen worden vergeleken met de algemene populatienorm.

De ontwikkeling van WHODAS 2.0 zou niet mogelijk geweest zijn zonder de veelomvattende steun van vele mensen van over de hele wereld, die veel tijd en energie in dit project hebben gestopt, en georganiseerde bronnen binnen een internationaal netwerk. Hier spreken we onze dank uit aan de vooraanstaande centra, organisaties en personen, en ook aan de vele andere mensen die hebben bijgedragen aan de verschillende aspecten van dit grote project waar meer dan 10 jaar aan gewerkt is. Meer informatie over het projectteam is beschikbaar op de website van WHODAS 2.0.<sup>1</sup>

## Meewerkende onderzoekers aan WHODAS 2.0

De belangrijkste onderzoekers die hebben meegewerkt waren, gerangschikt per land: Gavin Andrews (Australië), Krui Kim Houn (Cambodja), Yao Guizhong (China), Jesús Saiz (Cuba), Venos Malvreas (Griekenland), R. Srinivasan Murty (India, Bangalore), R. Thara (India, Chennai), Hemraj Pal (India, Delhi), Ugo Nocentini en Matilde Leonardi (Italië), Miyako Tazaki (Japan), Elia Karam (Libanon), Charles Pull (Luxemburg), Hans Wijbrand Hoek (Nederland), A.O. Odejide (Nigeria), Thomas Kugener (Oostenrijk), José Luis Segur Garcia (Peru), Radu Vrsti (Roemenië), José Luis Vásquez Barquero (Spanje), Adel Chaker (Tunesië), Berna Ulug (Turkije), Nick Glozier (Verenigd Koninkrijk), Michael von Korff, Katherine McGonagle en Patrick Doyle (VS).

## Projectteam beoordelingsinstrumenten

De leden van dit projectteam waren Elizabeth Badley, Cille Kennedy, Ronald Kessler, Michael von Korff, Martin Prince, Karen Ritchie, Ritu Sadana, Gregory Simon, Robert Trotter en Durk Wiersma.

## Gezamenlijk project Assessment and Classification of Disability van de WHO/National Institutes for Health

De belangrijkste mensen die betrokken waren bij het gezamenlijke project Assessment and Classification of Disability van de WHO/National Institutes for Health waren, gerangschikt per instelling: Darrel Regier, Cille Kennedy, Grayson Norquist en Kathy Magruder (National Institute of Mental Health, NIMH); Robert Battjes en Bob Fletcher (National Institute on Drug Abuse, NIDA); en Bridget Grant (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA).

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

Naast de samenstellers maakten diverse medewerkers en consultants van de WHO deel uit van het gezamenlijke WHO/NIH-project, waarbij met name Shekhar Saxena en Joanne Epping-Jordan een belangrijke rol hebben gespeeld. Verder spreken we onze dank uit voor de hulp bij het samenstellen die we hebben ontvangen van Jayne Lux, Cille Kennedy, Sarah Perini, Rueya Kocalevent en Dan Chisholm, en voor de assistentie op het gebied van statistiek van Ulrich Frick en Luis Prieto.

T.B. Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji, J. Rehm  
Samenstellers

## Voorwoord bij de Nederlandse vertaling (2018)

In deze Nederlandstalige versie van de WHODAS 2.0 handleiding is een correctie doorgevoerd ten opzichte van de oorspronkelijke, Engelstalige versie van deze uitgave. De syntax om de complexe scoring te verrichten bevatte onjuistheden in de oorspronkelijke, Engelstalige versie.

In deze Nederlandstalige versie is de aanpassing grijs gemarkeerd in Hoofdstuk 8.

## Afkortingen en acroniemen

BAI	Barthel-index voor het meten van activiteiten in het dagelijks leven
CAR	cross-cultural applicability research
CIDI	composite international diagnostic interview
FIM	functional independence measure
GP	general practitioner; huisarts
ICC	intra-class correlation coefficient
ICF	Internationale classificatie van het menselijk functioneren
ICF-CY	Internationale classificatie van het menselijk functioneren, kinderen en jongeren
ICIDH	Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps
LHS	London Handicap Scale
PCM	partial credit model
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SF-12	Meetinstrument met 12 items, meet de kwaliteit van leven, Medical Outcomes Study
SF-36	Meetinstrument met 36 items, meet de kwaliteit van leven, Medical Outcomes Study
WHO	World Health Organization, Wereldgezondheidsorganisatie
WHODAS 2.0	WHO Disability Assessment Schedule
WHOQOL	WHO Quality of Life
WHOQOL-BREF	WHO Quality of Life Brief Scale
WHS	World Health Survey
WMHS	World Mental Health Survey

# Deel I

## Achtergrond

---

# 1. Inleiding

## 1.1 Wat is het belang van het vaststellen van functioneringsproblemen?

Om er achter te komen welke ziekte een patiënt heeft, moet de kunst en wetenschap van het diagnosticeren worden toegepast. Deze kennis dient als leidraad bij behandelingsinterventies en –strategieën, en kan tot op zekere hoogte bijdragen aan een voorspelling van de resultaten en prognose. Echter, ondanks het feit dat het stellen van een diagnose waardevol is, is dit op zichzelf niet voldoende om het hele plaatje en alle levenservaringen van een patiënt te overzien. Hier is de uitspraak “er zijn geen ziektes, maar patiënten” van toepassing.

Even belangrijk als het etiket van de ziekte, is de vraag of iemand in staat is om de routine-activiteiten uit te voeren die nodig zijn om zijn of haar rol thuis, op het werk, op school en in andere omgevingen te vervullen. Dit aspect, dat we kunnen samenvatten als “wat mensen niet kunnen als ze ziek zijn”, varieert enorm, onafhankelijk van de betreffende ziekte. Professionals in de gezondheidszorg en maatschappelijk werk houden rekening met gegevens over het functioneren (d.w.z. objectieve prestaties op een bepaald levensgebied), maar het goed meten van functioneren en functioneringsproblemen heeft lang te lijden gehad onder het gebrek aan consistente definities en instrumenten. Het vaststellen van de dood en van ziektes is eenvoudig, maar het meten van functioneringsproblemen is moeilijk, net als het vaststellen ervan.

Functioneringsproblemen vormen een belangrijk probleem in de gezondheidszorg. Uit wereldwijde onderzoeken naar de belasting die wordt ervaren ten gevolge van ziekte (*burden of disease*) blijkt dat meer dan de helft van de belasting ten gevolge van voortijdige sterfte wordt veroorzaakt door algehele beperkingen in het functioneren (1). Mensen maken over het algemeen gebruik van de gezondheidszorg omdat ze ten gevolge van een ziekte moeite hebben iets te doen wat ze voorheen wel konden (d.w.z., omdat ze beperkt zijn in hun functioneren), en niet omdat ze een ziekte hebben. Medewerkers in de gezondheidszorg vinden een ziektegeval klinisch significant als de dagelijkse activiteiten van de patiënt worden beperkt, en ze baseren hun evaluatie en behandelplan op de informatie over de functioneringsbeperking.

Met betrekking tot de volksgezondheid is functioneringsbeperking net zo belangrijk geworden als het sterftecijfer. Hoewel het sterftecijfer ten gevolge van vooruitgang in de gezondheidszorg is gedaald, heeft de toegenomen levensverwachting die daarmee in verband staat gezorgd voor een overeenkomstige toename van chronische ziektegevallen die levenslange behandeling nodig hebben, en zien we nieuwe eisen ontstaan op het gebied van zorg voor de vergrijzende bevolking. De gezondheidszorg moet zich niet alleen meer richten op sterftecijfers maar ook op functioneringsbeperking. Er moeten prioriteiten worden gesteld, resultaten worden gemeten en de effectiviteit en prestaties van de gezondheidszorg moeten worden geëvalueerd. Tekstvak 1.1 toont een overzicht van het belang van het bepalen van functioneringsproblemen.

## 1.2 Waarom is er een methode ontwikkeld om functioneringsproblemen vast te stellen?

Het meten en bepalen van functioneringsproblemen is moeilijk, omdat functioneringsproblemen met veel levensgebieden samenhangen, en betrekking hebben op de interactie van de betrokkene met zijn of haar omgeving. Aan het project Assessment and Classification of Human Functioning, Disability and Health van de Wereldgezondheidsorganisatie WHO is meegewerkt door vertegenwoordigers uit meer dan 100 landen, onderzoekers en eindgebruikers die op internationaal niveau hebben samengewerkt en zo tot het consensusraamwerk van de Internationale Classificatie van het Menselijk Functioneren (ICF) zijn gekomen (2).

De ICF beschrijft elk onderdeel van het menselijk functioneren – op lichamelijk, persoonlijk of sociaal niveau – en geeft een definitie voor de operationele vaststelling daarvan. De definitie van functioneringsproblemen wordt gegeven als “een verlies in enig functiedomein” (2). De ICF is echter onpraktisch voor het vaststellen en meten van functioneringsproblemen in de dagelijkse praktijk; de WHO heeft dan ook de WHODAS 2.0 ontwikkeld om in deze behoefte te voorzien, en te voorzien in een gestandaardiseerde manier om gezondheid en functioneringsbeperkingen vast te leggen in verschillende culturen.



## Tekstvak 1.1 Overzicht van het belang van het leren kennen en gebruiken van een meetinstrument voor functioneringsproblemen

### Tekstvak 1.1 **Waarom een meetinstrument voor functioneringsproblemen leren kennen en gebruiken?**

Het diagnosticeren en vastleggen van functioneringsproblemen is waardevol, omdat het de factoren kan voorspellen die door enkel een medische diagnose (vaststellen van de ziekte) niet voorspeld kunnen worden, waaronder:

- Behoeftes aan diensten – Aan welke diensten heeft de patiënt behoefte?
- Zorgniveau – Moet de patiënt worden opgenomen in een instelling voor primaire zorg nodig, speciale zorg, revalidatie of een andere instelling?
- Gevolgen en afloop van de aandoening – Wat is de prognose?
- Duur van opname – Hoe lang moet de patiënt opgenomen blijven?
- Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen – Heeft de patiënt recht op uitkering, pensioen etc.?
- Arbeidsdeelname – Kan de patiënt terugkeren naar de werkomgeving en daar op hetzelfde niveau presteren?
- Sociale integratie – Kan de patiënt weer op dezelfde wijze deelnemen aan het maatschappelijk verkeer?

Het vaststellen van functioneringsproblemen is dus nuttig voor beslissingen met betrekking tot zorg en beleid, op het gebied van:

- Bepalen van behoeftes
- Afstemmen van behandelingen en interventies
- Meten van resultaten en effectiviteit
- Prioriteiten stellen
- Toewijzen van bedrijfsmiddelen

### **1.3 Wat is WHODAS 2.0?**

WHODAS 2.0 is een praktisch, generiek instrument waarmee de gezondheid en functioneringsproblemen van een populatie of binnen de klinische praktijk kunnen worden gemeten en vastgelegd. WHODAS 2.0 omvat zes domeinen van het menselijk functioneren (3):

- Domein 1: Cognitie – begrip en communicatie
- Domein 2: Mobiliteit – verplaatsen en bewegen
- Domein 3: Zelfverzorging – persoonlijke hygiëne, aankleden, eten en alleen zijn
- Domein 4: Omgaan met mensen – interactie met andere mensen
- Domein 5: Activiteiten – Huishoudelijke taken, ontspanning, werk en school
- Domein 6: Participatie – deelname aan gemeenschapsactiviteiten, deelname aan maatschappelijk verkeer

De zes domeinen, die in Hoofdstuk 2 uitgebreid worden besproken, zijn geselecteerd na zorgvuldig bestudering van bestaande onderzoeks- en meetinstrumenten en een cross-culturele toepasbaarheidsstudie.

Voor elk van de zes domeinen geeft WHODAS 2.0 een profiel en samengevatte meting van functioneren en functioneringsproblemen die betrouwbaar is en voor verschillende culturen kan worden toegepast, in alle volwassen populaties.

WHODAS 2.0 voorziet in een gemeenschappelijke meeteenheid voor het meten van de impact van gezondheidsaandoeningen met betrekking tot het functioneren. Aangezien het om een generiek meetinstrument gaat, richt het instrument zich niet op enige specifieke ziekte, en kan het dus gebruikt worden voor het vergelijken van functioneringsproblemen die het gevolg zijn van verschillende ziekten. Dankzij WHODAS 2.0 is het ook mogelijk gezondheids- en gezondheidsgerelateerde interventies te ontwikkelen en het effect daarvan te monitoren. Het instrument heeft zijn nut bewezen bij het vastleggen van het niveau van gezondheid en functioneringsproblemen bij de algemene populatie en in specifieke groepen (bv. mensen met verschillende geestelijke en fysieke aandoeningen).

Zoals hierboven is uitgelegd, ligt het conceptuele raamwerk van de ICF ten grondslag aan WHODAS 2.0. Alle domeinen zijn ontwikkeld aan de hand van een veelomvattende selectie ICF-items en sluiten rechtstreeks aan op de ICF-component "Activiteiten en Participatie" (2). Net zoals in de ICF plaatst WHODAS 2.0 gezondheid en functioneringsproblemen in een continuüm, en worden functioneringsproblemen gedefinieerd als "een verlies in enig functiedomein". Bovendien is WHODAS 2.0, net als de ICF, etiologisch neutraal; d.w.z., onafhankelijk van de achterliggende ziekte of eerdere aandoeningen. Dankzij deze eigenschap is het mogelijk de focus rechtstreeks te richten op functioneren en functioneringsproblemen, en kan het functioneren losstaand van de ziekte-omstandigheden worden vastgelegd.

Er zijn verschillende versies van WHODAS 2.0, die verschillen in lengte en bedoelde toepassing (zie Sectie 2.4 voor toelichting). De volledige versie bevat 36 vragen, de korte versie 12. Deze vragen hebben betrekking op de functioneringsproblemen die de respondent gedurende de afgelopen 30 dagen in de zes levensdomeinen heeft ervaren. De verschillende versies (opgenomen in deel 3) kunnen worden afgenomen door een interviewer, of worden ingevuld door de betrokkene zelf of een derde persoon (bv. een familielid, vriend of zorgverlener). De versie met 12 items verklaart 81% van de variantie van preciezere versie met 36 items. Voor beide versies zijn algemene populatienormen beschikbaar.

#### **1.4 Waarom gebruikmaken van WHODAS 2.0?**

Er zijn verschillende meetinstrumenten gepubliceerd die functioneringsproblemen meten; deze zijn ook bekend als *health status measures* of *functioning measures*. U vindt een opsomming van enkele algemeen toegepaste meetinstrumenten in Tabel 1.1. De aspecten die in het bijzonder verantwoordelijk zijn voor de praktische bruikbaarheid van WHODAS 2.0 zijn de degelijke theoretische onderbouwing, goede psychometrische eigenschappen, talrijke toepassingen voor verschillende groepen en situaties, en het gebruiksgemak. Deze sectie geeft een overzicht van de belangrijkste voordelen van WHODAS 2.0.

#### **Directe link met de Internationale classificatie van het menselijk functioneren**

Een uniek kenmerk waarmee WHODAS 2.0 zich onderscheidt van andere meetinstrumenten voor functioneringsproblemen is de directe link met de ICF (2). Hoewel andere generieke meetinstrumenten voor het vaststellen van de gezondheidstoestand ook tegen ICF kunnen worden afgezet, maken die geen duidelijk onderscheid tussen het meten van symptomen, functioneringsproblemen en een subjectieve waardebeoordeling. Wat WHODAS 2.0 uniek maakt, is het feit dat WHODAS 2.0 alle ICF-domeinen volledig beslaat en van toepassing is op alle ziekten, inclusief fysieke en geestelijke stoornissen en verslavingsstoornissen. Ook worden de functioneringsproblemen cultureel sensitief gemeten op een standaard schaal. Dit wordt in Hoofdstuk 2 uitgebreid besproken.

Tabel 1.1 Generieke meetinstrumenten voor functioneringsproblemen en gezondheidstoestand

Naam en belangrijkste referenties	Achtergrond	Toepassing	Gemeten gezondheidsconcepten (domeinen)	Aantal items	Vorm van afname	In vul- / afnametijd (in minuten)
WHODAS 2.0 (3-5)	Ontwikkeld door de WHO, gebaseerd op ICF. Ontworpen om vast te stellen welke beperkingen bij activiteiten en participatieproblemen door een persoon worden ervaren, ongeacht de medische diagnose.	Gemeenschappen, klinische en algemene populaties	Cognitie Mobiliteit Zelfverzorging Omgaan met mensen Activiteiten Participatie	36	Zelf-afname of interviewer-afname	5-10 20
LHS (6)	Gebaseerd op het door de WHO in de ICDH ontwikkelde descriptieve raamwerk van handicaps	Alleen klinische populaties	Mobiliteit Omgevingsbesef Bezigheid Fysieke onafhankelijkheid Sociale integratie Economische onafhankelijkheid	6	Zelf	5
SF-36 (7-9)	Ontwikkeld voor de Medical Outcomes Study. Deze studie onderzoekt de invloed van eigenschappen van zorgverleners, patiënten en gezondheidszorgsystemen op het zorgresultaat	Gemeenschappen, klinische en algemene populaties	Fysiek functioneren Rolbeperkingen ten gevolge van fysieke problemen Lichamelijke pijn Algeheel beeld van de gezondheid Vitaliteit Sociaal functioneren Rolbeperkingen ten gevolge van emotionele problemen Geestelijke gezondheid Gezondheidstransitie	36	Zelf-afname of interviewer-afname	10 10
NHP (10,11)	Ontwikkeld voor gebruik in epidemiologiestudies m.b.t. ziekten en gezondheid. Heeft als doel het eigen beeld van de leek van de gezondheidstoestand weer te geven (in plaats van een professionele definitie van gezondheid).	Gemeenschappen, klinische en algemene populaties	Energieniveau Emotionele reacties Fysieke mobiliteit Pijn Sociale isolatie Slaap	Deel 1: Gezondheidsproblemen (38 items) Deel 2: aangetaste levensgebieden (7 items)	Zelf	5-10

FIM (12)	Ontwikkeld door een projectteam dat werd gesponsord door AAPM&R en ACRM. Heeft als doel vast te stellen hoeveel assistentie iemand met een handicap nodig heeft om basisactiviteiten uit te kunnen voeren.	Alleen klinische populaties	Zelfverzorging Beheersing van sluitspieren Verplaatsingen Voortbewegen Communicatie Sociale cognitie	18	Interviewer-afname (door arts, verpleegkundige of behandelaar)	30
BAI (13, 14)	Ontwikkeld in 1955 voor het beoordelen en monitoren van dagelijkse mobiliteit en zelfverzorgingsactiviteiten.	Alleen klinische populaties	Werking van de darmen Werking van de blaas Persoonlijke verzorging Toiletgebruik <sup>a</sup> Eten Verplaatsingen <sup>a</sup> Mobiliteit <sup>a</sup> Aankleden Trappen <sup>a</sup> In bad/ onder de douche gaan <sup>a</sup>	5-10	Interviewer-afname (door behandelaar of andere waarnemer)	2-5

AAPM&R, American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation; ACRM, American Congress of Rehabilitation Medicine; BAI, Barthel's Index of Activities of Daily Living; FIM, Functional Independence Measure; ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health; ICIDH, International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps; LHS, London Handicap Scale; NHP, Nottingham Health Profile; SF-36, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey; WHODAS 2.0, WHO Disability Assessment Schedule 2.0

<sup>a</sup> Items die zijn opgenomen in de 5-itemversie.

## Cross-culturele vergelijkbaarheid

In tegenstelling tot andere meetinstrumenten voor functioneringsbeperkingen is WHODAS 2.0 ontwikkeld op basis van uitgebreid cross-cultureel onderzoek, verspreid over 19 landen overal ter wereld. De in WHODAS 2.0 opgenomen items zijn pas geselecteerd nadat aard en gebruik van gezondheidsmetingen in verschillende culturen waren onderzocht. Dit is bereikt aan de hand van taalkundige analyse van gezondheidsgerelateerde terminologie, vraaggesprekken met belangrijke zegslieden en focusgroepen, evenals het gebruik van kwalitatieve methoden (bv. delen in categorieën (*pile sorting*) en *concept mapping*<sup>2</sup> (3)). Na de ontwikkelfase is WHODAS 2.0 in een aantal verschillende culturele omgevingen en gezondheidspopulaties getest, waarbij werd vastgesteld dat het instrument veranderingsgevoelig is, ongeacht de socio-demografische profiel van de onderzochte groep.

## Psychometrische eigenschappen

WHODAS 2.0 heeft uitstekende psychometrische eigenschappen. Uit test-herteststudies van de 36-itemversie in verschillende landen ter wereld bleek een hoge betrouwbaarheid. Alle items zijn geselecteerd op basis van itemresponsstheorie (d.w.z. de toepassing van wiskundige modellen op data uit vragenlijsten en testen). Het instrument als geheel liet een sterke factorstructuur zien (zie Sectie 3.2) die constant bleef over verschillende culturen en typen patiëntpopulaties. De validatiestudies hebben ook aangetoond dat WHODAS 2.0 de vergelijking met andere meetinstrumenten met betrekking tot gezondheid of functioneringsproblemen en met klinische ratings en proxy ratings kan doorstaan (15, 16).

## Gebruiksgemak en beschikbaarheid

WHODAS 2.0 kan in ca. 5 minuten door de respondent zelf worden ingevuld, en door middel van een vraaggesprek in ca. 20 minuten worden afgenomen. Het instrument is eenvoudig te scoren en interpreteren, er rust geen copyright op en het is in meer dan 30 talen beschikbaar.

## 1.5 Doel en structuur van de handleiding

### 1.5.1 Doel

Deze handleiding is bedoeld voor professionals in de gezondheidszorg (d.w.z. op het gebied van volksgezondheid, revalidatie, fysieke en gedragstherapie), beleidsontwerpers op het gebied van gezondheidszorg, sociale wetenschappers en anderen die betrokken zijn bij onderzoek op het gebied van functioneringsproblemen en gezondheid. De handleiding voorziet gebruikers van:

- Erkennen en kennis van de waarde van het meten en vastleggen van gezondheid en functioneringsproblemen in het licht van het raamwerk en de classificatie waarin de ICF voorziet;
- Een gedetailleerd overzicht van de ontwikkeling, hoofdpunten en toepassing van WHODAS 2.0; en
- Een uitgebreide handleiding voor het juist en effectief afnemen van de verschillende versies van WHODAS 2.0.

### 1.5.2 Structuur

Deze handleiding is opgedeeld in drie delen, waarin het volgende wordt behandeld: achtergrondinformatie (Deel 1), administratie en scores van het instrument (Deel 2) en de verschillende versies van WHODAS 2.0 (Deel 3.)

De inhoud van Hoofdstukken 2-4 (vervolg van Deel 1) is als volgt:

- *Hoofdstuk 2* bespreekt de ontwikkeling van WHODAS 2.0 – de principes die er aan ten grondslag liggen en de conceptuele achtergrond van de ontwikkeling, en de methode en fases van het ontwikkelingsproces. Dit hoofdstuk geeft ook een introductie van de verschillende versies van WHODAS 2.0 en van de methoden, bronnen en belangrijkste bevindingen. Het omvat ook de technische basis en de implicaties van het opnemen van functioneringsproblemen in gezondheidsmetingen, en geeft meer informatie over het verband tussen de ICF en WHODAS 2.0.

---

<sup>2</sup> *Pile sorting* verwijst naar een onderzoekstechniek waarbij personen een inventarisatie maken van onderwerpen die verband houden met een zeker thema, en die onderwerpen vervolgens verdelen in samenhangende stapeltjes. *Concept mapping* verwijst naar het maken van een concept-map, die wordt gebruikt om kennis te onderzoeken of informatie te verzamelen en delen. De *concept map* bestaat uit cellen of knooppunten die elk een concept, onderwerp of vraag bevatten. Deze worden met elkaar verbonden door pijlen die met behulp van een omschrijving de relatie tussen de cellen of knooppunten laten zien.

- *Hoofdstuk 3* richt zich op de psychometrische eigenschappen van WHODAS 2.0 en bespreekt de betrouwbaarheid en consistentie, de factorstructuur, veranderingsgevoeligheid, itemrespons-eigenschappen, validiteit en algemene populatie-kenmerken.
- *Hoofdstuk 4* geeft een overzicht van de gebruiksmogelijkheden van WHODAS 2.0 op klinisch en populatieniveau. Bekeken wordt hoe het instrument kan worden ingezet bij bevolkingsonderzoeken en -registers, en voor het monitoren van resultaten bij individuele patiënten in de klinische praktijk en bij klinische studies naar het effect van behandelingen.

Deel 2 is praktijkgericht en omvat zes hoofdstukken:

- *Hoofdstuk 5* geeft generieke informatie en aanwijzingen voor de verschillende wijzen waarop WHODAS 2.0 kan worden afgenomen, algemene richtlijnen voor de toepassing ervan, en een leidraad voor het ontwikkelen van versies in andere talen.
- *Hoofdstuk 6* behandelt het scoren van WHODAS 2.0 en bevat informatie over steekproefkenmerken, berekenen van de items, domeinscores en somscores, populatienormen en het omgaan met ontbrekende data.
- *Hoofdstukken 7-10* bespreken de specificaties per vraag voor alle zes domeinen, gedetailleerde richtlijnen voor het gebruik van de verschillende versies van WHODAS 2.0, materialen waarmee de eigen kennis getest kan worden, en een voorbeeld-opleidingscurriculum.

Aansluitend op Deel 2 zijn een verklarende woordenlijst en een referentielijst opgenomen.

Zoals hiervoor vermeld bevat Deel 3 van deze handleiding de zeven verschillende versies van WHODAS 2.0.

## 2. Ontwikkeling van WHODAS 2.0

Dit hoofdstuk bespreekt de ontwikkeling van WHODAS 2.0 – de principes die er aan ten grondslag liggen en de conceptuele achtergrond van de ontwikkeling, en de methode en fases van het ontwikkelingsproces. Dit hoofdstuk geeft ook een introductie van de verschillende versies van WHODAS 2.0 en van de methoden, bronnen en belangrijkste bevindingen. Het omvat ook de technische basis en de implicaties van het opnemen van functioneringsproblemen in gezondheidsmetingen, en gaat dieper in op de informatie uit Hoofdstuk 1 over het verband tussen de ICF en WHODAS 2.0.

### 2.1 Grondslag en conceptuele achtergrond van de ontwikkeling van WHODAS 2.0

Het oorspronkelijke Disability Assessment Schedule WHO/DAS, door de Wereldgezondheidsorganisatie gepubliceerd in 1988, was een meetinstrument dat was ontwikkeld voor het vaststellen van menselijk functioneren, met name bij opgenomen psychiatrische patiënten (17-20). Sindsdien is het instrument aanmerkelijk herzien door het WHO Collaborating Centre in Groningen, en gepubliceerd als het "Groningen Social Disabilities Schedule" (GSDS) (21,22).

WHODAS 2.0 is een geheel ander instrument dat speciaal is ontwikkeld om de ICF weer te geven. De WHO heeft de ICF ontwikkeld om te dienen als gezondheidsclassificatie en als model van de volledige ervaring van en met functioneringsproblemen. De statistieken in de ICF bieden een maatstaf voor het vastleggen van de belasting door functioneringsproblemen bij alle gezondheidsaandoeningen, zowel geestelijk als lichamelijk, en ongeacht de oorzaak.

Qua opbouw is de ICF gebaseerd op drie functioneringsniveaus met parallelle niveaus van functioneringsproblemen, zoals weergegeven in Tabel 2.1.

**Tabel 2.1 Functioneringsniveaus en functioneringsproblemen zoals gebruikt in de Internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF) (2)**

Niveau	Parallele niveau van functioneringsproblemen
Functies en anatomische eigenschappen	Stoornissen
Activiteiten	Beperkingen
Participatie	Participatieproblemen

Het menselijk functioneren wordt gezien als een verband tussen verschillende gezondheidscomponenten, en iedereen toont wel enige mate van functioneren in elk domein, op lichamelijk, sociaal en maatschappelijk niveau.

Functioneringsproblemen worden door het ICF voorgesteld als een gezondheidservaring die zich voordoet binnen een bepaalde context, en niet als een probleem dat slechts berust bij de persoon. Volgens het biopsychosociale model binnen de ICF, komen menselijk functioneren en functioneringsproblemen voort uit interacties tussen gezondheidsomstandigheden (ziekte, stoornissen of verwondingen) en contextuele factoren. Het model erkent dat functioneringsproblemen multidimensionaal zijn en ontstaan door interactie tussen de eigenschappen van een individu en zijn fysieke, sociale en gedragsomgeving. Hierdoor wordt het perspectief van functioneringsproblemen verbreed en kan het effect worden onderzocht van medische, individuele, sociale en omgevingsgebonden invloeden op het functioneren en de functioneringsproblemen.

De auteurs van deze handleiding raden ten sterkste aan dat gebruikers van WHODAS 2.0 de introductie van de ICF en de bijbehorende opleidingsmaterialen doornemen. Deze zijn beschikbaar op de website van de WHO.<sup>3</sup>

WHODAS 2.0 streeft ernaar de belangrijkste kenmerken van de ICF te weerspiegelen. Het instrument is ontworpen om vast te stellen welke beperkingen m.b.t. activiteiten en welke participatieproblemen een persoon ervaart, onafhankelijk van de medische diagnose.

WHODAS 2.0 is ontwikkeld door samenwerkingsverbanden tussen de WHO en de volgende organisaties uit de VS: de National Institutes of Health (NIH), het National Institute of Mental Health (NIMH), het National Institute on

<sup>3</sup> <http://www.who.int/classifications/icf>

Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) en het National Institute on Drug Abuse (NIDA). Naar het project wordt verwezen met de naam WHO/INH Joint Project on Assessment and Classification of Disability.

## **2.2 Relatie met het WHO Quality of Life-instrument**

De WHO heeft ook het Quality of Life-instrument (WHOQOL<sup>4</sup>) ontwikkeld, een meetinstrument voor het subjectieve welbevinden op verschillende levensgebieden. Conceptueel worden de constructen kwaliteit van leven en functioneren vaak als onderling uitwisselbaar beschouwd. Hoewel zij inderdaad met elkaar in verband staan, meet WHODAS 2.0 het functioneren (d.w.z. een objectieve prestatie in een gegeven levensdomein), terwijl WHOQOL het subjectieve welbevinden meet (d.w.z. de mate van tevredenheid over de prestatie in een gegeven levensdomein). Idealerweise maken beide instrumenten gebruik van dezelfde levensdomeinen. Terwijl WHODAS 2.0 de vraag stelt wat iemand "doet" in een zeker domein, vraagt WHOQOL wat iemand "voelt" in een zeker domein.

## **2.3 Ontwikkelproces van WHODAS 2.0**

De methode die is gebruikt voor het ontwikkelen van WHODAS 2.0 werd gekenmerkt door enkele unieke eigenschappen, te weten:

- een gezamenlijke aanpak met samenwerking op internationaal gebied, die tot doel had één generiek instrument te ontwikkelen voor het vaststellen van de gezondheidstoestand en functioneringsproblemen in verschillende settings (wordt hieronder in detail besproken),
- een unieke set studieprotocollen voor cross-culturele toepasbaarheid, om ervoor te zorgen dat WHODAS 2.0 over verschillende culturen en settings een hoge mate van functionele en metrische equivalentie zou garanderen,
- een relatie met de revisie van de ICF, zodat het nieuwe instrument direct aan de ICF gekoppeld zou zijn.

### **Gezamenlijke aanpak**

Bij het operationaliseren van de zes domeinen van het instrument waren diverse cultureel verschillende centra betrokken voor het schrijven en selecteren van de vragen, vaststellen van de responschaal en het uitvoeren van pilots. Hierdoor kregen zaken zoals standaardisering, equivalentie tussen settings en vertaling vanaf het begin van het ontwikkelproces veel aandacht. Om te zorgen dat de samenwerking werkelijk internationaal was, werden de veldcentra geselecteerd op basis van verschillen in locatie, industrialisatieniveau, beschikbare gezondheidszorg en andere markers die relevant zijn voor het meten van gezondheid en functioneringsproblemen (bijv. de rol van de familie, tijdsbeleving, zelfperceptie en overheersende religie).

Het uitgebreide en nauwgezette internationale onderzoek dat is uitgevoerd voor het ontwikkelen van WHODAS 2.0 omvatte:

- kritische bestudering van de literatuur m.b.t. conceptualisatie en het meten van menselijk functioneren en functioneringsproblemen, en van de daarmee verwante instrumenten (24, 25);
- een systematische cross-culturele toepasbaarheidsstudie (3); en
- een serie empirische veldstudies om het instrument verder te ontwikkelen en verfijnen.

Deze stappen worden hieronder verder besproken.

### **Bestuderen van bestaande instrumenten**

Ter voorbereiding op de ontwikkeling van WHODAS 2.0, heeft de WHO een projectgroep, de Task Force on Assessment Instruments, in het leven geroepen, die bestond uit internationale experts en tot doel had de bestaande instrumenten te bestuderen en beoordelen. De projectgroep koos een brede selectie instrumenten, waaronder diverse meetinstrumenten voor functioneringsproblemen, handicaps, kwaliteit van leven en andere aspecten van de gezondheidstoestand (bijv. activiteiten in het dagelijks leven, essentiële activiteiten in het dagelijks leven, globale of specifieke metingen, subjectief welbevinden en kwaliteit van leven). De ca. 300 bestudeerde instrumenten vertoonden een grote diversiteit voor wat betreft het theoretische raamwerk, terminologie, gemeten constructen, beoordelingsstrategie, niveau van de beoordeelde vaardigheden, doel van de

---

<sup>4</sup> [http://www.who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/)



meting en focusgebied van de beoordeling. Ondanks deze diversiteit was het mogelijk een verzameling "items" (d.w.z. kerndomeinen van menselijk functioneren en functioneringsproblemen) te bepalen en deze aan de ICF te koppelen.

Met de verkregen informatie uit de instrumenten is een database samengesteld die de overeenkomstige items laat zien, met daarbij de herkomst en de bekende psychometrische eigenschappen. Het projectteam heeft twee jaar gewerkt aan het bestuderen en beoordelen van de data en de verzameling items, waarbij het ICF als raamwerk werd gebruikt. Dankzij dit onderzoek is de kennisbasis van alle bestaande instrumenten ten goede gekomen aan de samenstelling van WHODAS 2.0; bovendien heeft het onderzoek ervoor gezorgd dat WHODAS 2.0 verenigbaar is met de gereviseerde ICF.

Na zorgvuldige afweging en de eerste pilots (zie hieronder), heeft de projectgroep de items ingedeeld in de volgende zes domeinen:

- *Domein 1: Cognitie* – Meet communicatie en mentale activiteiten. Specifieke deelgebieden zijn o.a. concentreren, onthouden, vinden van oplossingen, leren en communiceren.
- *Domein 2: Mobiliteit* – Meet activiteiten zoals staan, verplaatsen binnen de woning, het huis uitkomen en een lange afstand lopen.
- *Domein 3: Zelfverzorging* – Meet hygiëne, aankleden, eten en alleen zijn.
- *Domein 4: Omgaan met mensen* – Meet interacties met anderen en moeilijkheden die in dit domein kunnen ontstaan ten gevolge van een gezondheidsaandoening. In deze context worden met "andere mensen" naasten of goede bekenden bedoeld (bijv. partner, familieleden of goede vrienden), evenals minder bekenden (bijv. vreemden).
- *Domein 5: Activiteiten* – Meet problemen met dagelijkse activiteiten (d.w.z. activiteiten die mensen bijna elke dag doen, waaronder activiteiten die horen bij het huishouden, vrije tijd, werk en school.)
- *Domein 6: Participatie* – Meet sociale dimensies, zoals gemeenschapsactiviteiten; hindernissen en belemmeringen in de wereld om de respondent heen; en problemen met andere zaken, zoals het behouden van de persoonlijke waardigheid. De vragen verwijzen niet slechts / noodzakelijkerwijs naar de ICF-participatiecomponent als zodanig, maar omvatten ook verschillende contextuele (persoonlijke en omgevingsgebonden) factoren die door de gezondheidstoestand van de respondent worden beïnvloed.

### **Cross-culturele toepasbaarheidsstudie**

Om te zorgen dat WHODAS 2.0 in verschillende culturen toepasbaar en valide is, is een systematische onderzoeksstudie uitgevoerd. De CAR-studie (*cross-cultural applicability research*, cross-cultureel toepasbaarheidsonderzoek) gebruikte verschillende kwalitatieve methodes om de aard en praktijk van het meten van de gezondheidstoestand in verschillende culturen te onderzoeken (3). Dit werd bereikt aan de hand van taalkundige analyse van gezondheidsgerelateerde terminologie, vraaggesprekken met belangrijke zegslieden, focusgroepen en quasi-kwantitatieve methoden zoals delen in categorieën (*pile sorting*) en *concept mapping* (gelijktijdig uitgevoerd). Er werd informatie verzameld over de conceptualisering van functioneringsproblemen en over de belangrijke gebieden van het dagelijks functioneren.

Dankzij de studie werd een rijk inzicht verkregen in welke constructen aannemelijk universeel toepasbaar zouden zijn, mogelijke ankerpunten voor de gegevensvastlegging, drempelwaarden voor het meetinstrument, en de formuleringen en dimensies die in het meetinstrument konden worden gebruikt. Ook bracht de studie aan het licht welke onderdelen nog verdere aandacht nodig hadden om tot betrouwbare en valide instrumenten te kunnen komen, evenals welke problemen met betrekking tot de pariteit tussen fysieke en mentale aandoeningen moesten worden opgelost. De studie leidde tot een versie van WHODAS 2.0 met 96 items, gegroepeerd in zes domeinen, die werd gebruikt in vormend veldonderzoek. De veldonderzoeken waren erop gericht het aantal items terug te brengen en de betrouwbaarheid te vergroten.

### **Betrouwbaarheid en validiteit van de veldstudies**

De psychometrische eigenschappen van WHODAS 2.0 zijn twee maal onderworpen aan een serie internationale tests. Hierbij is gebruik gemaakt van een ontwerp waarin meerdere centra identieke protocollen gebruikten, zoals wordt beschreven in Tekstvak 2.1 en 2.2. De studielocaties werden geselecteerd op basis van geografische

representativiteit voor de verschillende WHO-regio's (waarbij rekening werd gehouden met culturele en linguïstische variatie), en omdat ze in staat waren verschillende populaties te bereiken en onderzoek uit te voeren. Het ontwerp van de studie vereiste dat in elke fase per locatie evenveel deelnemers uit vier verschillende groepen werden geselecteerd:

- algemene populatie
- populaties met fysieke problemen
- populaties met mentale of emotionele problemen
- populaties met aan alcohol- of drugsmisbruik gerelateerde problemen

Elke locatie selecteerde deelnemers van 18 jaar of ouder, waarvan evenveel mannen als vrouwen. Elke deelnemer ontving een beschrijving van de studie zodat, in overeenstemming met de ethische richtlijnen van de WHO, geïnformeerde instemming (*informed consent*) kon worden verkregen. De steekproef binnen Domein 5, Activiteiten, omvatte mensen die in loondienst, zelfstandig ondernemer, gepensioneerd of werkeloos waren. Daarom zijn alle resultaten verdeeld over twee hoofdcategorieën: steekproef werkenden (d.w.z. iedereen die aangaf betaald werk te verrichten) en steekproef geheel. De WHODAS 2.0-scores voor Domein 5 zijn daarom separaat berekend van de delen die de steekproef werkenden beslaan.

Tekstvak 2.1 WHODAS 2.0 veldstudies: Beperking van het aantal items en haalbaarheid			
Studielocaties			
Studies zijn uitgevoerd op onderstaande 21 locaties			
Locatie	<i>n</i>	Locatie	<i>n</i>
Oostenrijk (Innsbruck)	50	Nederland (Den Haag)	47
Cambodja (Phnom Penh)	50	Nigeria (Ibadan)	50
China (Beijing)	50	Peru (Lima)	59
Cuba (Havana)	50	Roemenië (Timisoara)	50
Griekenland (Athene)	48	Spanje (Santander)	54
India 1 (Bangalore)	283	Tunesië (Tunis)	50
India 2 (Delhi)	154	Turkije (Ankara)	49
Italië (Rome)	20	Verenigd Koninkrijk (Londen)	35
Japan	50	VS 1 (Michigan)	152
Libanon	37	VS 2 (Seattle)	43
Luxemburg (Luxemburg)	50		
Eigenschappen steekproef			
Oorsprong:		<i>n</i>	%
Algemene populatie		262	18,3
Fysieke problemen		418	29,3
Mentale of emotionele problemen		394	27,6
Alcoholgerelateerde problemen		195	13,6
Drugsgelateerde problemen		162	11,3
Geslacht:			
Vrouw		651	45,5
Man		780	54,5
Leeftijd:			
Onder 55		1078	75,3
55 jaar en ouder		353	24,7
Methodologische Studie 1 inz. verschillende manieren om de duur van functioneringsproblemen te bepalen (totaal <i>n</i> = 651)			
Studielocaties			
Studies zijn uitgevoerd op onderstaande zeven locaties			
Locatie	<i>n</i>	Locatie	<i>n</i>
Cambodja (Phnom Penh)	100	Libanon (Beiroet)	50
Duitsland (Hamburg)	69	Roemenië (Timisoara)	101
India (Bangalore)	138	Tunesië (Tunis)	100
India (Delhi)	93		
Methodologische Studie 2 inz. vergelijkingsnorm (expliciet versus impliciet) (totaal <i>n</i> = 396)			
Studie uitgevoerd op één locatie, in India (Bangalore).			

**Tekstvak 2.2 WHODAS 2.0 veldstudies: Betrouwbaarheid en validiteit***Studielocaties*

Studies zijn uitgevoerd op onderstaande 16 locaties

Locatie	<i>n</i>	Locatie	<i>n</i>
Oostenrijk (Innsbruck)	100	Luxemburg (Luxemburg)	98
Cambodja (Phnom Penh)	98	Nederland (Den Haag)	50
China (Beijing)	100	Nigeria (Ibadan)	140
Griekenland (Athene)	96	Roemenië (Timisoara)	108
India 1 (Bangalore)	100	Rusland (Moskou)	105
India 2 (Chennai)	100	Spanje (Santander)	99
India 2 (Delhi)	95	Tunesië (Tunis)	123
Italië (Rome)	96	VS (meerdere locaties)	57
Eigenschappen steekproef			
Oorsprong:	<i>n</i>		%
Algemene populatie	366		23,4
Fysieke problemen	405		25,9
Mentale of emotionele problemen	402		25,7
Alcoholgerelateerde problemen	225		14,4
Drugsgelateerde problemen	167		10,7
Geslacht:			
Vrouw	641		41,0
Man	924		59,0
Leeftijd:			
Onder 55	1304		83,3
55 jaar en ouder	261		16,7

Studies uit de eerste golf (zie Tekstvak 2.1) gebruikten eerst de 96-item versie van WHODAS 2.0 om empirische feedback te verzamelen. Deze feedback kon worden gebruikt om te bepalen welke items overbodig waren, hoe de korte versie presteerde, en wat de toepasbaarheid was van de beoordelingschaal en tijdsfad. Deze studies bestonden uit 8 stappen:

1. Volledige vertaling en terugvertaling van het instrument en het ondersteunende materiaal, met taalkundige analyse van de geconstateerde problemen.
2. Afname van het WHODAS 2.0-interview.
3. Verzamelen van aanvullende data met betrekking tot de haalbaarheid van het interview en diagnose.
4. Cognitieve evaluatie en kwalitatieve enquête met deelnemers, interviewers en andere experts.
5. WHODAS 2.0 focusgroepen.
6. Gelijkijdige toepassing van SF-12 (meetinstrument Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey) en SF-36 (versie met 36 items), en de London Handicap Scale (LHS) (6).
7. Gelijkijdige toepassing van WHOQOL (23) of de WHOQOL Brief Scale (WHOQOL-BREF) (27).
8. Optioneel gebruik van ICF-checklist (28).

Data-analyse van de eerste golf-studies concentreerde zich op het terugbrengen van het aantal items van 96 naar een handzamer aantal, en op het onderzoeken van de psychometrische eigenschappen van de vragen en de factorstructuren die het mogelijk zouden maken het instrument in te korten en tegelijk de zes domeinen te behouden.

De volgende criteria zijn gebruikt om de uiteindelijke keuze van items voor WHODAS 2.0 te bepalen:

- culturele acceptatie. Dit werd vastgesteld op basis van de kwalitatieve componenten van veldproeven (mening van experts, cognitieve evaluatie, feedback van interviewers) en op een kwantitatieve analyse van ontbrekende waarden (bijv. zekere items die in bepaalde culturen meer dan 10% ontbrekende waarden hadden) (29);
- factorladingen, die in het domein waarin het item was geplaatst hoger moesten zijn dan 0,6 (4);

- minimale overlap van items (d.w.z. lading in meer dan één domein);
- hoog onderscheidend vermogen op elk niveau, vastgesteld met behulp van modellen die zijn afgeleid van itemresponstheorie (non-parametrische benadering zoals Mokken (30) en parametrische benadering zoals het Birnbaum-model (31)); en
- minimale redundantie (bijv. verwijderen van één van twee gerelateerde items, zoals “korte tijd kunnen staan” en “lange tijd kunnen staan”).

Op basis van klassieke testtheorie en itemresponstheorie-analyse, is de versie van 96 items teruggebracht tot 34 items (4). Daarna werden nog twee items toegevoegd op basis van input van interviewers in het veld en een enquête onder experts. Eén aanvullend item had betrekking op beperkingen op het gebied van seksuele activiteit, het andere op de gevolgen van de gezondheidstoestand voor het gezin.

In de tweede golf studies werden de psychometrische eigenschappen van de herziene versie op verschillende locaties en in verschillende populaties getest, zoals samengevat in Tekstvak 2.2 (4, 15). De psychometrische eigenschappen van de 36-item versie van WHODAS 2.0 worden besproken in Hoofdstuk 3.

#### **2. 4 Uiteindelijke opbouw van WHODAS 2.0**

Er zijn drie versies van de WHODAS 2.0 ontwikkeld: een 36-itemversie, een 12-itemversie en een 12+24-itemversie. Deze versies worden hieronder alle drie besproken. Alle versies vragen naar functioneringsmoeilijkheden in de zes geselecteerde domeinen (beschreven in Sectie 2.3 hierboven) die zijn ervaren in de 30 dagen voorafgaand aan het interview.

Afhankelijk van de benodigde informatie, het ontwerp van de studie en de beschikbare tijd, kan de gebruiker kiezen tussen de drie verschillende versies van WHODAS 2.0.

##### **36-itemversie**

Van de drie versies is de 36-itemversie van WHODAS 2.0 het meest gedetailleerd. Met deze versie kunnen gebruikers scores voor de zes functioneringsdomeinen genereren en een algehele functioneringsscore berekenen.

Elk item waarop een bevestigend antwoord wordt gegeven, wordt gevolgd door een aanvullende vraag over het aantal dagen (in de afgelopen 30 dagen) waarop de respondent het specifieke probleem heeft ervaren. De 36-itemversie is in drie verschillende vormen beschikbaar: interviewer-afname, zelfinvul-versie en invulversie voor derden.

De gemiddelde interviewtijd van de 36-itemversie voor interviewer-afname is 20 minuten.

##### **12-itemversie**

De 12-itemversie van WHODAS 2.0 kan gebruikt worden voor een snelle meting van het algehele functioneren in onderzoeken of studies naar gezondheidsuitkomsten, in situaties waarin door tijdgebrek de langere versie niet kan worden afgenomen. De 12-itemversie verklaart 81% van de variantie van de 36-itemversie. Net als de 36-itemversie is ook de 12-itemversie beschikbaar in drie verschillende vormen: interviewer-afname, zelfinvul-versie en invulversie voor derden.

De gemiddelde interviewtijd van de 36-itemversie voor interviewer-afname is vijf minuten.

##### **12+24-itemversie**

De 12+24-itemversie van WHODAS 2.0 is een eenvoudige kruising van de 12-itemversie en de 36-itemversie. Deze versie gebruikt 12 items om te screenen welke functioneringsdomeinen problematisch zijn. Vervolgens kunnen tot 24 aanvullende vragen aan de respondent worden gesteld, op basis van bevestigende antwoorden op de eerste 12 items. Aldus is dit een eenvoudige, adaptieve test waarmee die 36 items zo volledig mogelijk vastlegt maar tegelijkertijd negatieve antwoorden vermijdt. De 12+24-itemversie kan alleen door een interviewer worden afgenomen, of worden afgenomen per computer door computer-adaptive testing (CAT).

Elk item waarop een bevestigend antwoord wordt gegeven, wordt gevolgd door een aanvullende vraag over het aantal dagen (in de afgelopen 30 dagen) waarop de respondent het specifieke probleem heeft ervaren. De gemiddelde interviewtijd van de 36-itemversie voor interviewer-afname is 20 minuten.

### 3 Psychometrische eigenschappen van WHODAS 2.0

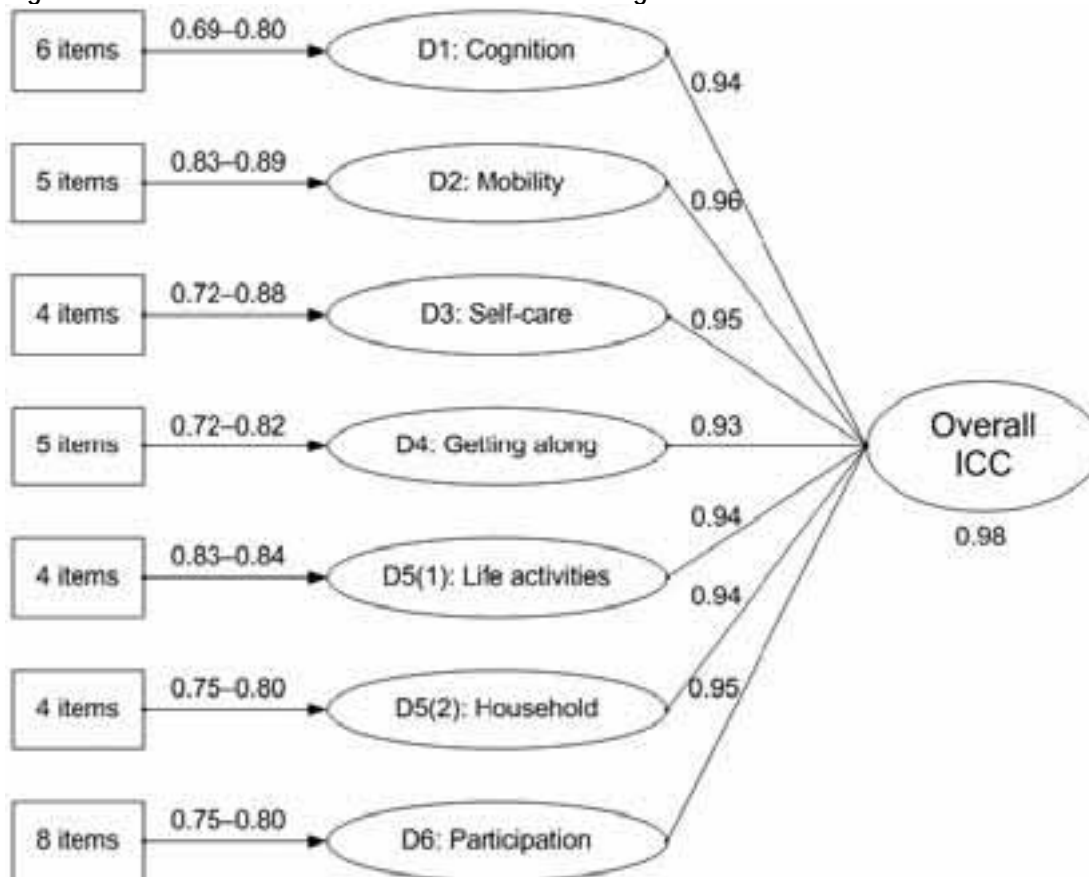
Dit hoofdstuk behandelt de psychometrische eigenschappen van WHODAS 2.0. We bespreken de uitgebreide veldstudies die in verschillende landen over de hele wereld zijn uitgevoerd, en waaruit bleek dat WHODAS 2.0 een goede betrouwbaarheid en goede itemresponseeigenschappen heeft, evenals een stevige factorstructuur die voor verschillende culturen en verschillende typen patiëntpopulaties consistent blijft. Dit hoofdstuk bespreekt ook de validiteitsstudies, waaruit is gebleken dat de resultaten die met WHODAS 2.0 zijn verkregen consistent zijn met de resultaten van andere meetinstrumenten voor gezondheid en functioneringsproblemen, en met klinische ratings en proxy ratings.

#### 3.1 Test-herstest betrouwbaarheid en interne consistentie

Zoals al in Hoofdstuk 2 is uitgelegd, zijn de test-herstestbetrouwbaarheid en de interne consistentie van WHODAS 2.0 tijdens de tweede golf studies vastgesteld. Er is een standaard test-herstestontwerp gebruikt, waarbij de tweede afnamesessie plaatsvond binnen zeven dagen na het eerste interview (gemiddelde tussentijd  $2,4 \pm 1,6$  dagen) om te zorgen voor een maximale overlap in de tijdperiode waarop beide interviews betrekking hebben. Het eerste en het tweede interview zijn afgenomen door verschillende interviewers.

De resultaten van de betrouwbaarheidsanalyse zijn te zien in Figuur 3.1 als samenvatting voor itemniveau, domeinniveau en volledig instrumentniveau. De test-herstestbetrouwbaarheid vertoonde een intraclass-coëfficiënt van 0,69-0,89 op itemniveau; 0,93-0,96 op domeinniveau; en 0,98 in totaal (volledig instrument).

Figuur 3.1 WHODAS 2.0 betrouwbaarheid: samenvatting test-herstest



D domein; ICC, intra-class coëfficiënt

a 2e golf (n-totaal = 1565; ns voor ICC afhankelijk van domein; bijvoorbeeld, van hoeveel ondervraagden op beide momenten antwoorden gaven op alle items: D1, 1448; D2, 1529; D3, 1430; D4, 1222; D5(1), 1399; D5(2) – alleen met betaald werk, 808; D6, 1431.

Gebaseerd op de antwoorden tijdens het eerste interview (tijdstip 1) zijn de interne consistenties op domein- en samenvattingsniveau onderzocht. Hierbij werd gebruik gemaakt van totale correlaties en Cronbachs alfa's<sup>5</sup> (die meten hoe goed een set variabelen of items één enkel, unidimensioneel latent construct meet). Over het algemeen liepen deze waarden uiteen van "acceptabel" tot "zeer goed". De spreiding van item-totale waarden voor de gehele steekproef zijn weergegeven in Tabel 3.1.

**Tabel 3.1 Spreiding van item-totale waarden voor de gehele steekproef**

Domein	Spreiding
1	0,59-0,70
2	0,74-0,79
3	0,47-0,73
4	0,52-0,76
5	0,88-0,94
6	0,54-0,74

Cronbachs alfa-niveaus waren over het algemeen zeer hoog, zoals is weergegeven in Tabel 3.2.

**Tabel 3.2 Cronbachs alfa-niveaus voor WHODAS 2.0<sup>a</sup> domeinscores en totale scores, van de gehele steekproef en per subgroep**

	Domein							
	1	2	3	4	5(1)	5(2)	6	Totaal-score
<i>n</i>	1444	1524	1425	1217	1396	807	1428	578
Cronbachs alfa totaal <i>n</i> = 1565	0,94	0,96	0,95	0,94	0,94	0,94	0,94	0,98
Populatiegroep								
Algemeen	0,93	0,96	0,94	0,93	0,91	0,95	0,93	0,97
Drugs	0,91	0,94	0,92	0,88	0,92	0,89	0,94	0,98
Alcohol	0,93	0,91	0,87	0,94	0,93	0,90	0,93	0,98
Geestelijk	0,94	0,93	0,92	0,94	0,92	0,94	0,93	0,98
Fysiek	0,92	0,96	0,96	0,92	0,95	0,94	0,94	0,97
Geslacht								
Vrouw	0,95	0,96	0,95	0,96	0,94	0,96	0,97	0,99
Man	0,92	0,96	0,95	0,91	0,94	0,93	0,94	0,98
Leeftijd								
<55 jaar	0,94	0,96	0,95	0,94	0,94	0,94	0,96	0,98
≥ 55 jaar	0,90	0,95	0,94	0,93	0,93	0,99	0,95	0,99

<sup>a</sup> Domeinen – 1: Cognitie, 2: Mobiliteit, 3: Zelfverzorging, 4: Omgaan met mensen, 5(1): Activiteiten (huishouden), 5(2): Activiteiten (werk), 6: Participatie

### **3.2 Factorstructuur**

De factoranalyse van de eerste golf liet een hiërarchische structuur met twee niveaus zien, waarbij één algemene functioneringsbeperking-factor op de zes domeinen laadt (zie Figuur 3.2). De meeste vragen pasten het best in het domein waar ze idealiter aan zouden worden toegewezen, wat de unidimensionaliteit van de domeinen bevestigde; de enige uitzondering bestond uit enkele vragen over ontspanning in Domein 5, die eigenlijk thuishoren in Domein 6.

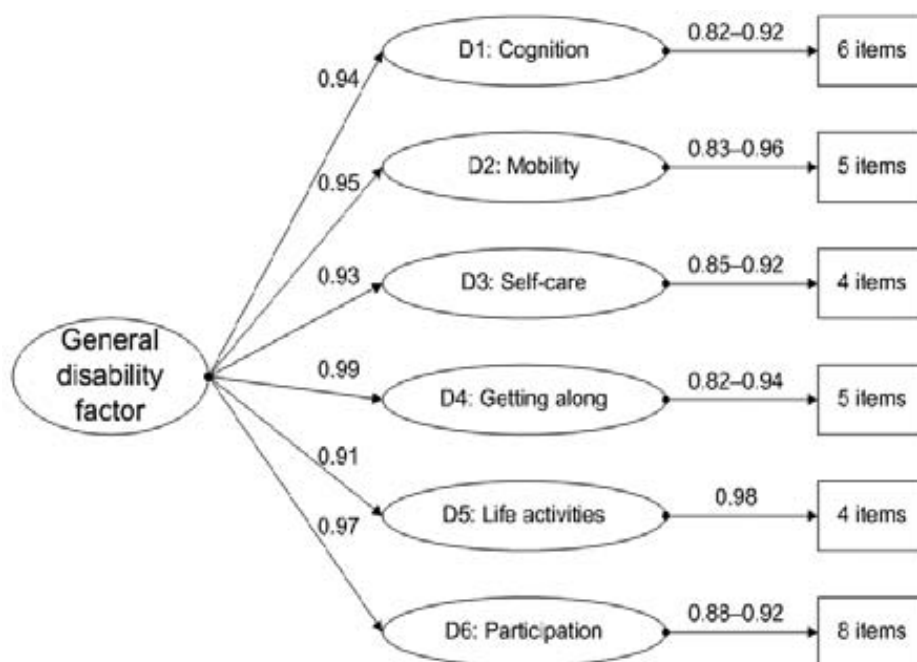
<sup>5</sup> Cronbachs alfa is een maat voor de betrouwbaarheid waarmee een set variabelen of items één enkel, unidimensioneel latent construct meet.

Variante verklaard door een eerste algemene factor was als volgt:

- Domein 1 (cognitie) – 47%
- Domein 2 (mobiliteit) – 54%
- Domein 3 (zelfverzorging) – 54%
- Domein 4 (omgaan met mensen) – 62%
- Domein 5 (activiteiten) – 31%
- Domein 6 (participatie) – 51%

Bevestigende factoranalyse toonde een logisch verband aan tussen de factorstructuur van de items en de domeinen, en tussen de domeinen en een algemene functioneringsbeperking-factor. Deze resultaten bevestigen opnieuw de unidimensionaliteit van de domeinen. De factorstructuur was in alle geteste populaties en verschillende locaties vergelijkbaar. Factoranalyse van de tweede golf leverde in essentie dezelfde resultaten op.

Figuur 3.2 WHODAS 2.0 factorstructuur <sup>a</sup>



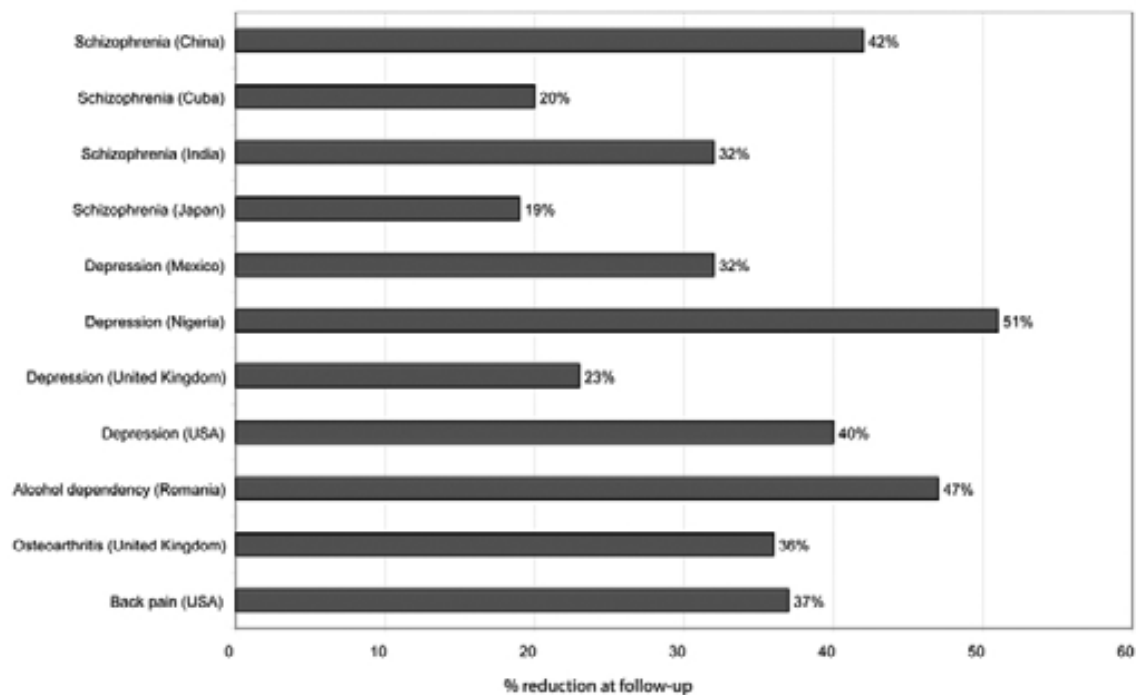
<sup>a</sup> Bevestigende factoranalyse ronde 1 (n=1050 zonder de werksectie)

### 3.3 Cross-culturele veranderingsgevoeligheid

In verschillende populaties en behandelsettings wereldwijd zijn WHODAS 2.0-responsiviteitsstudies uitgevoerd; zie de resultaten in Figuur 3.3. Alle studies volgden hetzelfde protocol, waarbij de 36-itemversie voor interviewer-afname op ten minste twee verschillende momenten werd afgenomen: eenmaal wanneer de respondent werd opgenomen in de studie en opnieuw bij de follow-up (minimaal vier weken later). Tijdens alle studies werd op beide momenten ook een ander meetinstrument voor functioneringsproblemen afgenomen (bijv. LHS of SF-36, zie Tabel 1.1 in Hoofdstuk 1), en werd de ernst van de aandoening bepaald aan de hand van de inschatting van de arts of een gestandaardiseerd meetinstrument (bijv. Clinical Global Impression, Hamilton Depression Rating Scale).



Figuur 3.3 WHODAS 2.0 percentage afname bij follow-up



Er werd vastgesteld dat WHODAS 2.0 globaal minimaal even veranderingsgevoelig was als andere instrumenten die het sociaal functioneren meten. Studiespecifieke effectgrootte liep van 0,46 voor ambulante zorg voor depressieve ouderen in het Verenigd Koninkrijk, tot 1,38 voor ambulante zorg van recent doorverwezen schizofreniepatiënten in China (29).

Figuur 3.3 geeft ook de afname van WHODAS 2.0-scores in elke studie weer. Een analyse van alle respondenten uit de verschillende studies heeft aangetoond dat de somscores m.b.t. verandering niet werden beïnvloed door socio-demografische factoren, wat erop wijst dat WHODAS 2.0 in verschillende culturen toegepast kan worden.

### 3.4 Item-responskarakteristieken

Bij tweede golf-onderzoeken zijn WHODAS 2.0-items getest met zowel een gedichotomiseerde versie – geen/niet (met een toegekende waarde van "0") ten opzichte van een beperking (met een toegekende waarde van "1", "2", "3", "4") – als hun oorspronkelijke versie met een 5-punts Likert-schaal. Bij dichotome items is het Rasch-model toegepast op beide steekproeven en beide versies (d.w.z. met inclusie van werk-items tegenover exclusie van werk-items). Bij polytome items is de aanname van ordinale itemstappen geëvalueerd door nader onderzoek van voorwaardelijke overgangswaarschijnlijkheden tussen aangrenzende categorieën voor een gedeeltelijk Rasch-model (dat als een polytome uitbreiding van de Rasch-schaal kan worden beschouwd).

De resultaten van de onderzoeken geven aan dat de dichotome versie WHODAS 2.0 compatibel is met Rasch-aannames, en dat de polytome versie compatibel is met het gedeeltelijke Rasch-model, op voorwaarde dat een aantal items opnieuw wordt gecodeerd (zie Hoofdstuk 6).

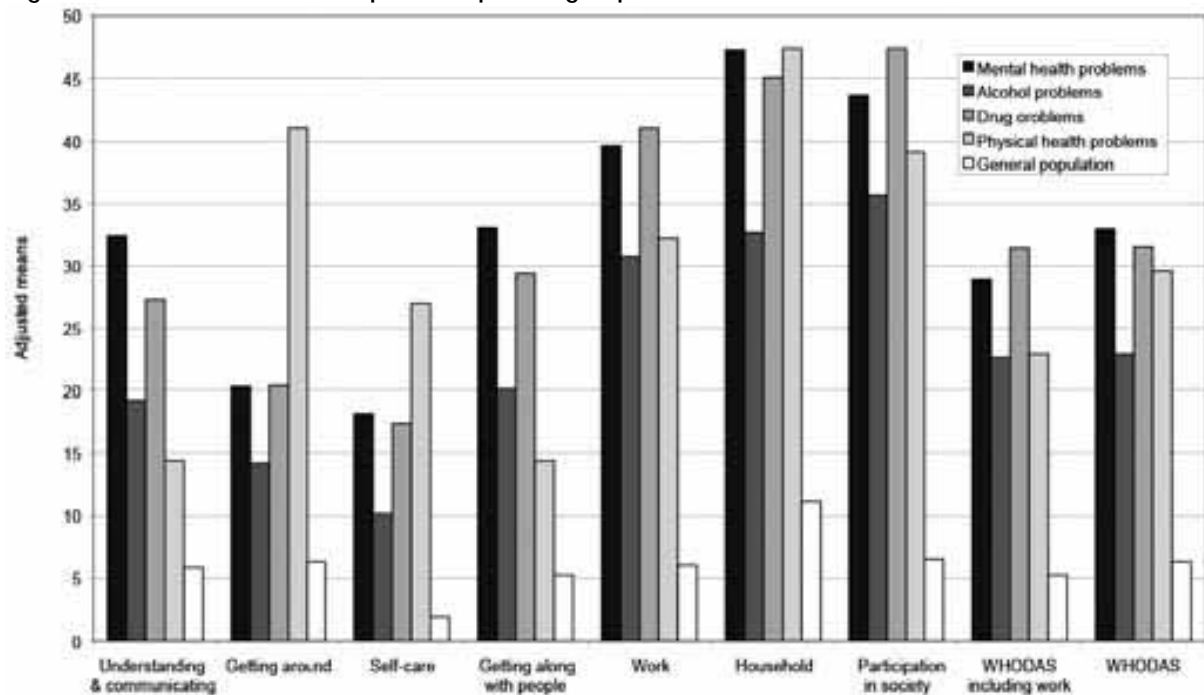
### 3.5 Validiteit

#### **Validiteit op zicht**

Met betrekking tot validiteit op zicht – met andere woorden, de indicatoren die aantonen dat het instrument meet wat het moet meten – meende 64% van de experts dat de inhoud van WHODAS 2.0 functioneringsbeperking meet zoals gedefinieerd door de ICF.

De meeteigenschappen van WHODAS 2.0 die bleken uit de verschillende behandelcategorieën, toonden belangrijke scores in de verwachte richtingen. Alle behandelgroepen (drugs, alcohol, fysiek en geestelijk) scoorden significant hoger (d.w.z., hadden meer functioneringsproblemen) dan de algemene populatiegroep, wat erop wijst dat WHODAS 2.0 geschikt is voor het herkennen en meten van functionele problemen die worden veroorzaakt door een uitgebreid scala aan onderliggende ziektes en stoornissen. Binnen de behandelgroepen waren de domeinprofielen consistent met wat men zou verwachten. Zo scoorde bijvoorbeeld de groep met fysieke problemen significant slechter dan alle andere groepen in de domeinen die de nadruk leggen op mobiliteit (d.w.z. Domein 2, mobiliteit; en Domein 3, zelfverzorging), terwijl de drugsgroep significant slechter scoorde dan andere groepen op het gebied van participatie (Domein 6). Figuur 3.4 geeft de domeinprofielen weer per subgroep.

**Figuur 3.4 WHODAS 2.0 domeinprofielen per subgroep**



### Concurrente validiteit

In de tweede studieronde is WHODAS 2.0 in verschillende landen en populaties tegelijk afgenomen met andere bekende instrumenten zoals de LHS, de SF-36, SF-12, Functional Independence Measure (FIM), WHOQOL-100 en WHOQOL-BREF (15). Deze resultaten zijn samengevat in Tabel 3.3. Hierbij worden de correlatie-coëfficiënten met relevante domeinen uit LHS, FIM en SF getoond. Zoals verwacht werden de hoogste correlaties gevonden met specifieke domeinen die vergelijkbare constructen meten; met name tussen de mobiliteitsdomeinen van FIM en WHODAS 2.0. Andere correlaties bevonden zich voornamelijk tussen 0,45 en 0,65, wat aangeeft dat WHODAS 2.0 en andere erkende testen vergelijkbare constructen gebruiken, maar ook dat WHODAS 2.0 iets meet dat zich waarneembaar onderscheidt.

Tabel 3.3 Correlatie-coëfficiënten tussen WHODAS 2.0 en vergelijkbare instrumenten

WHODAS 2.0-domein	SF-36(n=608-658)/ SF-12 (n=93-94) <sup>a,b</sup>	WHOQOL (n=257-288)	LHS (n=662-839)	FIM <sup>c</sup> (n=68-82)
1- Cognitie	-0,19/-0,10	-0,50	-0,62	-0,53
2- Mobiliteit	-0,68/-0,69	-0,50	-0,53	-0,78
3-Zelfverzorging	-0,55/0,52	-0,48	-0,58	-0,75
4-Omgaan met mensen	-0,21/-0,21	-0,54	-0,50	-0,34
5(1)-Activiteiten (huishoudelijk)	-0,54/-0,46	-0,57	-0,64	-0,60
5(2)-Activiteiten (werk)	-0,59/-0,64 (n=372/42)	-0,63 (n=166)	-0,52 (n=498)	-0,52 (n=23)
6-Participatie	-0,55/-0,43	-0,66	-0,64	-0,62

FIM, Functional Independence Measure; LHS, London Handicap Scale; SF-12, Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey; SF-36, Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey; WHOQOL, WHO Quality of Life Project.

<sup>a</sup> Aantallen tussen haakjes zijn het minimum en maximum aantal deelnemers waarop de correlaties zijn gebaseerd. Aangezien de n voor "werk" aanzienlijk lager was omdat die vragen alleen zijn gesteld aan mensen met betaald werk, zijn deze resultaten apart weergegeven.

<sup>b</sup> Voor correlaties met WHODAS 2.0-domeinen 1 en 4 zijn de SF mentale scores gebruikt. Voor alle andere domeinen zijn de SF fysieke scores gebruikt.

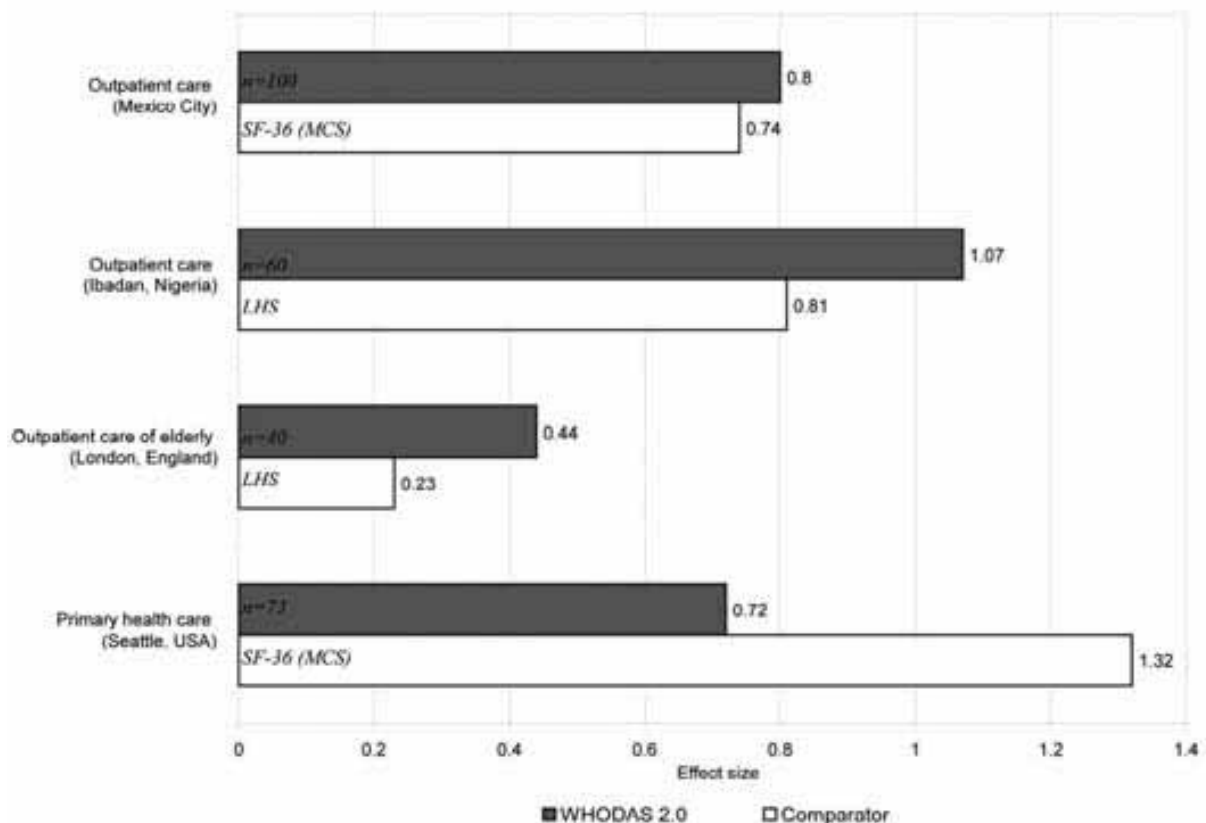
<sup>c</sup> Voor Domein 1 is de FIM-cognitiescore gebruikt als basis voor de correlatie. Voor Domein 2 is FIM-mobiliteit gebruikt. Voor alle andere domeinen is de totale FIM-score gebruikt.

### Constructvaliditeit

Voor de constructvaliditeit moeten de volgende zaken expliciet gespecificeerd worden: de dimensies van het betreffende construct, het gebied dat (zowel uniek als gezamenlijk) door de dimensies wordt afgebakend, en de verwachte (interne en externe) onderlinge relaties van de dimensies. Bewijs voor constructvaliditeit bestaat uit de mate waarin een nieuwe meetwaarde overeenkomt met een bestaande meetwaarde van hetzelfde construct, en afwijkt van een derde, minder sterk verwante meetwaarde.

Constructvaliditeit is de mate waarin de gevolgtrekkingen uit een studie kunnen worden gegeneraliseerd naar de onderliggende concepten (32). WHODAS 2.0 bezit constructvaliditeit volgens deze definitie. WHODAS 2.0 herkent de verbeteringen in het functioneren na behandeling van mensen met bepaalde gezondheidsproblemen (bijv. staar, heup- of knieproblemen, depressie, schizofrenie of alcoholproblemen). Dit wordt ook wel de "veranderingsgevoeligheid" of "responsiviteit" van een instrument genoemd (zie ook Sectie 3.3). WHODAS 2.0 was voldoende gevoelig om de veranderingen in het functioneringsprofiel van de behandelgroep te herkennen, wat overeenkomt met de onderzoeken binnen de gezondheidszorg die zijn uitgevoerd in het kader van de WHODAS 2.0 veldstudies (29). Deze verandering was statistisch significant en vergelijkbaar met, of beter dan andere bekende meetinstrumenten die in het veld regelmatig voor vergelijkbare doelen worden toegepast. Figuur 3.5 toont de veranderingsgevoeligheid van WHODAS 2.0 bij mensen die zijn behandeld voor depressie.

Figuur 3.5 WHODAS 2.0 veranderingsgevoeligheid (responsiviteit) bij behandeling voor depressie (29)



LHS, London Handicap Scale; SF-36, Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey; MCS, mental component summary. NB: de resultaten zijn weergegeven als effectgrootte (verandering in mean/SD1), zie verklarende woordenlijst.

### 3.6 WHODAS 2.0 in de algemene populatie

Nadat de betrouwbaarheid en concurrente validiteit van WHODAS 2.0 waren aangetoond, werd er een studie gestart om de eigenschappen van het instrument bij grote bevolkingsonderzoeken te testen, en om de normen voor het scoren van WHODAS 2.0 vast te stellen. Deze studie is uitgevoerd in China, Colombia, Egypte, Georgië, India, Indonesië, Iran, Libanon, Mexico, Nigeria, Singapore, Slowakije, Syrië en Turkije, als onderdeel van de MCSS (Multi-Country Survey Study on Health and Responsiveness van de WHO) (34). De steekproeven werden gekozen met probabilistische methodes, en waren nationaal of regionaal representatief.

Het bevolkingsonderzoek bestond uit 21 vragen uit de 36-itemversie van WHODAS 2.0 en mat de gezondheidsstatus volgens de eigen waarneming van de respondent. Daarnaast maakten ook tests met betrekking tot cognitie, mobiliteit en gezichtsvermogen deel uit van het onderzoek.

De MCSS toonde aan dat WHODAS 2.0 bruikbaar is in de algemene populatie, en dat het instrument voor verschillende populatiegroepen dezelfde psychometrische eigenschappen heeft. Ook zorgde de MCSS voor de data voor de normatieve scores waarmee verschillende studiepopulaties nu vergeleken kunnen worden.

Op basis van de resultaten van de MCSS, werden dezelfde concepten vervolgens ook toegepast in de WHO World Health Surveys (WHS) die in 70 landen werden uitgevoerd. Hierbij werd de bruikbaarheid en het nut van deze constructen opnieuw vastgesteld (35). Sindsdien is het instrument in aangepaste vorm ook gebruikt in de WHO World Mental Health Surveys, om de gevolgen van mentale en fysieke stoornissen te meten (36,37).

## 4 Toepassingen van WHODAS 2.0

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de toepassingsmogelijkheden van WHODAS 2.0 op populatieniveaus en klinische niveaus, bijvoorbeeld hoe het instrument gebruikt kan worden in bevolkingsonderzoeken en –registers, en voor het monitoren van resultaten bij individuele patiënten in de klinische praktijk en bij klinische studies naar het effect van behandelingen.

### 4.1 Toepassingen van WHODAS 2.0

WHODAS 2.0 is ontwikkeld als generiek meetinstrument voor de gezondheidstoestand, dat gebruikt kan worden voor verschillende doeleinden en in verschillende settings. In Tabel 4.1 vindt u samenvattingen van toepassingen van WHODAS 2.0 in onderzoeken onder algemene en specifieke populaties. Aanvullende informatie over toepassingen van WHODAS 2.0 is beschikbaar in een gebruikersdatabase op de website van WHODAS 2.0<sup>6</sup>

Tabel 4.1 Populatie-onderzoekstoepassingen van WHODAS 2.0

Naam van de toepassing	Samenvatting van de toepassing
Multi-Country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001 (MCSS) en World Health Survey (WHS)	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Nationaal representatief face-to-face onderzoek van huishoudens. MCSS uitgevoerd in 10 landen ( $n = 130.000$ ), WHS uitgevoerd in 70 landen ( $n = 240.000$ ). <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> MCSS: 12-itemversie en geselecteerde items uit de 36-itemversie en de vraagmodule over stoornisniveau; WHS: aangepaste 12-itemversie en vraagmodule over stoornisniveau. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Validatie van populatienormen van WHODAS 2.0; prevalentie van domeinspecifiek en algemeen niveau van functioneren en functioneringsproblemen (34, 35).
World Mental Health Survey (WMHS)	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Nationaal representatieve steekproef van volwassen populatie ( $n = 12.992$ ). <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 12-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Factorstructuur, interne consistentie en onderscheidend vermogen vastgesteld van de WHODAS 2.0-versie die is gebruikt bij de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (38). Bevindingen uit andere sub-studies: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verband tussen mentale en fysieke stoornissen en verschillende functiedomeinen onderzocht en vergeleken. WHODAS 2.0 is gebruikt om de status van het functioneren te meten, waarbij het WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI) werd gebruikt als maatstaf voor mentale stoornissen (39, 40).</li> <li>- De resultaten laten een sterke invloed zien van de geestelijke gesteldheid en specifieke mentale en fysieke stoornissen op functioneringsproblemen bij het werk en op de kwaliteit van leven in zes Europese landen (41).</li> </ul>
Global Study on Ageing	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Longitudinale onderzoeksprogramma met nadruk op populaties van 50 jaar en ouder, nationaal representatieve steekproeven in zes landen (China, Ghana, India, Mexico, Rusland en Zuid-Afrika). <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 12-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> lopend.
Project voor het verbeteren van statistieken m.b.t. functioneringsproblemen, WHO/United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP)	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Prototypische steekproef van algemene populatie in vijf landen (Fiji, India, Indonesië, Mongolië en de Filipijnen). <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie en vraagmodule over stoornisniveau van de WHS. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> De vragen van WHODAS 2.0 en de WHS toonden een goede specificiteit en sensitiviteit, predictieve validiteit, betrouwbaarheid, vertaalbaarheid en cognitieve begrijpelijkheid in verschillende culturen. Vragen werden aangeraden om onderdeel uit te maken van een module met vragen over functioneringsproblemen voor een volkstelling en onderzoeken (42).
Ireland's National Physical and Sensory Disability Database (NPSDD)	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Nationale populatie zoals op dit moment vastgelegd in de database ( $n = 5.191$ ) <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 12-itemversie <b>Belangrijkste bevindingen:</b> WHODAS 2.0 is gebruikt als onderdeel van een indicatorset voor routinematige verslaglegging in Ireland's National Physical and Sensory Disability Database. De database levert profielen m.b.t. functioneringsproblemen van de geregistreerde populatie voor de domeinen van WHODAS 2.0 (43,44).
Nicaraguan Survey for People with Disability	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Nationaal en subnationaal representatieve steekproef. <b>Gebruikte versie van WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> De prevalentie van functioneringsproblemen is gemeten met instrumenten die zijn gebaseerd op WHODAS 2.0. De prevalentie van functioneringsproblemen

<sup>6</sup> <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

	was hoger dan bij voorgaande schattingen; andere schattingen waren gericht op gebreken. Deze studie liet het nut van het gebruik van WHODAS 2.0 en de ICF zien (45).
Performance Assessment National Survey (Mexico)	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Nationaal en subnationaal representatieve steekproef ( $n = 39.000$ huishoudens) <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie; in het onderzoek werden acht gezondheidsdomeinen gemeten. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Het WHODAS 2.0 scoringsalgoritme is gebruikt voor het maken van een schatting van de prevalentie van functioneringsproblemen op nationaal en subnationaal niveau. De resultaten toonden het nut aan op populatieniveau gebruik te maken van een meting die is gebaseerd op de ICF. Verder zijn de resultaten gebruikt als input bij het schatten van de gezonde levensverwachting op nationaal en subnationaal niveau (46).
First National Study on Disability (Chili)	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Nationaal en subnationaal representatieve steekproef ( $n = 13.350$ huishoudens). <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Op basis van WHODAS 2.0 is een schatting op nationaal en regionaal niveau gemaakt van de prevalentie en ernst van functioneringsproblemen. De resultaten hebben bijgedragen aan een beter inzicht in de aard en omvang van functioneringsproblemen in Chili, en zijn gebruikt bij het maken van beleid en toewijzen van middelen.
Disability certification in Nicaragua	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Populatie met functioneringsproblemen. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Typering en certificering van functioneringsproblemen door gebruik van WHODAS 2.0. Identificeren van betrokken variabelen en verificatie van het nut van WHODAS 2.0 als ICF-gebaseerd instrument in een lokale context (48).
Disability prevalence and characterization study in Panama	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Nationaal en subnationaal representatieve steekproef. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Schatting van nationale en subnationale prevalentie van functioneringsproblemen. Bij de steekproef is een vragenlijst op basis van WHODAS afgenomen. Met de resultaten van deze studie is een nationale atlas van functioneringsproblemen gemaakt (49).
Tsunami Recovery Impact Assessment and Monitoring System (TRIAMS)	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Onderzoek naar huishoudens in regio's van Indonesië ( $n = 10.859$ ) en Thailand ( $n = 1.190$ ) die waren getroffen door de tsunami. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 12-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Bij de populatie in door de tsunami getroffen gebieden werd een slechter functioneringsniveau geconstateerd dan de algemene populatienorm. WHODAS 2.0 is gebruikt als indicator van gezondheidsuitkomsten in door de tsunami getroffen gebieden (50).

WHODAS 2.0 heeft in een groot aantal klinische en dienstgerichte settings zijn nut bewezen. In Tabel 4.2 vindt u een overzicht van WHODAS 2.0-validatiestudies en verschillende toepassingen (bijv. het meten van de impact van verschillende gezondheidsaandoeningen op het functioneren, identificatie van interventiebehoefte, en het monitoren van veranderingen over een bepaalde periode).

Tabel 4.2 Klinische toepassingen van WHODAS 2.0

Naam van de toepassing	Samenvatting van de toepassing
Validatie van WHODAS 2.0 in Italië	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Mensen met en zonder functioneringsproblemen. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> WHODAS 2.0 is een nuttig instrument voor het meten van functioneringsproblemen en het menselijk functioneren. Het instrument heeft een hoge betrouwbaarheid en een stabiele factorstructuur. Om standaardcores van elke macrocategorie van functioneringsproblemen te verkrijgen, zou een psychometrische evaluatie van een representatieve steekproef van Italianen met functioneringsproblemen moeten worden uitgevoerd (51).
Gebruik en uitvoerbaarheid van WHODAS 2.0 in mentale en fysieke revalidatie	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Mensen met langdurige fysieke en psychiatrische ziekten in klinische revalidatie. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Er is geconstateerd dat WHODAS 2.0 en de WHOQOL-BREF (WHO Quality of Life Brief Scale) betekenisvol en uitvoerbaar zijn (52).
Validatie van WHODAS 2.0 voor patiënten met inflammatoire artritis.	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Patiënten met inflammatoire artritis in een vroeg stadium. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie <b>Belangrijkste bevindingen:</b> WHODAS 2.0 is een valide en betrouwbaar instrument voor het meten van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven in cross-sectionele studies. Er is nog verder onderzoek nodig om potentiële redundantie van items te onderzoeken, en het nut in longitudinale studies te bepalen (53).
Validatie van WHODAS 2.0 voor beroerte-patiënten	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Beroerte-patiënten en hun directe naasten. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> WHODAS 2.0 is een betrouwbaar instrument voor het beoordelen van beroerte-patiënten, zowel bij zelfbeoordeling als beoordeling door anderen (54).
Validatie van WHODAS 2.0 voor patiënten met systemische sclerose	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Patiënten met systemische sclerose (SSc). <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> WHODAS 2.0 had goede psychometrische waarden bij patiënten met SSc en kan worden beschouwd als een valide instrument om de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij SSc te meten (55).
Functioneringsproblemen van patiënten met depressie voor en na interventie	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Patiënten met depressie. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> De ernst en het niveau van de functioneringsproblemen van depressiepatiënten voorafgaand aan en na behandeling met antidepressiva zijn bepaald (52).
Patronen van functioneringsproblemen bij ouderen in de gemeenschap	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Ouderen in de gemeenschap in Nigeria. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 12-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Identificatie van zorgpatronen en patronen in functioneringsproblemen (56).
Validatie van WHODAS 2.0 in Duitsland	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat, inwendige ziekten, beroerte, borstkanker en depressieve stoornissen. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie, Duitstalig. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> De resultaten bevestigen nut, betrouwbaarheid, validiteit, dimensionaliteit en responsiviteit van het instrument bij het meten van functioneringsproblemen en het menselijk functioneren (57).
Gezondheidsuitkomsten en terugkeer naar werk bij patiënten met meervoudige verwondingen	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Prospectieve cohortstudie bij patiënten met ernstige meervoudige verwondingen. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemstudie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> De WHODAS 2.0-scores m.b.t. functioneringsproblemen van de onderzochte populatie lieten een substantieel slechter functioneren zien, vergeleken met de data van de algemene populatie. Beroep, ernst van de verwonding, pijn, en fysiek, cognitief en sociaal functioneren droegen twee jaar na de verwonding onafhankelijk van elkaar bij aan WHODAS 2.0, en verklaarden 69% van de variantie van het model (58).
Validatie van WHODAS 2.0 in Spanje	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Verschillende klinische populaties. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie, 12-itemversie, en 12+24-itemversie, Spaanstalig. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Beschrijving van de ontwikkeling van WHODAS 2.0 in Spanje en andere Spaanstalige landen. Bevat informatie en leidraad over het afnemen van de verschillende versies van WHODAS 2.0 (in het Spaans) (59).
Validatie van WHODAS 2.0 voor patiënten met angststoornissen	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Ambulante patiënten met angststoornissen. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Vergeleken met drie andere gevestigde generieke meetinstrumenten voor effectiviteit, was WHODAS 2.0 ten minste even sensitief als andere generieke meetinstrumenten voor veranderingen in angstsymptomen, en buitengewoon sensitief voor veranderen in sociale angstsymptomen (5).
Validatie van WHODAS 2.0 voor	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Mensen met gehoorverlies op volwassen leeftijd.

patiënten met gehoorverlies	<b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> De communicatie-, participatie- en totale scores van WHODAS 2.0 kunnen worden gebruikt voor het onderzoeken van de effecten van gehoorverlies op volwassen leeftijd op het functioneren (33).
Ernst en patroon van functioneringsproblemen bij oudere Koreaanse populatie	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Oudere Koreaanse populatie. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> De ernst van de functioneringsproblemen zoals gemeten door WHODAS 2.0 werd voornamelijk in verband gebracht met fysieke gezondheid, depressie en cognitief functioneren, en niet zozeer met sociodemografische factoren (60).
Utiliteit en haalbaarheid van WHODAS 2.0 bij patiënten met langdurige psychotische stoornissen	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Patiënten die worden behandeld voor langdurige psychotische stoornissen. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> WHODAS 2.0 is een nuttige aanvulling op door artsen gescoorde meetinstrumenten voor het meten van hoe de patiënt zelf de functioneringsproblemen ervaart (61).
Validatie van WHODAS 2.0 voor patiënten in Turkije met schizofrenie	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Patiënten met schizofrenie. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Onderzocht de relatie tussen symptomen en andere patiëntkarakteristieken en vermeende stigmatisering bij patiënten met schizofrenie. Vermeende stigmatisering is gemeten met vragen uit WHODAS 2.0 (62).
Studie van kwalitatieve profielen van functioneringsproblemen met gebruik van WHODAS 2.0	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Klinische patiënten met ruggenmergletsels, ziekte van Parkinson, beroerte en depressie. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> De geïdentificeerde profielen van functioneringsproblemen vertonen overeenkomsten met de toenemende ernst van de functioneringsproblemen (63).
Validatie van WHODAS 2.0 voor oudere patiënten met schizofrenie	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Oudere patiënten met schizofrenie. <b>Gebruikte versie van WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Sterk bewijs voor de betrouwbaarheid en enig bewijs voor de validiteit van WHODAS 2.0 bij deze patiënten (64).
Onderzoek naar functioneringsproblemen door huisartsen in Frankrijk	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Patiënten van vijf verschillende huisartsen in Frankrijk. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 12-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> Er is bevonden dat WHODAS 2.0 een nuttig instrument is om functioneringsproblemen en het gebruik van diensten in huisartsenpraktijken te beschrijven (65).
Onderzoek naar geestelijke gezondheid door huisartsen in Nieuw-Zeeland	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Patiënten van een willekeurige steekproef onder huisartsen in Nieuw-Zeeland. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie, zelfinvul-versie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> De beoordeling van de huisartsen van de psychologische gezondheid van de patiënten kwam overeen met de eigen beoordeling van het functioneren door de patiënt (66).
Validatie van hiv/aids-specifieke meting	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Met hiv besmette patiënten. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> De convergente validiteit van de Multidimensional Quality of Life Questionnaire for HIV/AIDS (MQOL-HIV) met WHODAS 2.0 was voor de meeste domeinen voldoende (67).
Validatie van WHODAS 2.0 voor patiënten met depressie en lage ruggijn.	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Patiënten met depressie en lage ruggijn in de eerstelijnszorg. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> WHODAS 2.0 had een uitstekende interne validiteit en convergente validiteit in de eerstelijns-zorgomgeving. WHODAS 2.0 reageerde even gevoelig op veranderingen als SF-36 (68-70).
Utiliteit en haalbaarheid van WHODAS 2.0 bij patiënten met de ziekte van Bechterew (ankylosing spondylitis, AS)	<b>Populatiekarakteristieken:</b> Patiënten met AS. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-itemversie. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> WHODAS 2.0 is een nuttig instrument voor het meten van functioneringsproblemen bij AS, omdat het accuraat overeenkwam met ziektespecifieke instrumenten en vergelijkbare responsiviteitsscores liet zien. Bevonden werd dat een verandering op korte termijn op WHODAS 2.0 overeenkwam met een verandering in het fysieke functioneren (71).
Gebruikmaking van WHODAS 2.0 bij de Nationale Revalidatiedienst (Argentinië)	<b>Populatiekarakteristieken:</b> 1.100 patiënten met door de Nationale Revalidatiedienst bevestigde functioneringsproblemen. <b>Gebruikte versie WHODAS 2.0:</b> 36-item en 12+24-itemversies. <b>Belangrijkste bevindingen:</b> WHODAS 2.0 bleek een nuttig instrument voor het meten van functioneringsproblemen in de Nationale Revalidatiedienst (72).



## 4.2 Verdere ontwikkeling van WHODAS 2.0

### Module stoornissen

Bij het selecteren van items die in WHODAS 2.0 zouden worden opgenomen, werden stoornissen in het algemeen vermeden aangezien deze grotendeels ziekte-specifiek zijn. Desalniettemin komen sommige stoornissen relatief algemeen voor, en zijn hiervoor zowel beoordeling als speciale interventies noodzakelijk. Veel gebruikers hebben gevraagd om de ontwikkeling van een speciale module met betrekking tot stoornissen van lichaamsfuncties en -structuren.

Het is voorstelbaar dat een toekomstige WHODAS 2.0-stoornissenmodule afgeleid zou kunnen worden van een selectie van zekere stoornisdomeinen voor gebruik in algemene populaties, zoals vastgesteld in Bijlage 9 van de ICF (2). De stoornissen in Tabel 4.3 zijn ontwikkeld op basis van deze lijst van domeinen, en gebruikt in de MCSS en World Health Surveys (34, 35).

Tabel 4.3 Stoornisvragen, gebruikt in de WHO Multi-Country Survey Study en de World Health Surveys

1	Hoeveel <u>lichamelijke pijn</u> heeft u gehad? <sup>a</sup>
2	Hoeveel <u>lichamelijk ongemak</u> heeft u gehad?
3	Heeft u een <u>probleem</u> gehad met de <u>huid van uw gezicht, lichaam, armen of benen</u> ?
4	Heeft u een probleem gehad met uw <u>uiterlijk</u> ten gevolge van <u>een ontbrekende, verlamde of misvormde arm, been of voet</u> ?
5	Hoeveel moeite heeft u gehad met het <u>gebruiken van uw handen en vingers</u> , bijvoorbeeld voor het oprapen van kleine voorwerpen of het openen of sluiten van verpakkingen?
6	Hoeveel moeite heeft u gehad met het <u>zien en herkennen van een bekende aan de overkant van de straat</u> ? (Houdt u hierbij rekening met uw bril, als u die draagt.) <i>Lees de tekst tussen haakjes voor als u ziet dat de respondent een bril draagt.</i> <sup>b</sup>
7	Hoeveel moeite heeft u gehad met het <u>zien en herkennen van een voorwerp op afstand van een armlengte</u> , of met lezen? (Houdt u hierbij rekening met uw bril, als u die draagt.) <i>Lees de tekst tussen haakjes voor als u ziet dat de respondent een bril draagt.</i>
8	Hoeveel moeite heeft u gehad om <u>iemand aan de overkant van de kamer op normale toon te horen praten</u> ? (Houdt u hierbij rekening met een gehoorapparaat, als u dat draagt.) <i>Lees de tekst tussen haakjes voor als u ziet dat de respondent een gehoorapparaat gebruikt.</i>
9	Hoeveel moeite heeft u gehad bij het <u>verstaan van een gesprek met één gesprekspartner in een rustige kamer</u> ? (Houdt u hierbij rekening met een gehoorapparaat, als u dat draagt.) <i>Lees de tekst tussen haakjes voor als u ziet dat de respondent een gehoorapparaat gebruikt.</i>
10	Hoeveel last heeft u gehad met <u>plassen</u> (urineren) of het ophouden van uw plas (incontinentie)?
11	Hoeveel last heeft u gehad met uw <u>ontlasting</u> , inclusief constipatie?
12	Hoeveel last heeft u gehad <u>van kortademigheid zonder dat u zich had ingespannen</u> ?
13	Hoeveel last heeft u gehad van <u>kortademigheid na een lichte inspanning</u> , zoals 20 meter heuvelop lopen of een trap van 12 treden beklimmen?
14	Heeft u last gehad van tien minuten of langer achter elkaar <u>hoesten of piepende ademhaling</u> ?
15	Hoe vaak heeft u slaapproblemen gehad, zoals niet goed kunnen inslapen, 's nachts vaak wakker worden, of 's ochtends te vroeg wakker zijn?
16	Hoeveel last heeft u gehad van <u>verdrietige, teneergeslagen of depressieve gevoelens</u> ?
17	Hoeveel last heeft u gehad van <u>zorgen of angsten</u> ?

<sup>a</sup> Nadruk is onderstreept.

<sup>b</sup> Instructies voor de interviewer zijn schuingedrukt.

## Module omgevingsfactoren

Op dit moment bevat WHODAS 2.0 geen meting van omgevingsfactoren. Het onderzoek naar het functioneren van de respondent bevat vragen met betrekking tot de huidige omgeving van de respondent, maar de codering is gebaseerd op het functioneren en de functioneringsproblemen, niet op de omgeving.

Er zou een module ontwikkeld kunnen worden die de omgevingsfactoren zou beoordelen en vragen zou stellen over het effect van de omgeving op iemands functioneren. Dit zou bijvoorbeeld bereikt kunnen worden door het toevoegen van:

- aanvullende vragen met betrekking tot de omgevingsfactoren waarvoor in de huidige WHODAS 2.0 problemen zijn vastgesteld
- een nieuwe module over de omgeving in zijn geheel, om de omgeving onafhankelijk van de WHODAS 2.0-domeinen te beoordelen.

Tijdens de veldstudies in de ontwikkelingsfase is alleen de eerstgenoemde benadering geprobeerd. De complexiteit en afnametijd van het interview namen hierdoor toe, maar sommige mensen vonden het wel nuttig. Dit heeft ertoe geleid dat het WHO-projectteam heeft besloten dit als apart ontwikkelingsproject te zullen uitvoeren in een toekomstige versie van WHODAS 2.0.

## Versie voor artsen

Behandelend artsen nemen over het algemeen niet graag gestructureerde vragenlijsten af, omdat de eisen voor standaardisatie het natuurlijke verloop van een gesprek kunnen verstoren. De basisinformatie kan worden gevat in een meer arts-vriendelijk beoordelingsschema dat flexibeler is, maar tevens meer diepgaande vraagmogelijkheden biedt voor artsen. Een goed voorbeeld van deze vorm van beoordelen is de SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) (73). Het basiskenmerk van SCAN is het bepalen van domeinen en items, terwijl de arts tegelijkertijd de aanwezigheid en ernst van die domeinen en items kan evalueren in de eigen gesprekstijl.

## Jeugd- en kinderversie

In de basis is WHODAS 2.0 ontwikkeld voor volwassen populaties. In veldproeven is WHODAS 2.0 in sommige landen wel afgenomen bij jongeren boven de 12, maar gezien de strenge onderzoekscriteria kunnen we op dit moment gebruik bij mensen onder de 18 jaar nog niet aanbevelen.

In het licht van het wereldwijd groeiende belang van kinder- en jeugdpopulaties en de aankomende Kinderen en Jeugd-versie van de ICF (ICF-CY), wordt de behoefte om het functioneren en de functioneringsproblemen van kinderen en jeugd te onderzoeken prominenter. Daarom verkent de WHO momenteel de ontwikkeling van een kinder- en jeugdversie van WHODAS 2.0.

## Koppeling van WHODAS 2.0 aan *disability weights*

Onderzoeken naar de gemiddelde gezondheid van een populatie combineren data over functioneringsproblemen met voortijdige sterftecijfers om de ziektelast te berekenen voor volksgezondheidsdoelen. Gezien het belang van deze onderzoeken (*summary measures*) is een van de belangrijkste toepassingen van WHODAS 2.0 geweest om te voorzien in informatie over de mate waarin functioneringsproblemen voorkomen in verschillende populaties.

In bepaalde delen van de wereld is geen epidemiologische informatie beschikbaar over de functioneringsproblemen van populaties met bepaalde ziektes; daarom hebben de uitvoerders van onderzoek naar de gemiddelde gezondheid van populaties ervoor gekozen andere schattingsmethoden te gebruiken. De berekening vereist een waarde met de naam *disability weights* (gewicht van de functioneringsproblemen), in de econometrie ook bekend als "preferentie" of "waardetoekenning" (*valuation*). Er worden verschillende technieken gebruikt om een schatting van deze waarde te verkrijgen van experts, mensen die de ziekte hebben, of algemene populaties.

WHODAS 2.0 is geen waarderingsinstrument. Instrumenten die de gezondheidstoestand bepalen kunnen beter worden omschreven als een "omschrijving" van de functioneringsproblemen, waar *disability weight* eerder een "waarde toekent" aan de functioneringsproblemen. Deze twee constructen moeten op logische wijze worden

gekoppeld om betere *disability weights* te verkrijgen, in plaats van gebruik te maken van complexe schattingstechnieken. Op deze manier kan de epidemiologie van functioneringsproblemen empirische informatie bijdragen aan *disability weights*.

Een gezamenlijk project van WHO/INH omvatte ook een supplement om deze koppeling te verkennen (74). Het onderzoek vond plaats binnen de MCSS, waarin de WHODAS 2.0 werd gebruikt in combinatie met andere waarderingsinstrumenten zoals "visuele analoge schaal" en "TTO" (time trade off) (34). De resultaten tonen aan dat WHODAS 2.0 met de juiste regressietechnieken *disability weights* zou kunnen genereren. Omdat valuatietechnieken vereisen dat er uitgebreide interviews moeten worden afgenomen, is deze methode een goed alternatief voor bevolkingsonderzoeken.

# Deel 2

## Praktische aspecten van het afnemen en scoren van WHODAS 2.0

---

## 5 WHODAS 2.0 afnemen

WHODAS 2.0 is met succes afgenomen in zowel populaties als klinische settings in verschillende culturen. Dit hoofdstuk geeft generieke informatie en instructies voor de verschillende manieren om WHODAS 2.0 af te nemen, algemene richtlijnen voor de toepassing van het instrument en een leidraad voor het ontwikkelen van versies in verschillende talen.

### 5.1 Toegang en gebruiksvoorwaarden voor WHODAS 2.0 en vertaalde versies

De WHO geeft vrije toegang tot WHODAS 2.0 en het gebruik ervan, en houdt daarom geen copyright op het instrument. Iedereen die WHODAS 2.0 wil gebruiken mag dat doen, nadat hij of zij een online registratieformulier heeft ingevuld op de website van WHODAS 2.0.<sup>7</sup> De informatie die met het registratieformulier wordt verzameld, helpt de WHO bij het verbeteren en delen van de kennisbasis van WHODAS 2.0-toepassingen en zorgt ervoor dat WHODAS 2.0-gebruikers op de hoogte blijven van de laatste informatie en ontwikkelingen met betrekking tot het instrument.

Gebruikers van WHODAS 2.0 hebben niet het recht om substantiële veranderingen in het instrument aan te brengen, tenzij ze daarvoor expliciet toestemming hebben gekregen. Sectie 4.2 omschrijft de belangrijkste gebieden voor de ontwikkeling van WHODAS 2.0 in de toekomst. Gebruikers die een bijdrage of ondersteuning aan deze werkzaamheden willen leveren, kunnen per e-mail rechtstreeks contact opnemen met de WHO.<sup>8</sup>

Op dit moment is de WHODAS 2.0 beschikbaar in de volgende talen: Albanees, Arabisch, Bengaals, Chinees (Mandarijn), Deens, Duits, Engels, Fins, Frans, Grieks, Hindi, Italiaans, Japans, Kannada, Koreaans, Kroatisch, Nederlands, Noors, Portugees, Roemeens, Russisch, Servisch, Sloveens, Spaans, Singalees, Tamil, Thai, Tsjechisch, Turks, Yoruba en Zweeds.

De WHO staat open voor verzoeken om WHODAS 2.0 te vertalen naar andere talen. Een dergelijk verzoek kan per e-mail worden gedaan.<sup>7</sup>

### 5.2 Mogelijkheden voor het afnemen van WHODAS 2.0

Er zijn drie verschillende manieren voor het afnemen van WHODAS 2.0: de zelfinvul-versie, interviewer-afname en de invulversie voor derden. De wijze van afnemen van elke versie wordt hieronder besproken.

#### 5.2.1 Zelfinvul-versie

Een papieren versie van WHODAS 2.0 is geschikt om zelf met potlood in te vullen. Alle vragen zijn op vergelijkbare wijze opgesteld, verwijzen naar hetzelfde tijdsbestek en gebruiken dezelfde antwoordschaal. Hierdoor is de stijl van het instrument gebruiksvriendelijk, overzichtelijk en doelmatig. Het wordt aangemoedigd dat gebruikers de WHODAS 2.0-versies uit deel 3 kopiëren voor onderzoeksdoeleinden.

#### 5.2.2 Interview

WHODAS 2.0 kan tijdens een persoonlijk gesprek of telefonisch worden afgenomen. Ook hier is de stijl gebruiksvriendelijk en worden onnodige herhalingen vermeden. Kennis van algemene interviewtechnieken is voldoende om het interview in deze vorm af te nemen. Hoofdstuk 7 bevat per vraag specificaties die elke interviewer moet beheersen. Via de WHO is hulp bij scholing beschikbaar. In Hoofdstuk 10 is een test opgenomen die gebruikt kan worden om de kennis met betrekking tot WHODAS 2.0 te toetsen.

#### 5.2.3 Door derden

Het kan wenselijk zijn om het functioneren te laten beoordelen door een derde partij, in plaats van de persoon die geïnterviewd wordt. Er kan aan bijvoorbeeld familieleden, zorgverleners of andere waarnemers worden gevraagd hun kijk te geven op de functiedomeinen die in WHODAS 2.0 zijn geformuleerd. Uit tests tijdens veldonderzoeken is gebleken dat de zienswijze van derden een nuttige bijdrage kan leveren.

---

<sup>7</sup> <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

<sup>8</sup> Stuur een e-mail naar [who-fic@rivm.nl](mailto:who-fic@rivm.nl)

### 5.3 Scholing in het gebruik van WHODAS 2.0

#### **Standaardisering**

Het WHODAS 2.0-interview moet bij elke deelnemer op dezelfde wijze worden afgenomen. Deze standaardisering zorgt er mede voor dat verschillen in de antwoorden van de deelnemers niet worden veroorzaakt door verschillen in de wijze waarop het interview is afgenomen. Wanneer een interviewer WHODAS 2.0 bijvoorbeeld bij bepaalde deelnemers afneemt in een groep, en bij andere deelnemers in een één-op-ééngesprek, dan kunnen verschillende antwoorden enkel worden veroorzaakt door de verschillende wijzen waarop het interview heeft plaatsgevonden. Datzelfde geldt voor verschillende interviewers. Als de ene interviewer vriendelijk is tegen de deelnemers, en een andere interviewer stelt zich afstandelijk op, dan kunnen de deelnemers verschillende soorten antwoorden geven. Een heldere scholing in de gestandaardiseerde procedures helpt dergelijke mogelijkheden te voorkomen.

Deze handleiding voorziet in richtlijnen voor het gestandaardiseerd afnemen van WHODAS 2.0. Iedereen die de test afneemt moet deze richtlijnen lezen en zorgvuldig opvolgen. De essentie van standaardisering is ervoor te zorgen dat alle versies van WHODAS 2.0 bij elk gebruik op dezelfde wijze worden afgenomen. Dat is de sleutel tot succes.

#### **Privacy**

Elke deelnemer moet voldoende privacy hebben. Dit zorg ervoor dat de deelnemer zich op zijn gemak voelt, wat op zijn beurt weer zorgt voor antwoorden die zo accuraat mogelijk zijn. Als WHODAS 2.0 bijvoorbeeld wordt ingevuld in een wachtkamer, moet er voldoende ruimte zijn tussen de deelnemer en degene die naast hem of haar zit, om te voorkomen dat de buurman of -vrouw de antwoorden kan lezen. Wordt WHODAS 2.0 afgenomen door middel van een interview, dan moet dit plaatsvinden in een afgesloten kamer zodat de antwoorden niet onverhoeds door anderen kunnen worden opgevangen.

#### **Referentiekaders voor het beantwoorden van vragen**

Bij alle versies van WHODAS 2.0 moeten respondenten bij het beantwoorden van de vragen rekening houden met de volgende referentiekaders:

- kader 1 – moeilijkheidsgraad
- kader 2 – ten gevolge van de gezondheidstoestand
- kader 3 – in de afgelopen 30 dagen
- kader 4 – gemiddeld genomen over goede en slechte dagen
- kader 5 – zoals de respondent de activiteit gewoonlijk uitvoert
- kader 6 – items die in de afgelopen 30 dagen niet zijn voorgekomen of ervaren worden niet beoordeeld

#### **Referentiekader 1 – moeilijkheidsgraad**

Tijdens het interview worden er vragen aan de respondenten gesteld over de moeilijkheidsgraad, oftewel hoeveel moeite zij hadden, bij het uitvoeren van verschillende activiteiten. Moeite hebben met een activiteit betekent voor WHODAS 2.0:

- zwaardere inspanning
- ongemak of pijn
- traagheid
- veranderingen in de manier waarop iemand de activiteit uitvoert

#### **Referentiekader 2 – ten gevolge van de gezondheidstoestand**

Respondenten worden gevraagd een antwoord te geven over moeilijkheden ten gevolge van hun gezondheidstoestand, zoals:

- ziekten, kwalen of andere gezondheidsproblemen
- verwondingen of blessures
- geestelijke of emotionele problemen
- problemen met alcohol
- problemen met drugs

Interviewers mogen de respondenten er gerust aan herinneren na te denken over moeilijkheden met activiteiten in relatie tot hun gezondheidstoestand, en niet in relatie tot andere oorzaken. Bijvoorbeeld: Item D3.1 van WHODAS 2.0 bevat de vraag "Hoeveel moeite had u met het wassen van uw hele lichaam?" De mogelijke antwoorden zijn als volgt:

Geen/niet	Enigszins	Nogal	Veel	Heel veel / kan ik niet
1	2	3	4	5

Als een respondent alleen moeite heeft met douchen of in bad gaan omdat het koud is, wordt dit item beoordeeld met "1" voor geen/niet. Kan de respondent zich echter niet wassen vanwege artritis, dan wordt het item beoordeeld met "5" voor heel veel/kan ik niet.

### Referentiekader 3 – in de afgelopen 30 dagen

Het geheugen is het meest betrouwbaar over de periode van een maand. Daarom is als tijdsbestek voor WHODAS 2.0 gekozen voor de afgelopen 30 dagen.

### Referentiekader 4 – gemiddeld genomen over goede en slechte dagen

Sommige respondenten zullen in 30 dagen soms meer, en soms minder moeilijkheden hebben ervaren. In dat geval moet de respondent worden gevraagd een beoordeling te geven van het gemiddelde van goede en slechte dagen.

### Referentiekader 5 – zoals de respondent de activiteit gewoonlijk uitvoert

Respondenten moeten beoordelen hoeveel moeite ze hebben gehad, en daarbij rekening houden met hoe ze de activiteit normaal gesproken doen. Als er gewoonlijk hulpmiddelen of persoonlijke hulp beschikbaar is, moeten ze dat in gedachten houden. Voorbeeld: zoals hierboven beschreven is de vraag bij item D3.1 "Hoeveel moeite had u met het wassen van uw hele lichaam?", en de mogelijke antwoorden lopen uiteen van "geen/niet" tot "heel veel/kan ik niet".

Als een respondent met ruggenmergletsel dagelijks hulp krijgt bij het in bad gaan en dus geen moeilijkheden ondervindt bij het wassen van zijn/haar hele lichaam dankzij de beschikbare hulp, moet het item worden beoordeeld met "1" voor geen/niet. Interviewers die willen evalueren wat de toegevoegde waarde van persoonlijke hulp of een hulpmiddel is, wordt geadviseerd de vraag tweemaal te stellen (d.w.z. met en zonder hulpmiddel / persoonlijke hulp). In het voorbeeld van de respondent met ruggenmergletsel zou het item worden beoordeeld met "1" (voor geen/niet) met hulp, maar "5" (voor heel veel/kan ik niet) zonder hulp.

### Referentiekader 6 – items die niet van toepassing zijn

WHODAS 2.0 heeft als doel om vast te stellen hoeveel moeilijkheden iemand ervaart bij activiteiten die hij of zij daadwerkelijk doet, in tegenstelling tot activiteiten die iemand wel zou willen of kunnen doen, maar niet daadwerkelijk doet. Interviewers moeten daarom bepalen of de antwoorden van toepassing zijn. In item D2.5 wordt bijvoorbeeld gevraagd "Hoeveel moeite had u met een lange afstand lopen, bijvoorbeeld een kilometer?", met mogelijke antwoorden die uiteenlopen van "geen/niet" tot "heel veel/kan ik niet", en "niet van toepassing".

Als een respondent geen kilometer kan lopen omdat hij of zij een gebroken been heeft, zou het item worden beoordeeld als "5" voor heel veel/kan ik niet. Heeft de respondent echter niet geprobeerd om een kilometer te lopen omdat hij of zij overal met de auto heengaait, dan moet het item de code "N/A" krijgen (*not applicable*, niet van toepassing).

Een ander voorbeeld is item D3.4, dat deze vraag stelt: "Hoeveel moeite had u met alleen zijn gedurende enkele dagen?" De mogelijke antwoorden lopen weer uiteen van "geen/niet" tot "heel veel/kan ik niet", of "niet van toepassing". Als een respondent in een gezinssituatie woont en de afgelopen 30 dagen niet alleen is geweest, krijgt het item de code "N/A" (*not applicable*, niet van toepassing).

## 6. Scoren van WHODAS 2.0

In dit hoofdstuk wordt het scoren van de korte (12-itemversie) en lange (36-itemversie) van WHODAS 2.0 uitgelegd. Bij het scoren van de volledige versie van WHODAS 2.0 wordt rekening gehouden met de betaald werk-status van de respondent; er worden 32 items gebruikt als de respondent geen betaald werk doet. In dit hoofdstuk vindt u ook algemene populatienormen, waarmee individuele personen of groepen kunnen worden vergeleken met populatiestandaarden die zijn ontleend aan grote internationale steekproeven.

### 6.1 WHODAS 2.0 somscores

Voor zowel de lange als de volledige versie van WHODAS 2.0 zijn er twee basisopties voor het berekenen van de somscores: eenvoudig en complex.

#### Eenvoudig scoresysteem

Bij het eenvoudige scoresysteem (*simple scoring*) worden de scores die aan elk van de items zijn toegekend – “geen/niet” (1), “enigszins” (2), “nogal” (3), “veel” (4) en “heel veel/kan ik niet” (5) bij elkaar opgeteld. Deze methode wordt eenvoudig genoemd, omdat de scores van alle items eenvoudigweg bij elkaar worden opgeteld, zonder hercoderen of samenvoegen van responscategorieën; er vindt dus geen weging van individuele items plaats. Deze benadering is praktisch wanneer er handmatig wordt gescoord, en kan als methode de voorkeur krijgen in een drukke klinische setting of in situaties waarin de interviews met pen en papier worden uitgevoerd. Verkregen scores door gebruik van dit systeem zijn specifiek voor de betreffende steekproef en mogen niet worden beschouwd als zijnde vergelijkbaar met andere populaties.

De psychometrische eigenschappen van WHODAS 2.0 zijn zodanig dat deze berekening, waarbij scores worden opgeteld, kan worden toegepast. Klassieke psychometrische analyse (75) heeft aangetoond dat de structuur van WHODAS 2.0 unidimensioneel is, en een hoge interne consistentie heeft (76). Hierdoor vormt de optelsom van alle items in alle domeinen een statistisch gegeven dat voldoende is om de mate van functioneringsbeperking te beschrijven.

#### Complex scoresysteem

Het meer complexe scoringssysteem heet scoring op basis van itemresponstheorie (IRT). Hierbij wordt rekening gehouden met de verschillende moeilijkheidsgraden van elk WHODAS 2.0-item. Wanneer dit type scoresysteem wordt gebruikt voor WHODAS 2.0, kunnen verfijndere analyses worden gemaakt die gebruik maken van de volledige informatie van de responscategorieën voor comparatieve analyses tussen populaties of subpopulaties. Dit scoresysteem kijkt separaat naar de codering van elk item als “geen/niet”, “enigszins”, “nogal”, “veel” en “heel veel/kan ik niet”. Vervolgens wordt de somscore bepaald met behulp van een computer, die daarbij differentiële weging van de items en de ernst toepast. Het systeem bestaat in feite uit drie stappen:

- Stap 1: Optellen van de hergecodeerde itemscores binnen elk domein
- Stap 2: Optellen van alle zes de domeinscores
- Stap 3: Converteren van de somscore naar een eenheid tussen 0 en 100 (met 0=geen functioneringsbeperking en 100= volledig functioneringsbeperkt).

Het computerprogramma is beschikbaar via de website van de WHO<sup>9</sup> en is daarnaast opgenomen in Hoofdstuk 8 als SPSS-syntax. De syntax kan eenvoudig worden aangepast voor andere statistiekenpakketten. Vragen kunnen per e-mail aan de WHO worden gesteld.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

<sup>10</sup> Stuur een e-mail naar [who-fic@rivm.nl](mailto:who-fic@rivm.nl)



## 6.2 WHODAS 2.0-domeinscores

WHODAS 2.0 levert domeinspecifieke scores op voor zes verschillende functioneringsdomeinen: cognitie, mobiliteit, zelfverzorging, omgaan met mensen, activiteiten (huishoudelijk en werk) en participatie. De items binnen deze domeinen worden in Hoofdstuk 7 gedetailleerd beschreven. Gebruikers die WHODAS 2.0-domeinscores willen verkrijgen, moeten de volledige versie (d.w.z. de 36-itemversie) gebruiken. De domeinscores geven gedetailleerdere informatie dan de somscore. Deze informatie kan nuttig zijn om individuele personen of groepen onderling te vergelijken, of te vergelijken met de populatiestandaard, en voor vergelijkingen tussen verschillende momenten in de tijd (bijv. voor en na interventie, of andere vergelijkingen).

Alle WHODAS 2.0-domeinscores worden berekend door middel van het eenvoudige scoresysteem of het IRT-scoresysteem (16), waarbij dat laatste wordt aangeraden voor het vergelijken van populaties.

## 6.3 WHODAS 2.0 populatienormen

De populatienormen van WHODAS 2.0 zijn oorspronkelijk gegenereerd uit twee studies:

- Een betrouwbaarheids- en validiteitsstudie (2<sup>e</sup> golf, beschreven in Sectie 2.3)
- De MCSS (34). Deze studie is uitgevoerd onder algemene populatiesteekproeven in tien landen (China, Colombia, Egypte, Georgië, India, Indonesië, Iran, Libanon, Mexico, Nigeria, Singapore, Slowakije, Syrië en Turkije). Een subset van deze data is gebruikt voor het genereren van de algemene populatienormen voor WHODAS 2.0.

Gezamenlijk hebben deze databronnen de initiële populatienormen voor WHODAS 2.0 voortgebracht. Wanneer er nieuwe data beschikbaar komen, zullen deze normen periodiek door de WHO worden geüpdatet en gepubliceerd op de website van de WHO.

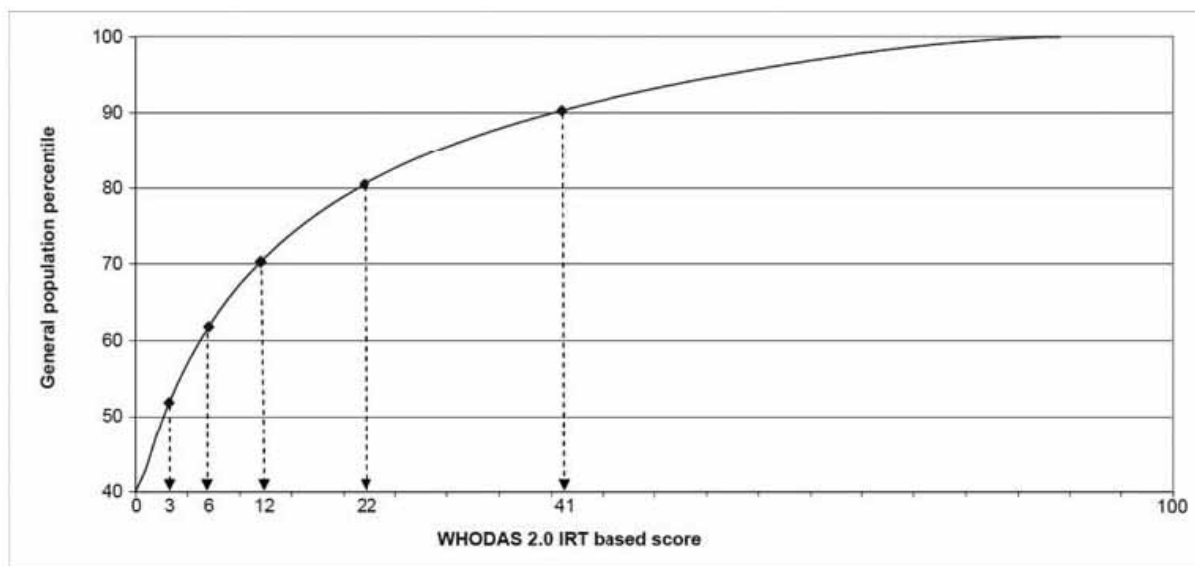
In Tabel 6.1 vindt u de populatienormen voor scoring op basis van de itemresponstheorie van de volledige versies van WHODAS 2.0.

Figuur 6.1 geeft dezelfde informatie weer in een grafiek. Zoals blijkt uit de grafiek correspondeert een persoon met 22 positieve itemresponses (x-as: *WHODAS IRT based score*) met het 80<sup>ste</sup> percentiel (y-as: *population percentile*).

**Figuur 6.1 Populatienormen voor scoring op basis van IRT van volledige versie van WHODAS 2.0**

Somscore	Populatiepercentiel
0	40,00
1	46,83
2	52,08
3	56,20
4	59,58
5	62,46
6	64,94
7	67,12
8	69,05
9	70,78
10	72,35
15	78,42
20	82,66
25	85,85
30	88,35
35	90,38
50	94,69
70	98,14
90	99,90
100	100,00

Figuur 6.1 Populatieverdeling voor scoring op basis van IRT 36-itemversie WHODAS 2.0



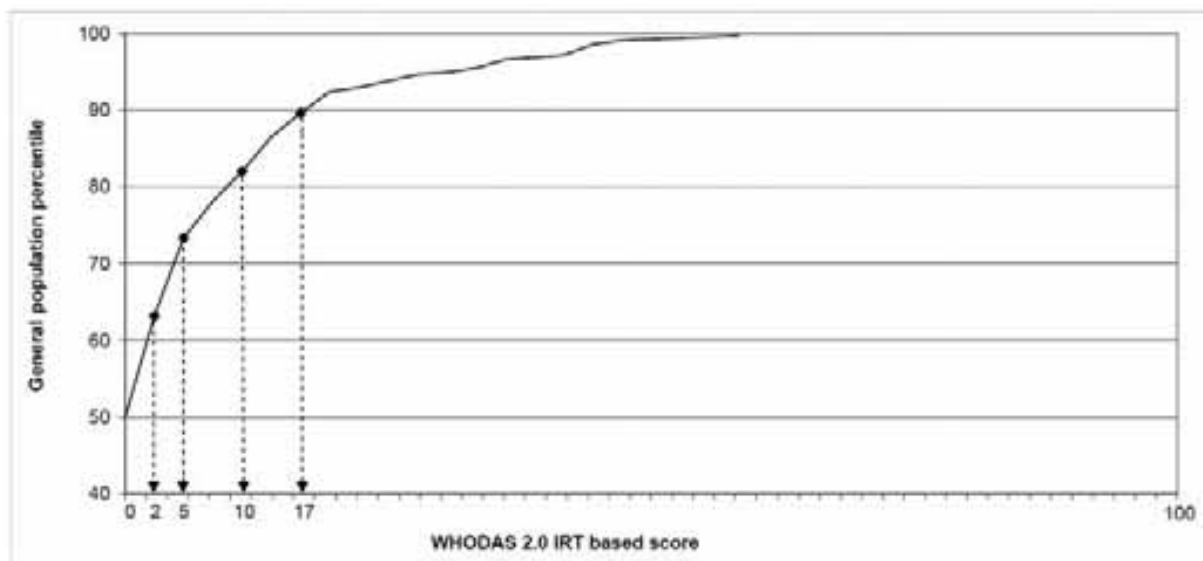
Bron: WHO Multi-Country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001 (34)

In Tabel 6.2 vindt u somscores en populatiepercentiel voor scoring op basis van IRT van de korte versie van WHODAS 2.0. Figuur 6.2 vat de tabel samen in een grafiek. Zoals blijkt uit de grafiek correspondeert een persoon met een score van 17 (x-as: *WHODAS IRT based score*) met het 90<sup>ste</sup> percentiel (y-as: *population percentile*).

Tabel 6.2

Somscore	Populatiepercentiel
0	50,00
2,8	63,2
5,6	73,3
8,3	78,1
11,1	82,0
13,9	86,5
16,7	89,6
19,4	92,4
22,2	93,0
25,0	93,8
27,8	94,7
30,6	94,9
41,7	97,2
58,3	99,7
100	100,00

Figuur 6.2 Populatiedistributie voor scoring op basis van IRT 12-itemversie WHODAS 2.0



Bron: WHO Multi-Country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001 (34)

Populatiennormen kunnen op verschillende manieren worden gebruikt. Ze voorzien in waarden die kunnen worden gebruikt om verschillende groepen met elkaar te vergelijken, zoals groepen met een diagnose van fysieke problemen met groepen met een diagnose van geestelijke gezondheidsproblemen. Om bijvoorbeeld de mate en ernst van functioneringsproblemen na een hartinfarct te vergelijken met de mate en ernst van functioneringsproblemen als gevolg van zware depressiviteit, raden wij aan de respectievelijke algemene populatiennormen (d.w.z. percentielen) te gebruiken voor de analyse.

#### **6.4 WHODAS 2.0-itemscores**

Het kan voorkomen dat gebruikers individuele items willen vergelijken, of enkele items naar keuze willen samenvoegen voor een vergelijking. De onbewerkte itemscores van WHODAS 2.0 kunnen worden gebruikt als ordinale schaal die de mate weergeeft waarin een respondent moeite ervaart bij het uitvoeren van de betreffende functie. De mate van moeite begint bij "geen moeite" en loopt op via "enigszins", "nogal", "veel" tot "heel veel/kan ik niet". Elk niveau geeft een toename aan in de mate waarin moeite wordt ervaren.

Evenals de algehele somscore, kunnen de itemscores van WHODAS 2.0 op twee manieren worden gebruikt:

- *dichotome (ja/nee) schaal* – geeft aan dat de respondent moeite ervaart in een bepaald functioneringsdomein. Hierbij is de responschaal voor "enigszins", "nogal", "veel" tot "heel veel/kan ik niet" samengevoegd tot één positieve codering; en
- *polytome (meerdere niveaus) schaal* – waarin de mate van moeite is behouden, d.w.z. wordt uitgesplitst in "enigszins", "nogal", "veel" of "heel veel/kan ik niet".

Individuele vergelijkingen op item-niveau zijn dermate gedetailleerd dat zij een polytome scoring vereisen. Voor grotere groepen kan de dichotome scoring worden gebruikt.

Itemscores kunnen worden gebruikt in gevallen waarbij de frequentie van moeite of moeilijkheden binnen een gegeven domein moet worden vastgelegd.

#### **6.5 Omgaan met ontbrekende data binnen WHODAS 2.0**

Er is een eenvoudige en een complexe manier om om te gaan met ontbrekende data binnen WHODAS 2.0. Beide worden hieronder beschreven.

##### **Eenvoudige benadering**

Wij hebben vastgesteld dat de volgende methodes werkten in experimentele condities, bij grote dataverzamelingen, waarin het mogelijk was kunstmatige situaties voor ontbrekende data te creëren en de WHODAS 2.0-scalen opnieuw te berekenen.

- Voor de korte versie van WHODAS 2.0: De eenvoudigste benadering als er maar voor één item een waarde ontbreekt, is het gemiddelde van de overige items te gebruiken als score voor het ontbrekende item in de 12-itemversie van WHODAS 2.0. Deze methode mag niet worden gebruikt als er meer dan één item niet is ingevuld.
- Voor de volledige versie van WHODAS 2.0: gebruik de volgende benadering als er meer dan één item ontbreekt:
  - o Als de respondent niet werkt en antwoorden heeft gegeven voor de 32-itemversie, kan de score worden gebruikt zoals die is. De score kan dan worden vergeleken met die van de volledige 36-itemversie.
  - o In alle andere gevallen waarin één of twee items ontbreken, moet de gemiddelde score van alle overige items aan de ontbrekende items worden toegekend. Deze methode mag niet worden gebruikt als er meer dan twee items niet zijn ingevuld. Daarnaast mogen de twee ontbrekende items niet uit hetzelfde domein komen wanneer er scores per domein worden berekend.

##### **Complexe benadering**

Onderzoekers die werken met grotere dataverzamelingen waarbij veel meer andere achtergrondvariabelen aanwezig zijn, kunnen complexere benaderingen gebruiken. Deze methodes moeten ook worden toegepast wanneer er meer dan één item ontbreekt in de 12-itemversie, en wanneer er meer dan twee items ontbreken in de 36-itemversie.

De eerste optie is een zogenaamde "hot deck"-toerekeningsprocedure. Hiermee worden ontbrekende itemresponses ingevuld met van waardes die zijn vastgelegd bij vergelijkbare (d.w.z. gedeelde eigenschappen zoals geslacht en leeftijd) respondenten, die willekeurig zijn geselecteerd en voor wie dezelfde dataset wel compleet was. Het voordeel van deze procedure is dat de distributie van itemwaardes behouden blijft (77). Er zijn verschillende algoritmes voor het implementeren van deze toerekeningsprocedure beschikbaar.

De tweede optie is het gebruik van een meervoudige toerekeningsprocedure. In tegenstelling tot de "hot deck"-methode, die voor elke ontbrekende waarde één enkele waarde invult, wordt bij de meervoudige toerekeningsprocedure elke ontbrekende waarde vervangen door een set plausibele waarden die de onzekerheid over de toe te rekenen waarde weergeven. Deze meervoudig toegerekende datasets (gewoonlijk tussen de 3 en 10) worden dan geanalyseerd met de standaardprocedures voor complete datasets en de gecombineerde resultaten uit deze analyses (78).

## 7 Specificaties per vraag

Dit hoofdstuk bevat achtergrondinformatie over de intentie van elke vraag in WHODAS 2.0. Wanneer een respondent uitleg vraagt over een bepaalde vraag, moet de interviewer deze informatie gebruiken en **geen eigen interpretatie geven**.

Elke sectie van WHODAS 2.0 komt in alfabetische volgorde aan bod, op basis van de letter die voorafgaat aan het vraagnummer. In dit hoofdstuk zijn de vragen vetgedrukt weergegeven, de informatie over wat er moet worden genoteerd of waarom is niet vetgedrukt.

### 7.1 Vragen A1-A5 Demografische informatie en achtergrondinformatie

Deze sectie moet worden ingevuld met betrekking tot de persoon bij wie het interview wordt afgenomen. Wordt het interview ingevuld door een derde, dan moet hij/zij de vragen beantwoorden met betrekking tot de respondent.

A1	Noteer het geslacht zoals waargenomen
A2	<b>Hoe oud bent u nu?</b> Noteer de leeftijd
A3	<b>Hoeveel jaar heeft u in totaal op school gezeten en gestudeerd?</b> Als de respondent met school of een studie is gestopt, telt u een gedeeltelijk jaar niet mee. Als iemand zowel fulltime als in deeltijd een opleiding heeft gevolgd, noteert u het aantal jaren fulltime onderwijs. Wanneer iemand een jaar heeft overgedaan (zittenblijven) wordt dat geteld als twee jaren.
A4	<b>Wat is uw huidige burgerlijke staat?</b> Laat de respondent de vraag beantwoorden zonder vooraf de mogelijke antwoorden voor te lezen. Als het antwoord niet exact overeenkomt met een van de keuzemogelijkheden, vraag dan verduidelijking door de keuzes voor te lezen die zouden kunnen overeenkomen met het antwoord.  Kies de optie die het best weergeeft wat de huidige burgerlijke staat is. Is de respondent bijvoorbeeld in het verleden gescheiden maar op dit moment getrouwd, noteer dan alleen getrouwd.
A5	<b>Wat is de beste omschrijving voor uw voornaamste werksituatie?</b> Selecteer de optie die de huidige voornaamste werksituatie van de respondent het beste weergeeft. Bij twijfel over hoe de respondent gecodeerd moet worden (bijv. als huisman/huisvrouw of als werkloos) gaat u uit van de eigen beoordeling van de respondent met betrekking tot werkstatus.  Er is geen minimum aantal uren per week waaraan een respondent moet voldoen om in aanmerking te komen voor de categorie betaald werk. Evenzo hoeven studenten niet fulltime te studeren om als student te worden aangemerkt. In sommige versies wordt dit item gebruikt om te bepalen of de serie vragen m.b.t. werk uit domein 5 aan de respondent zullen worden gesteld. Daarom kiest u, bij twijfel over het antwoord op dit item, altijd voor een categorie waardoor de respondent voldoet aan de voorwaarde om de vragen over werk in domein 5 te beantwoorden.  Als de respondent antwoordt dat hij of zij werkloos is, vraag dan: "Is dat vanwege gezondheidsredenen of vanwege andere redenen?" en scoor in overeenstemming met het antwoord.

## 7.2 Vragen D1.1-D1.6: de zes domeinen

### Domein 1: Cognitie

In domein 1 van WHODAS 2.0 worden vragen gesteld over communicatie en mentale activiteiten. Specifieke deelgebieden zijn o.a. concentreren, onthouden, vinden van oplossingen, leren en communiceren.

	Hoeveel moeite had u de afgelopen 30 dagen met:
D1.1	<b>Concentreren op het doen van iets gedurende tien minuten?</b>
	De vraag is bedoeld om te bepalen hoeveel moeite de respondent had om zich een korte periode, hier gedefinieerd als 10 minuten, te concentreren. Over het algemeen begrijpen respondenten dit item goed. Mocht er echter om verduidelijking worden gevraagd, stimuleer de respondent dan om na te denken over hun concentratie onder normale omstandigheden, en niet wanneer ze zijn afgeleid door een probleem, of een ongewoon drukke omgeving. Help respondenten indien nodig op weg door hen te laten nadenken over hun concentratie tijdens activiteiten zoals werktaken, lezen, schrijven, tekenen, een instrument bespelen, iets in elkaar zetten, enzovoort.
D1.2	<b>Onthouden om belangrijke dingen te doen?</b>
	Deze vraag gaat om het onthouden van dingen van dagelijks belang. De vraag heeft geen betrekking op het onthouden van niet-relevante inhoud of gedetailleerde informatie uit het verleden. Vraag respondenten hoe goed ze onthouden om dingen te doen die voor henzelf of hun gezin belangrijk zijn. Als een respondent normaal gesproken een bepaald geheugensteuntje gebruikt – bijvoorbeeld dingen opschrijven, een elektronische herinnering of ergens aan herinnerd worden door een helper/assistent – beoordeel de prestaties dan met inbegrip van het geheugensteuntje.
D1.3	<b>Analyseren en vinden van oplossingen voor moeilijkheden in het dagelijks leven?</b>
	Dit item betreft een complexe activiteit waarbij veel mentale functies betrokken zijn. Als respondenten niet zeker weten wat dit item inhoudt, vraag hen dan na te denken over een probleem waarmee ze in de afgelopen 30 dagen zijn geconfronteerd. Is er eenmaal een probleem vastgesteld, vraag de respondenten dan na te denken over hoe goed het is gelukt om: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vast te stellen dat er een probleem was ontstaan</li> <li>- het probleem op te delen in beheersbare stukken</li> <li>- een aantal verschillende mogelijke oplossingen te bedenken</li> <li>- de voor- en nadelen van elke oplossing te beoordelen</li> <li>- te bepalen wat de beste oplossing was, alles in aanmerking genomen</li> <li>- de gekozen oplossing uit te voeren en te evalueren</li> <li>- een alternatieve oplossing te kiezen als bleek dat de eerste keus niet geslaagd was.</li> </ul>
D1.4	<b>Leren van een nieuwe taak, bijvoorbeeld de weg naar een nieuwe plaats?</b>
	In deze vraag wordt het leren van een nieuwe route aangedragen als voorbeeld. Als de respondent om verduidelijking vraagt, of alleen na lijkt te denken over het leren van de weg naar een nieuwe plaats, stimuleer hem of haar dan na te denken over andere situaties in de afgelopen maand waarin iets nieuws geleerd moest worden, zoals: <ul style="list-style-type: none"> <li>- een taak op het werk (bijv. een nieuwe procedure of opdracht)</li> <li>- school (bijv. een nieuwe les)</li> <li>- thuis (bijv. leren iets te repareren)</li> <li>- ontspanning (bijv. een nieuw spel of nieuwe handwerkvaardigheid leren).</li> </ul> <p>Vraag aan de respondenten of ze, wanneer ze zichzelf beoordelen, in overweging nemen hoe vlot ze de nieuwe informatie begrepen, hoeveel herhaling of hulp ze nodig hadden om het te leren, en hoe goed ze het geleerde hebben onthouden.</p>
D1.5	<b>Over het algemeen begrijpen wat mensen zeggen?</b>
	Vraag respondenten na te denken over hun gebruikelijke manier van communiceren (bijv. gesproken taal, gebarentaal, gebruik van een hulpmiddel zoals een gehoorapparaat, etc.) en te beoordelen hoeveel moeite ze over het algemeen hebben om de boodschappen van anderen te begrijpen. <p>Respondenten moeten hierbij alle situaties waarmee ze in de afgelopen 30 dagen zijn geconfronteerd in aanmerking nemen, zoals situaties waarin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- andere mensen snel spraken</li> <li>- er sprake was van geluid of herrie op de achtergrond</li> <li>- er sprake was van afleiding.</li> </ul> <p>Problemen die werden veroorzaakt door het communiceren met iemand met een andere moedertaal moeten</p>

	niet worden meegerekend bij het beoordelen van deze vraag.
D1.6	<b>Een gesprek beginnen of gaande houden?</b>
	<p>Beoordeel zowel het beginnen als gaande houden van een gesprek. Als respondenten aangegeven dat ze meer moeite hebben met het beginnen dan met het gaande houden van een gesprek (of vice versa), vraag hen dan te beoordelen hoeveel moeite ze gemiddeld genomen met beide activiteiten hadden om de uiteindelijke mate van moeite te kunnen beoordelen.</p> <p>Onder gesprek wordt verstaan: datgene wat de gebruikelijke wijze van communiceren is (gesproken, geschreven, gebarentaal, gebaren). Als respondenten voor hun communicatie gewoonlijk gebruik maken van hulpmiddelen, verzeker u er dan van dat de gegeven beoordeling van de moeilijkheid uitgaat van gesprekken die zijn gevoerd met gebruikmaking van die hulpmiddelen.</p> <p>Vraag respondenten na te denken over alle mogelijke factoren met betrekking tot hun gezondheidstoestand die voor hen van belang zijn bij het beginnen en gaande houden van een gesprek. Denk daarbij aan voorbeelden zoals gehoorverlies, taalproblemen (bijv. na een beroerte), stotteren en angsten.</p>

## Domein 2: Mobiliteit

Activiteiten die in Domein 2 van WHODAS 2.0 aan de orde komen zijn onder andere staan, zich verplaatsen binnen de woning, het huis uit komen en een lange afstand lopen.

	Hoeveel moeite had u de afgelopen 30 dagen met:
D2.1	<b>Staan gedurende lange tijd, zoals 30 minuten?</b>
D2.2	<b>Opstaan vanuit zithouding?</b>
	De vraag heeft betrekking op het opstaan vanuit zittende houding in een stoel, op een bank of op het toilet. De vraag gaat niet over opstaan vanuit een zittende houding op de grond.
D2.3	<b>Het zich verplaatsen binnen uw woning?</b>
	Dit item heeft betrekking op het zich van kamer naar kamer verplaatsen, en het zich verplaatsen binnen de kamer, waarbij gebruik wordt gemaakt van de hulpmiddelen of persoonlijke hulp die gewoonlijk beschikbaar is. Als de respondent in een huis met meerdere verdiepingen woont, omvat deze vraag ook het zich zo nodig verplaatsen tussen verschillende verdiepingen.
D2.4	<b>Uit uw huis komen?</b>
	<p>Met deze vraag wordt getracht informatie te krijgen over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de fysieke (mobiliteits)aspecten die komen kijken bij het verlaten van de woning</li> <li>- emotionele of geestelijke aspecten die komen kijken bij het verlaten van de woning (bijv. depressie, angsten etc.)</li> </ul> <p>Voor deze vraag geldt dat met 'huis' de huidige woonomgeving van de respondent wordt bedoeld. Dit kan een huis zijn, een appartement of een verzorgingstehuis.</p>
D2.5	<b>Een lange afstand lopen, bijvoorbeeld een kilometer?</b>

## Domein 3: Zelfverzorging

In Domein 3 worden vragen gesteld over persoonlijke hygiëne, aankleden, eten en alleen zijn.

	Hoeveel moeite had u de afgelopen 30 dagen met:
D3.1	<b>Het wassen van uw hele lichaam?</b>
	<p>Deze vraag betreft het wassen van hun hele lichaam door respondenten, op de wijze die in hun cultuur gebruikelijk is.</p> <p>Als respondenten aangeven dat ze hun hele lichaam in de afgelopen 30 dagen niet gewassen hebben, vraag dan of dat een gevolg is van een gezondheidsaandoening (zoals gedefinieerd in WHODAS 2.0). Als de respondenten aangeven dat dit een gevolg is van een gezondheidsaandoening, codeer het item dan als "5" voor "heel veel/kan ik niet". Als respondenten aangeven dat het feit dat ze zich niet gewassen hebben niet voorkomt uit een gezondheidsaandoening, codeer het item dan als "N/A" voor "niet van toepassing".</p>
D3.2	<b>Het uzelf aankleden?</b>
	Deze vraagt beslaat alle aspecten van het aankleden van het boven- en onderlichaam. Vraag respondenten voor hun beoordeling ook na te denken over activiteiten als het bijeengaren van kleding uit opbergruimtes (bijv. kisten, ladekast), vastmaken van knoopjes en strikken van veters.
D3.3	<b>Eten?</b>
	<p>Dit item betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zelfstandig kunnen eten: dat wil zeggen het voedsel snijden, en eten en drinken van een bord of glas naar de mond brengen</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- het doorslikken van zowel eten als drinken</li> <li>- mentale en emotionele factoren die kunnen bijdragen aan moeilijkheden met eten, zoals anorexia, boulimia of depressie.</li> </ul> <p>Dit item gaat niet over het bereiden van de maaltijd.</p> <p>Als een respondent niet via orale weg eet (bijv. bij gebruik van sondevoeding) verwijst deze vraag naar moeilijkheden die zijn ondervonden bij het zelf toedienen van de niet-orale voeding: bijvoorbeeld het aansluiten en schoonmaken van een voedingspomp.</p>
D3.4	<b><u>Alleen zijn gedurende enkele dagen?</u></b>
	<p>Het doel van de vraag is om vast te stellen of en hoeveel moeite respondenten ermee hebben gehad om gedurende een langere periode en op een veilige manier alleen te zijn. Als de respondent deze situatie in de afgelopen 30 dagen niet heeft ervaren, is "N/A" de juiste beoordeling.</p> <p>Als respondenten op deze vraag antwoorden met "niet/geen", vraag dan door om te bepalen of de respondent zonder moeilijkheden alleen is geweest (in dat geval is "1" juist), of of de respondent helemaal niet alleen is geweest (in dat geval is "N/A" juist).</p>

#### Domein 4: Omgaan met mensen

Domein 4 meet interacties met anderen en moeilijkheden die in dit domein kunnen ontstaan ten gevolge van een gezondheidsaandoening. In deze context worden met "andere mensen" naasten of goede bekenden bedoeld (bijv. partner, familieleden of goede vrienden), evenals minder bekenden (bijv. vreemden).

	<b>Hoeveel moeite had u gedurende de afgelopen 30 dagen met:</b>
D4.1	<b><u>Het omgaan met mensen die u niet kent?</u></b>
	<p>Dit item gaat over het omgaan met vreemden in allerlei situaties, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- winkelpersoneel</li> <li>- onderhoudspersoneel</li> <li>- iemand aan wie u de weg vraagt</li> </ul> <p>Vraag respondenten om bij het beoordelen na te denken over zowel het benaderen van dergelijke personen, als over de vraag of de interactie succesvol is verlopen en het gewenste resultaat had.</p>
D4.2	<b><u>Het onderhouden van een vriendschap?</u></b>
	<p>Dit item omvat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contact houden</li> <li>- op de gebruikelijke manier omgaan met vrienden</li> <li>- het initiatief nemen om activiteiten met vrienden te ondernemen</li> <li>- deelnemen aan activiteiten wanneer de respondent daartoe wordt uitgenodigd</li> </ul> <p>Soms geven respondenten aan dat ze in de afgelopen 30 dagen geen activiteiten op het gebied van vriendschappen onderhouden hebben ondernomen. Vraag in dat geval of deze situatie het gevolg is van een gezondheidsprobleem (volgens WHODAS 2.0). Geef de respondent aan dat de situatie wordt veroorzaakt door een gezondheidsprobleem, codeer het item dan met "5" voor "heel veel/kan ik niet". Geef de respondent aan het niet komt door een gezondheidsprobleem, codeer het item dan met "N/A".</p>
D4.3	<b><u>Het kunnen opschieten met mensen die u nabij zijn?</u></b>
	Vraag respondenten na te denken over de relatie met iedereen die hen nabij is. Dat kunnen mensen binnen familie of gezin zijn, of daarbuiten.
D4.4	<b><u>Het maken van nieuwe vrienden?</u></b>
	<p>Dit item omvat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mogelijkheden zoeken om nieuwe mensen te ontmoeten</li> <li>- ingaan op uitnodigingen om samen iets te gaan doen</li> <li>- sociale en communicatieve acties die gericht zijn op het leggen van contact en het ontwikkelen van een vriendschap</li> </ul> <p>Soms geven respondenten aan dat ze in de afgelopen 30 dagen geen activiteiten hebben ondernomen om nieuwe vrienden te maken. Vraag in dat geval of deze situatie het gevolg is van een gezondheidsprobleem (volgens WHODAS 2.0). Geef de respondent aan dat de situatie wordt veroorzaakt door een gezondheidsprobleem, codeer het item dan met "5" voor "heel veel/kan ik niet". Geef de respondent aan het niet komt door een gezondheidsprobleem, codeer het item dan met "N/A".</p>

D4.5	<b>Seksuele activiteiten?</b>
	Vraag respondenten bij het beantwoorden van deze vraag te denken aan dat wat zij verstaan onder seksuele activiteiten. Indien er wordt gevraagd om toelichting, leg dan uit dat deze vraag betrekking heeft op: <ul style="list-style-type: none"> <li>- seksuele gemeenschap</li> <li>- knuffelen</li> <li>- kussen en zoenen</li> <li>- strelen, aaien</li> <li>- andere intieme of seksuele handelingen.</li> </ul>

## Domein 5: Activiteiten

Dit domein omvat vragen over problemen met dagelijkse activiteiten (d.w.z. activiteiten die mensen bijna elke dag doen, waaronder activiteiten die horen bij het huishouden, vrije tijd, werk en school.) Zorg ervoor dat flashcards 1 en 2 zichtbaar zijn.

	Hoeveel moeite had u gedurende de afgelopen 30 dagen ten gevolge van uw gezondheidstoestand met:
D5.1	<b>Het vervullen van uw huishoudelijke verantwoordelijkheden?</b>
	Deze algemene vraag is bedoeld om de respondenten te laten beoordelen of en hoeveel moeite zij ondervinden bij het bijhouden van het huishouden en met de zorg voor gezinsleden of andere naasten. Vraag respondenten na te denken over alle typen huishoudelijke verantwoordelijkheden en gezinsbehoeften, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> <li>- lichamelijke behoeften</li> <li>- emotionele behoeften</li> <li>- financiële behoeften</li> <li>- psychologische behoeften.</li> </ul> <p>In sommige culturen kunnen mannen aangeven dat zij geen huishoudelijke verantwoordelijkheden hebben. Leg in deze situatie uit dat met huishoudelijke verantwoordelijkheden ook wordt bedoeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het regelen en bijhouden van de financiën</li> <li>- reparaties aan de auto en in en om de woning</li> <li>- de buitenomgeving van de woning onderhouden</li> <li>- kinderen ophalen van school</li> <li>- helpen met huishoudelijk werk</li> <li>- bijdragen aan opvoeden / straffen van kinderen.</li> </ul> <p>Geef waar nodig nog andere voorbeelden die de huishoudelijke verantwoordelijkheden van mannen in de betreffende cultuur kunnen verduidelijken.</p> <p>Hier is de term "huishouden" breed gedefinieerd. In het geval van deelnemers die geen vaste verblijfplaats hebben, zijn er evengoed activiteiten die betrekking hebben op het onderhoud en de verzorging van hun eigendommen. Deze vraag heeft betrekking op die activiteiten.</p>
D5.2	<b>Het op goede wijze uitvoeren van uw belangrijkste huishoudelijke taken?</b>
D5.3	<b>Het afkrijgen van al het huishoudelijke werk dat u moest doen?</b>
	Vraag respondenten een beoordeling te geven op basis van hun eigen inschatting van in hoeverre de huishoudelijke taken zijn afgerond, en of al het huishoudelijke werk dat moet gebeuren ook wordt gedaan. Herinner respondenten er indien nodig aan, dat alleen die moeilijkheden moeten worden gemeld die een gevolg zijn van de gezondheidstoestand, en niet die de moeilijkheden die worden ervaren vanwege mogelijke andere redenen, zoals tijdgebrek (tenzij deze reden op de een of andere manier in verband staat met de gezondheidstoestand).
D5.4	<b>Het zo snel als nodig doen van uw huishoudelijke werk?</b>
	Deze vraag verwijst naar het op tijd voldoen aan de verwachtingen en behoeften van de huisgenoten (of naasten) van de respondent, in relatie tot huishoudelijke taken en verantwoordelijkheden.
D5.5	<b>Uw dagelijkse werk / studie?</b>
	Deze algemene vraag is bedoeld om respondenten te laten beoordelen of en hoeveel moeite zij hebben ondervonden bij dagelijkse werk- of schoolactiviteiten, waaronder zaken als op tijd aanwezig zijn, aanwijzingen van een leidinggevende / leraar opvolgen, leiding geven aan anderen, plannen en organiseren, voldoen aan verwachtingen op het werk, en andere relevante activiteiten.
D5.6	<b>Het goed uitvoeren van uw belangrijkste werk- of studietaken?</b>
	Met het "goed" uitvoeren van werk- of studietaken wordt bedoeld dat taken worden afgerond en conform de verwachtingen van een leidinggevende of docent, conform de eigen verwachtingen van de respondent, of

	conform de specificaties die zijn beschreven in de beoordelingscriteria van de functie of school.
D5.7	<b>Het afkrijgen van al het werk dat u moest doen?</b>
D5.8	<b>Uw werk zo snel afkrijgen als nodig was?</b>
	Deze vragen hebben betrekking op het voldoen aan kwantitatieve verwachtingen en het halen van deadlines.

## Domein 6: Participatie

In Domein 6 vindt een verschuiving plaats ten opzichte van de vraagstellingslijn die in de eerste vijf domeinen wordt gebruikt. In dit domein wordt de respondenten gevraagd te beoordelen hoe andere mensen en de wereld om hen heen hun deelname aan de maatschappij bemoeilijken. Hier brengen zij dus geen verslag uit over hun eigen grenzen en beperkingen bij het ondernemen van activiteiten, maar over de beperkingen die zij ondervinden ten gevolge van mensen, wet- en regelgeving, en andere aspecten van de wereld om hen heen.

De in de introductie onderstreepte zinsdelen moeten met nadruk worden gelezen, om de respondenten te helpen bij het aanpassen van hun denkwijze en het begrijpen van wat er gevraagd wordt. Respondenten moeten begrijpen dat deze vragen zijn gericht op de moeilijkheden die zij ondervinden ten gevolge van de gemeenschap waarin ze leven, en niet ten gevolge van hun eigen problemen. Dit domein omvat ook vragen over de impact van de gezondheidstoestand.

In de introductie van dit domein worden respondenten er nadrukkelijk aan herinnerd dat dit interview betrekking heeft op de voorgaande 30 dagen. Dit specifieke domein leent zich er echter niet bijzonder goed voor om zich te laten beperken tot zo'n korte periode. Het is daarom belangrijk dat u de respondenten vraagt zich te blijven concentreren op de referentieperiode van 30 dagen.

	<b>In de afgelopen 30 dagen:</b>
D6.1	<b>Hoeveel moeite had u met het net als anderen deelnemen aan gemeenschapsactiviteiten (zoals feestelijkheden, religieuze en andere activiteiten)?</b>
	Licht deze vraag indien nodig toe door andere voorbeelden te geven van gemeenschapsactiviteiten, zoals het bijwonen van een gemeentevergadering, bezoeken van een kermis, braderie of sportactiviteit in stad/dorp, buurt of gemeenschap. Het relevante punt van deze vraag is of respondenten aan deze activiteiten kunnen deelnemen, of dat er remmende factoren zijn waardoor ze hiervan worden weerhouden.  Als respondenten in verwarring lijken over de zinsnede "net als anderen", vraag dan of ze hun eigen beoordelingsvermogen gebruiken om: <ul style="list-style-type: none"> <li>- in te schatten in hoeverre de meeste mensen uit hun gemeenschap kunnen deelnemen aan gemeenschapsactiviteiten; en</li> <li>- overwegen hoe ze de ernst van hun eigen moeite om deel te nemen aan gemeenschapsactiviteiten beoordelen in relatie tot die inschatting.</li> </ul>
D6.2	<b>Hoeveel moeite had u als gevolg van hindernissen of belemmeringen in de wereld om u heen?</b>
	Het doel van deze vraag is te bepalen door wat, en in welke mate, respondenten ervan zijn weerhouden hun aspiraties en plannen op dezelfde manier als andere mensen te realiseren. Het gaat erom met welke externe belemmeringen, die worden opgeworpen door de wereld of andere mensen, de respondenten worden geconfronteerd. Denk aan de volgende mogelijke barrières: <ul style="list-style-type: none"> <li>- fysieke; bijvoorbeeld dat er geen rolstoelhelling is waardoor iemand de kerk niet binnen kan,</li> <li>- sociale; bijvoorbeeld wetten die mensen met functioneringsproblemen discrimineren, en de negatieve houding van andere mensen die een barriere veroorzaakt.</li> </ul>
D6.3	<b>Hoeveel moeite had u om een waardig leven te leven vanwege de houding of handelingen van anderen?</b>
	Vraag respondenten na te denken over problemen die ze hebben ondervonden bij het leven van een leven waarin zij waardigheid en trots ontleen aan wie ze zijn, wat ze doen en hoe ze hun leven leven.
D6.4	<b>Hoeveel tijd heeft u aan uw gezondheidstoestand of de gevolgen ervan besteed?</b>
	Het doel van deze vraag is het verkrijgen van een algehele beoordeling of een momentopname van de hoeveelheid tijd die de respondenten de afgelopen 30 dagen hebben besteed aan activiteiten die een rechtstreeks gevolg zijn van (het omgaan met) hun gezondheidstoestand. Hieronder valt onder andere tijd die is besteed aan activiteiten zoals: <ul style="list-style-type: none"> <li>- het bezoeken van behandelingscentra;</li> <li>- het regelen van financiële zaken die voortvloeien uit de gezondheidstoestand, zoals het betalen van rekeningen, het indienen van claims bij de verzekering of het aanvragen van een uitkering; en</li> </ul>

	- het verkrijgen van informatie over de gezondheidstoestand, of het verstrekken van informatie over de gezondheidstoestand aan derden.
D6.5	<b>In welke mate is uw stemming door uw gezondheidstoestand beïnvloed?</b>
	Deze vraag heeft betrekking op de mate waarin respondenten emotionele gevolgen van hun gezondheidstoestand hebben ondervonden. Denk aan emoties zoals boosheid, verdriet, spijt, dankbaarheid, waardering, en andere positieve en negatieve emotie.
D6.6	<b>Hoeveel heeft uw gezondheidstoestand de financiële mogelijkheden van u en uw familie aangetast?</b>
	Hier wordt familie gedefinieerd in de brede zin van gezin en familieleden; de definitie omvat echter ook mensen die geen bloedverwanten zijn, maar die door de respondent worden gezien als familie, inclusief degenen die mogelijk meedelen in de financiële aspecten van de gezondheidstoestand. De vraag richt zich op de mate waarin het spaargeld en het huidige inkomen zijn afgenomen of aangetast om te kunnen voorzien in de behoeften die zijn ontstaan ten gevolge van de gezondheidstoestand. Als respondenten een afname van inkomen of spaargeld hebben ervaren maar hun familie niet, of vice versa, moet de vraag worden beantwoord op basis van de afname die door één van beide partijen is ervaren.
D6.7	<b>Hoeveel moeite had uw familie vanwege uw gezondheidstoestand?</b>
	Hier ligt de nadruk op de problemen die ontstaan door de interactie van de gezondheidstoestand van de respondent met de wereld om hem/haar heen. Met de vraag wordt gezocht naar informatie over problemen die ten laste komen van de familie, zoals financiële, emotionele en fysieke problemen, etc. De term "familie" is hierboven gedefinieerd in D6.6.
D6.8	<b>Hoeveel moeite had u met het in uw eentje doen van dingen voor uw plezier of ontspanning?</b>
	Vraag respondenten na te denken over hobby's en ontspannende activiteiten die zij op dit moment ondernemen, en activiteiten die zij zouden willen maar niet kunnen ondernemen als gevolg van de gezondheidstoestand of beperkingen die door de omgeving worden opgelegd. Voorbeelden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- De respondent zou graag romans willen lezen, maar wordt hierin beperkt doordat de plaatselijke bibliotheek niet beschikt over groteletterboeken.</li> <li>- De respondent kijkt graag naar films, maar kan dit nooit doen omdat er bijna geen films uitkomen met ondertiteling voor doven en slechthorenden.</li> </ul> Geef een algehele beoordeling van alle problemen die zijn ervaren.

### 7.3 Vragen F1-F5: Facesheet

Vragen F1-F5 zijn bedoeld om demografische informatie over de respondent te verzamelen. Deze vragen moeten voorafgaand aan het interview door de interviewer worden ingevuld.

F1	Noteer het ID-nummer van de respondent.
F2	Noteer het ID-nummer van de interviewer.
F3	Noteer het meetmoment (1, 2 etc.)
F4	Noteer de datum van het interview in de notatie dag/maand/jaar. Vul lege posities in met 0. Voorbeeld: 1 mei 2009 wordt genoteerd als 01/05/09, niet als 1/5/09.
F5	Geef aan wat de woonsituatie van de respondent is ten tijde van het interview. <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 = Zelfstandig in maatschappij (d.w.z. woont alleen, met gezin of familieleden, of samen met vrienden in de maatschappij).</li> <li>- 2 = Begeleid wonen (d.w.z. woont in de maatschappij maar krijgt regelmatige, professionele hulp bij ten minste enkele dagelijkse activiteiten, zoals boodschappen doen, wassen en het bereiden van maaltijden).</li> <li>- 3 = Opgenomen (d.w.z. verblijft in een omgeving met 24-uurszorg, zoals een verzorgingstehuis, ziekenhuis of revalidatiecentrum).</li> </ul>

### 7.4 Vragen H1-H3: Effect van de moeilijkheden

Vragen H1-H3 bepalen in welke mate het dagelijks leven van de respondenten is beïnvloed door de verschillende moeilijkheden die zij hebben ervaren.

H1	<b>In het algemeen, op hoeveel van de afgelopen 30 dagen had u deze moeilijkheden?</b>
	Dit is een globale beoordeling van alle moeilijkheden die in dit interview zijn vastgesteld.
H2	<b>Op hoeveel van de afgelopen 30 dagen was u totaal niet in staat om uw gebruikelijke activiteiten of werk te doen vanwege een gezondheidsprobleem?</b>
	Laat respondenten hun eigen definitie van "totaal niet in staat" gebruiken bij het beantwoorden van deze vraag.

H3	<b>Op hoeveel van de afgelopen 30 dagen, de dagen dat u nergens toe in staat was niet meegeteld, moest u uw gebruikelijke activiteiten of werk beperken of verminderen vanwege een gezondheidsprobleem?</b>
	Vraag respondenten elke beperking of vermindering van gebruikelijke activiteiten te tellen, en dus niet alleen de dagen waarop zij totaal niet in staat waren activiteiten te doen.

### 7.5 Vragen S1-S12: Korte versie-vragen

Vragen die beginnen met de letter S komen alleen voor in de 12-itemversie en 12+24-itemversie voor interviewerafname van WHODAS 2.0.

- In de 12-itemversie worden alle S-items (S1-S12) altijd gevraagd.
- In de 12+24-itemversie worden S1-S5 altijd gevraagd. S6-S12 worden alleen gevraagd als de respondent bij de eerste vijf items enige moeilijkheden heeft aangegeven.

	<b>Hoeveel moeite had u in de afgelopen 30 dagen met:</b>
S1	<b><u>Staan gedurende lange tijd, zoals 30 minuten?</u></b>
S2	<b><u>Het vervullen van uw huishoudelijke verantwoordelijkheden?</u></b>
	<p>Deze algemene vraag is bedoeld om de respondenten te laten beoordelen of en hoeveel moeite zij ondervinden bij het bijhouden van het huishouden en met de zorg voor gezinsleden of andere naasten. Vraag respondenten na te denken over alle typen huishoudelijke verantwoordelijkheden en gezinsbehoeften, waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lichamelijke behoeften</li> <li>- emotionele behoeften</li> <li>- financiële behoeften</li> <li>- psychologische behoeften.</li> </ul> <p>In sommige culturen kunnen mannen aangeven dat zij geen huishoudelijke verantwoordelijkheden hebben. Leg in deze situatie uit dat met huishoudelijke verantwoordelijkheden ook wordt bedoeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het regelen en bijhouden van de financiën</li> <li>- reparaties aan de auto en in en om de woning</li> <li>- de buitenomgeving van de woning onderhouden</li> <li>- kinderen ophalen van school</li> <li>- helpen met huishoudelijk werk</li> <li>- bijdragen aan opvoeden / straffen van kinderen.</li> </ul> <p>Geef waar nodig nog andere voorbeelden die de huishoudelijke verantwoordelijkheden van mannen in de betreffende cultuur kunnen verduidelijken.</p> <p>Hier is de term "huishouden" breed gedefinieerd. In het geval van deelnemers die geen vaste verblijfplaats hebben, zijn er evengoed activiteiten die betrekking hebben op het onderhoud en de verzorging van hun eigendommen. Deze vraag heeft betrekking op die activiteiten.</p>
S3	<b><u>Leren van een nieuwe taak, bijvoorbeeld de weg naar een nieuwe plaats?</u></b>
	<p>In deze vraag wordt het leren van een nieuwe route aangedragen als voorbeeld. Als de respondent om verduidelijking vraagt, of alleen na lijkt te denken over het leren van de weg naar een nieuwe plaats, stimuleer hem of haar dan na te denken over andere situaties in de afgelopen maand waarin iets nieuws geleerd moest worden, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een taak op het werk (bijv. een nieuwe procedure of opdracht)</li> <li>- school (bijv. een nieuwe les)</li> <li>- thuis (bijv. leren iets te repareren)</li> <li>- ontspanning (bijv. een nieuw spel of nieuwe handwerkvaardigheid leren).</li> </ul> <p>Vraag aan de respondenten of ze, wanneer ze zichzelf beoordelen, in overweging nemen hoe vlot ze de nieuwe informatie begrepen, hoeveel herhaling of hulp ze nodig hadden om het te leren, en hoe goed ze het geleerde hebben onthouden.</p>
S4	<b><u>Hoeveel moeite had u met het net als anderen deelnemen aan gemeenschapsactiviteiten (zoals feestelijkheden, religieuze en andere activiteiten)?</u></b>
	<p>Licht deze vraag indien nodig toe door andere voorbeelden te geven van gemeenschapsactiviteiten, zoals het bijwonen van een gemeentevergadering, bezoeken van een kermis, braderie of sportactiviteit in stad/dorp, buurt of gemeenschap. Het relevante punt van deze vraag is of respondenten aan deze activiteiten kunnen deelnemen, of dat er remmende factoren zijn waardoor ze hiervan worden weerhouden.</p> <p>Als respondenten in verwarring lijken over de zinsnede "net als anderen", vraag dan of ze hun eigen</p>

	<p>beoordelingsvermogen gebruiken om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in te schatten in hoeverre de meeste mensen uit hun gemeenschap kunnen deelnemen aan gemeenschapsactiviteiten; en</li> <li>- overwegen hoe ze de ernst van hun eigen moeite om deel te nemen aan gemeenschapsactiviteiten beoordelen in relatie tot die inschatting.</li> </ul>
S5	<b>In welke mate is uw stemming door uw gezondheidstoestand beïnvloed?</b>
	Deze vraag heeft betrekking op de mate waarin respondenten emotionele gevolgen van hun gezondheidstoestand hebben ondervonden. Denk aan emoties zoals boosheid, verdriet, spijt, dankbaarheid, waardering, en andere positieve en negatieve emotie.
S6	<b>Concentreren op het doen van iets gedurende tien minuten?</b>
	De vraag is bedoeld om te bepalen hoeveel moeite de respondent had om zich een korte periode, hier gedefinieerd als 10 minuten, te concentreren. Over het algemeen begrijpen respondenten dit item goed. Mocht er echter om verduidelijking worden gevraagd, stimuleer de respondent dan om na te denken over hun concentratie onder normale omstandigheden, en niet wanneer ze zijn afgeleid door een probleem, of een ongewoon drukke omgeving. Help respondenten indien nodig op weg door hen te laten nadenken over hun concentratie tijdens activiteiten zoals werktaken, lezen, schrijven, tekenen, een instrument bespelen, iets in elkaar zetten, enzovoort.
S7	<b>Een lange afstand lopen, bijvoorbeeld een kilometer?</b>
	Als respondenten aangeven dat ze in de afgelopen 30 dagen niet zo'n afstand hebben gelopen, vraag dan of dat een gevolg is van een gezondheidsaandoening (zoals gedefinieerd in WHODAS 2.0). Als de respondenten aangeven dat dit een gevolg is van een gezondheidsaandoening, codeer het item dan als "5" voor "heel veel/kan ik niet". Als respondenten aangeven dat het feit dat ze niet zo ver gelopen hebben niet voorkomt uit een gezondheidsaandoening, codeer het item dan als "N/A" voor "niet van toepassing".
S8	<b>Het wassen van uw hele lichaam?</b>
	Deze vraag betreft het wassen van hun hele lichaam door respondenten, op de wijze die in hun cultuur gebruikelijk is. Als respondenten aangeven dat ze hun hele lichaam in de afgelopen 30 dagen niet gewassen hebben, vraag dan of dat een gevolg is van een gezondheidsaandoening (zoals gedefinieerd in WHODAS 2.0). Als de respondenten aangeven dat dit een gevolg is van een gezondheidsaandoening, codeer het item dan als "5" voor "heel veel/kan ik niet". Als respondenten aangeven dat het feit dat ze zich niet gewassen hebben niet voorkomt uit een gezondheidsaandoening, codeer het item dan als "N/A" voor "niet van toepassing".
S9	<b>Het uzelf aankleden?</b>
	Deze vraagt beslaat alle aspecten van het aankleden van het boven- en onderlichaam. Vraag respondenten voor hun beoordeling ook na te denken over activiteiten als het bijeengaren van kleding uit opbergruimtes (bijv. kasten, ladekast), vastmaken van knoopjes en strikken van veters.
S10	<b>Het omgaan met mensen die u niet kent?</b>
	<p>Dit item gaat over het omgaan met vreemden in allerlei situaties, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- winkelpersoneel</li> <li>- onderhoudspersoneel</li> <li>- iemand aan wie u de weg vraagt</li> </ul> <p>Vraag respondenten om bij het beoordelen na te denken over zowel het benaderen van dergelijke personen, als over de vraag of de interactie succesvol is verlopen en het gewenste resultaat had.</p>
S11	<b>Het onderhouden van een vriendschap?</b>
	<p>Dit item omvat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contact houden</li> <li>- op de gebruikelijke manier omgaan met vrienden</li> <li>- het initiatief nemen om activiteiten met vrienden te ondernemen</li> <li>- deelnemen aan activiteiten wanneer de respondent daartoe wordt uitgenodigd</li> </ul> <p>Soms geven respondenten aan dat ze in de afgelopen 30 dagen geen activiteiten op het gebied van vriendschappen onderhouden hebben ondernomen. Vraag in dat geval of deze situatie het gevolg is van een gezondheidsprobleem (volgens WHODAS 2.0). Geef de respondent aan dat de situatie wordt veroorzaakt door een gezondheidsprobleem, codeer het item dan met "5" voor "heel veel/kan ik niet". Geef de respondent aan het niet komt door een gezondheidsprobleem, codeer het item dan met "N/A".</p>
S12	<b>Uw dagelijkse werk / studie?</b>
	Deze algemene vraag is bedoeld om respondenten te laten beoordelen of en hoeveel moeite zij hebben ondervonden bij dagelijkse werk- of schoolactiviteiten, waaronder zaken als op tijd aanwezig zijn, aanwijzingen van een leidinggevende / leraar opvolgen, leiding geven aan anderen, plannen en organiseren, voldoen aan verwachtingen op het werk, en andere relevante activiteiten.

## 8 Syntax voor automatische berekening van totaalscore met gebruikmaking van SPSS

Het scoringsalgoritme hieronder kan in SPSS-format aangevraagd worden bij de uitgever.<sup>11</sup>

### Syntax voor complexe (IRT) scoring:

\*Itemscores als volgt scores: Geen/ niet = 1; Enigszins = 2; Nogal = 3; Veel = 4; Heel veel / niet = 5\*

\*Hercoderen ruwe itemscores WHODAS2.0 van 1-5 naar 0-4 voor complexe / IRT scoring. Controleer naamgeving van oorspronkelijke items.\*

```
RECODE D1_1 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D11.  
RECODE D1_2 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D12.  
RECODE D1_3 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D13.  
RECODE D1_4 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D14.  
RECODE D1_5 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D15.  
RECODE D1_6 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D16.  
RECODE D2_1 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D21.  
RECODE D2_2 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D22.  
RECODE D2_3 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D23.  
RECODE D2_4 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D24.  
RECODE D2_5 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D25.  
RECODE D3_1 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D31.  
RECODE D3_2 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D32.  
RECODE D3_3 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D33.  
RECODE D3_4 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D34.  
RECODE D4_1 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D41.  
RECODE D4_2 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D42.  
RECODE D4_3 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D43.  
RECODE D4_4 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D44.  
RECODE D4_5 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D45.  
RECODE D5_1 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D51.  
RECODE D5_2 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D52.  
RECODE D5_3 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D53.  
RECODE D5_4 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D54.  
RECODE D6_1 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D61.  
RECODE D6_2 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D62.  
RECODE D6_3 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D63.  
RECODE D6_4 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D64.  
RECODE D6_5 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D65.  
RECODE D6_6 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D66.  
RECODE D6_7 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D67.  
RECODE D6_8 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D68.  
RECODE D5_5 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D55.  
RECODE D5_6 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D56.  
RECODE D5_7 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D57.  
RECODE D5_8 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D58.  
execute.
```

### Variable labels

D11 "D1.1 Concentreren op iets gedurende 10 minuten"  
D12 "D1.2 Onthouden om belangrijke dingen te doen"

<sup>11</sup> WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications, RIVM ([who-fic@rivm.nl](mailto:who-fic@rivm.nl)).

D13 "D1.3 Analyseren en vinden van oplossingen voor moeilijkheden in het dagelijks leven"  
 D14 "D1.4 Leren van een nieuwe taak"  
 D15 "D1.5 Over het algemeen begrijpen wat mensen zeggen"  
 D16 "D1.6 Beginnen met of onderhouden van een gesprek"  
 D21 "D2.1 Het staan gedurende lange tijd?"  
 D22 "D2.2 Opstaan vanuit zithouding"  
 D23 "D2.3 Het zich verplaatsen binnen uw woning?"  
 D24 "D2.4 Uit uw huis komen?"  
 D25 "D2.5 Een lange afstand lopen, bijvoorbeeld een kilometer?"  
 D31 "D3.1 Het wassen van uw hele lichaam?"  
 D32 "D3.2 Het uzelf aankleden?"  
 D33 "D3.3 Eten?"  
 D34 "D3.4 Alleen zijn gedurende enkele dagen?"  
 D41 "D4.1 Omgaan met mensen die u niet kent?"  
 D42 "D4.2 Onderhouden van een vriendschap?"  
 D43 "D4.3 Kunnen opschieten met mensen die u nabij zijn"  
 D44 "D4.4 Nieuwe vrienden maken?"  
 D45 "D4.5 Seksuele activiteiten?"  
 D51 "D5.1 Het vervullen van uw huishoudelijke verantwoordelijkheden?"  
 D52 "D5.2 Het op goede wijze uitvoeren van uw belangrijkste huishoudelijke taken?"  
 D53 "D5.3 Het afkrijgen van al het huishoudelijk werk wat u moest doen?"  
 D54 "D5.4 Het zo snel als nodig doen van uw huishoudelijk werk?"  
 D55 "D5.5 Uw dagelijkse werk of studie?"  
 D56 "D5.6 Het goed uitvoeren van uw belangrijkste werktaken?"  
 D57 "D5.7 Het afkrijgen van al het werk dat u moest doen?"  
 D58 "D5.8 Uw werk zo snel afkrijgen als nodig is?"  
 D61 "D6.1 Hoeveel moeite had u om net als anderen deel te nemen aan gemeenschapsactiviteiten (zoals feestelijkheden, religieuze en andere activiteiten?"  
 D62 "D6.2 Hoeveel moeite had u als gevolg van hindernissen en belemmeringen in de wereld om u heen?"  
 D63 "D6.3 Hoeveel moeite had u om een waardig leven te leven als gevolg van de houding of handelingen van anderen?"  
 D64 "D6.4 Hoeveel tijd heeft u aan uw gezondheidstoestand of de gevolgen ervan besteed?"  
 D65 "D6.5 Hoe erg heeft uw stemming onder uw gezondheidstoestand geleden?"  
 D66 "D6.6 Hoeveel heeft uw gezondheidstoestand de financiële mogelijkheden van u en uw familie aangetast?"  
 D67 "D6.7 Hoeveel moeite had uw familie vanwege uw gezondheidstoestand?"  
 D68 "D6.8 Hoeveel moeite had met het in uw eentje doen van dingen voor uw plezier of ontspanning".

execute.

\*Bereken complexe (IRT) gestandaardiseerde domeinscores\*

compute do1=(D11+D12+D13+D14+D15+D16)\*100/20.  
 compute do2=(D21+D22+D23+D24+D25)\*100/16.  
 compute do3=(D31+D32+D33+D34)\*100/10.  
 compute do4=(D41+D42+D43+D44+D45)\*100/12.  
 compute do51=(D51+D52+D53+D54)\*100/10.  
 compute do52=(D55+D56+D57+D58)\*100/14.  
 compute do6=(D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)\*100/24.

\*Bereken complexe (IRT) gestandaardiseerde totaalscore zonder werkitems\*

compute st\_s32= (D11 + D12 + D13 + D14 + D15 + D16 + D21 + D22 + D23 + D24 + D25 + D31 + D32 + D33 + D34 + D41 + D42 + D43 + D44 + D45 + D51 + D52 + D53 + D54 + D61 + D62 + D63 + D64 + D65 + D66 + D67 + D68)\*100/92.



\*Bereken complexe (IRT) gestandaardiseerde totaalscore mét werkitems\*

```
compute st_s36= (D11 + D12 + D13 + D14 + D15 + D16 + D21 + D22 + D23 + D24 + D25 + D31 + D32 + D33 +  
D34 + D41 + D42 + D43 + D44 + D45 + D51 + D52 + D53 + D54 + D55 + D56 + D57 + D58 + D61 + D62 + D63  
+ D64 + D65 + D66 + D67 + D68)*100/106.
```

variable labels

do1 "Domeinscore 1 Begrijpen en communiceren"

do2 "Domeinscore 2 Bewegen en zich verplaatsen"

do3 "Domeinscore 3 Zelfverzorging"

do4 "Domeinscore 4 Omgaan met mensen"

do51 "Domeinscore 5 Huishoudelijke Activiteiten"

do52 "Domeinscore 5 Werk en studie Activiteiten"

do6 "Domeinscore 6 Deelname aan de samenleving"

st\_s32 "Gestandaardiseerde Totaalscore 32 items (zonder Werk en studie items)"

st\_s36 "Gestandaardiseerde Totaalscore 36 items".

execute.

## 9 Richtlijnen en oefeningen voor het gebruik van WHODAS 2.0

Dit hoofdstuk is bedoeld voor iedereen die WHODAS 2.0 gaat afnemen. De lezer wordt aangeraden eerst Hoofdstuk 5 te lezen (sectie 5.3), waarin het belang van zowel standaardisering als privacy met betrekking tot het verzamelen van data uit interviews wordt uitgelegd. Ook bevat Hoofdstuk 5 achtergrondinformatie over de referentiekaders voor het beantwoorden van de vragen.

### Doelen

Na het lezen van de subsectie over referentiekaders voor het beantwoorden van vragen in Hoofdstuk 5 (Sectie 5.3) kunt u:

- de zes punten opnoemen waarmee respondenten rekening moeten houden tijdens het beantwoorden van de vragen uit WHODAS 2.0; en
- onderscheid maken tussen de antwoorden "heel veel/kan ik niet" en "Niet van toepassing".

### 9.1 Specificaties voor de interviewer-afnameversies.

Deze sectie heeft alleen betrekking op de versies voor interviewer-afname en bevat informatie die specifiek is gericht op deze versies, inclusief interviewer-afnameversies voor derden.

### Doelen

Na het lezen van deze sectie met algemene instructies voor het afnemen van een interview, kunt u:

- Aangeven wat de zes hoofdpunten van een goede interviewtechniek zijn;
- Opsommen wat de hoofdpunten zijn die tijdens de introductie van een interview moeten worden doorgenomen; en
- Twee redenen opnoemen voor het geven van feedback aan respondenten tijdens het interview.

Het is zinvol om als onderdeel van uw voorbereiding op het afnemen van WHODAS 2.0 enkele algemene aanwijzingen voor het afnemen van interviews door te nemen.

Denk aan de volgende punten:

- Zorg ervoor dat u serieus en vriendelijk overkomt en straal zelfvertrouwen uit. Spanning of nervositeit kan ervoor zorgen dat de respondent zich niet op zijn gemak voelt.
- Spreek rustig en duidelijk om zo de toon voor het gesprek aan te geven.
- Laat zien dat u geïnteresseerd bent in het onderzoek.
- Denk eraan dat verschillende respondenten behoefte hebben aan een verschillende hoeveelheid informatie over het onderzoek. Pas uw introducties naar behoefte aan.

Enkele van deze punten worden hieronder verder besproken.

### Zorg voor een goede introductie

Een goede introductie van het interview is essentieel, omdat u hiermee de doelen van het interview uitlegt en de toon van de interactie zet. Zorg ervoor dat u in uw introductie de volgende elementen duidelijk maakt:

- uw naam en functie;
- dat u een professionele interviewer of arts bent;
- dat u een erkende, professionele organisatie vertegenwoordigt;
- dat het interview bedoeld is om informatie te verzamelen voor belangrijk, nuttig onderzoek;
- dat de medewerking van de respondent van wezenlijk belang is voor het welslagen van het onderzoek;
- en dat de antwoorden vertrouwelijk zijn volgens de voorschriften van wet of volgens de geldende plaatselijke voorschriften.

### Geef feedback naar behoefte

Geef tijdens het gehele interview feedback door in neutrale formuleringen te reageren op het gedrag van de respondent. Feedback is een effectief hulpmiddel waarmee u de controle over het interview kunt houden. Feedback kan worden gebruikt om:

- gefocust, aandachtig gedrag van de respondent te versterken; en
- afdwalen, afleiding en ongepaste vragen te ontmoedigen.

Wanneer respondenten ongepaste vragen stellen (bijv. door te vragen om advies, informatie of de persoonlijke ervaringen van de interviewer), gebruikt u een van de volgende antwoorden:

- "Voor dit interview zijn we juist geïnteresseerd in uw ervaringen."
- "Laten we daarover praten als we klaar zijn met het interview."
- "Daar komen we later nog op terug."

Wanneer respondenten afdwalen van de vraag door langdradige antwoorden te geven of meer informatie te geven dan nodig, gebruikt u een van de volgende antwoorden:

- "Ik moet nog een heleboel andere vragen stellen, dus laten we doorgaan naar de volgende vraag."
- "Als u daar nog verder over wilt praten, kunnen we dat doen als we klaar zijn met het interview."

Deze twee zinnen zijn heel effectief wanneer ze in combinatie met elkaar worden gebruikt. Stilte kan ook een effectief hulpmiddel zijn om ongepaste antwoorden of conversatie te ontmoedigen.

## 9.2 Typografische conventies

### Doelen

Na het lezen van deze sectie over typografische conventies, kunt u:

- De aanwijzingen voor interviewers in WHODAS 2.0 herkennen en op de juiste manier gebruiken; en
- De betekenis herkennen van de verschillende lettertypes (blauw, vetgedrukt en schuingedrukt, onderstreept), haakjes en vierkante haken.

De interviewer-afnameversies maken gebruik van de onderstaande typografische conventies. Raadpleeg WHODAS 2.0 tijdens het doorlezen van deze sectie, zodat u zeker weet dat u voldoende bekend bent met deze regels.

### 1. Aanwijzingen voor de interviewer

Tekst die is geschreven in **standaard lettertype in het blauw** is bedoeld om te worden voorgelezen aan de respondent. Alle tekst die is vetgedrukt of schuingedrukt is een aanwijzing voor de interviewer en moet niet hardop worden voorgelezen.

#### **Voorbeeld:**

B2 **Hoe beoordeelt u uw lichamelijke gezondheid tijdens de afgelopen 30 dagen?**  
(Lees de antwoordschaal voor aan de respondent)

In dit geval moet de interviewer de antwoordschaal hardop voorlezen.

## 2 Vragen overslaan

"Aanwijzingen voor overslaan" zijn vet- en schuingedrukt. Bij de computerversie is ingeprogrammeerd wat er wanneer moet worden overgeslagen en gaat dit automatisch.

### **Voorbeeld:**

Voorafgaand aan D5.7:

***Alleen doorgaan als het vak is aangevinkt. Zo niet, sla dit onderdeel dan over en ga verder met Domein 6 op de volgende pagina.***

## 3 Onderstreept

Woorden die binnen een vraag zijn onderstreept, moeten worden benadrukt tijdens het voorlezen van de vraag aan de respondent.

## 4 Woordelijk noteren

Wanneer de interviewer het antwoord van de respondent moet noteren is er voorzien in een lege regel of leeg computerveld.

Antwoorden moeten exact zoals ze worden gegeven worden genoteerd.

Dit type antwoord wordt gevraagd wanneer aanvullende informatie nodig is:

### **Voorbeeld:**

A5 [Wat is de beste omschrijving voor uw voornaamste werksituatie?](#)

***(Slechts 1 antwoord mogelijk; kies de meest passende optie)***

Keuze 9 Anders, namelijk \_\_\_\_\_

## 5 Haakjes

Haakjes ( ) worden gebruikt rondom verduidelijkende voorbeelden.

Elk genoemd voorbeeld tussen de haakjes moet aan de respondent worden voorgelezen.

## 6 Vierkante haken

Tussen vierkante haken [ ] staan instructies voor vertalers. Engelssprekende interviewers mogen deze richtlijnen ook volgen als dat nodig is om duidelijker te maken wat het doel van de vraag is, of indien het genoemde van toepassing is in de cultuur van de respondent.

### **Voorbeeld:**

D2.5 [Een lange afstand lopen, bijvoorbeeld een kilometer \[of equivalent\]](#).

### 9.3 Flashcards gebruiken

#### **Doel**

Na het lezen van deze sectie over flashcards, kunt u:

- De twee WHODAS 2.0 flashcards herkennen en op de juiste wijze gebruiken.

Bij beide interviewer-afnameversies van WHODAS 2.0 worden twee flashcards gebruikt. De flashcards hebben tot doel de respondent visuele aanwijzingen en ondersteuning te geven over belangrijke informatie waar de respondent bij het beantwoorden van de vragen aan moet denken. Raadpleeg de flashcards tijdens het doorlezen van deze sectie.

Flashcard #1 is de eerste flashcard die tijdens het interview wordt gebruikt. De flashcard geeft informatie over de definities van "gezondheidstoestand" en "moeite hebben met", en herinnert de respondent eraan dat de vragen betrekking hebben op het tijdsbestek van de afgelopen 30 dagen. De informatie op deze flashcard bevat nuttige geheugensteuntjes die de respondent gedurende het hele interview kan gebruiken.

Flashcard #2 is de tweede die tijdens het interview wordt gebruikt en bevat de responschaal die in de meeste vragen moet worden gebruikt. Als u deze schaal introduceert moet het nummer en bijbehorende woord hardop voorlezen. Respondenten mogen hun antwoorden aanwijzen op de schaal of verbaal geven, waarbij dat laatste de voorkeur heeft.

- Zorg dat flashcards #1 en #2 gedurende het gehele interview zichtbaar zijn voor de respondent.
- Volg de aanwijzingen voor de interviewer op tijdens het gebruik van het instrument. Uit de aanwijzingen blijkt wanneer u de respondent op welke flashcard moet wijzen.

### 9.4 Het stellen van de vragen

#### **Doel**

Na het lezen van deze sectie over het stellen van de WHODAS 2.0-vragen, kunt u:

- De gestandaardiseerde methode voor het stellen van vragen aan respondenten toepassen.

Lees de vragen in hun geheel voor, en in de volgorde waarin ze zijn opgenomen in het interview. Dit zorgt voor vergelijkbaarheid van de respondenten. Zelfs een kleine afwijking in de formulering en/of de volgorde van de vragen kan van invloed zijn op de antwoorden.

#### **1 Lees de vragen voor zoals ze zijn opgeschreven**

Lees de vragen precies zo voor aan de respondent zoals ze voorkomen in de vragenlijst. Bij het afnemen van WHODAS 2.0 zijn er twee uitzonderingen op deze regel: grammaticale aanpassingen en het verifiëren van antwoorden, zoals hieronder beschreven.

#### **Grammaticale aanpassingen**

Pas de formulering van een vraag indien nodig aan om de vraagstelling grammaticaal correct te maken. Dit doet zich met name voor wanneer er slechts één moeilijkheid in een domein is vastgesteld.

### **Voorbeeld:**

- Als een respondent in zijn/haar antwoord op de vraag "In welke mate hebben deze moeilijkheden uw leven verstoord?" aangeeft dat er in slechts één domein moeilijkheid is ervaren, dan verandert u het woord "hebben" in "heeft" en "moeilijkheden" in het enkelvoudige "moeilijkheid".

### **Het verifiëren van antwoorden**

Indien nodig past u de vorm van het woord op de responschaal aan als dat logischer is. De Nederlandstalige responschaal voorziet hierin al grotendeels door gebruik van "Geen/niet" en "Heel veel/kan ik niet."

### **2 Lees de vraag in zijn geheel voor**

Verzeker u ervan dat de respondent de gehele vraag heeft gehoord, voordat u een antwoord accepteert. Hiermee zorgt u ervoor dat de betrokkene alle concepten binnen de vraag in overweging neemt. Als de respondent u onderbreekt voordat de hele vraag is voorgelezen, herhaal de vraag dan en zorg dat de respondent de gehele vraag van begin tot het eind aanhoort. Ga er nooit vanuit dat een voortijdig gegeven antwoord van toepassing is op de vraag zoals die is opgeschreven.

### **3 Gebruik inleidende zinnen**

De zin "Hoeveel moeite had u met..." wordt door het hele interview vaak gebruikt. Herhaal deze inleidende zin zo nodig wat vaker of wat minder vaak om de respondent te helpen bij het doorlopen van de vragenlijst, of om ervoor te zorgen dat het vragenstellen soepeler verloopt.

### **4 Gebruik de flashcards waar dat wordt aangegeven**

De meeste vragen maken gebruik van flashcards met belangrijke informatie, die als geheugensteuntje voor de respondent. Steeds als de flashcard getoond moet worden wordt dit aangegeven met de tekst (*wijs flashcard # aan*).

Doet geen aannames met betrekking tot de antwoorden van de respondent. Interviewers ontwikkelen vaak al aan het begin van het interview een beeld van de levensstijl of gezondheidstoestand van een respondent, waardoor zij ervan overtuigd raken dat de antwoorden op sommige vragen negatief zullen zijn. Het kan verleidelijk zijn die vragen over te slaan, of in te leiden met een zinsnede als "Ik weet dat dit waarschijnlijk niet op u van toepassing is, maar..." Door op dergelijke wijze te handelen, wordt het onmogelijk om accurate informatie te verkrijgen of te bepalen in hoeverre antwoorden op eerdere vragen daadwerkelijk antwoorden op latere vragen voorspellen. Vermijd dergelijke aannames en vermijd dat u, door het maken van dergelijke opmerkingen, bij de respondent de neiging veroorzaakt om negatieve antwoorden te geven.

## **9.5 Onduidelijke antwoorden**

### **Doel**

Na het lezen van deze sectie over het laten verduidelijken van antwoorden, kunt u:

- De gestandaardiseerde methode voor verduidelijken en doorvragen toepassen.

Verduidelijking is nodig wanneer de respondent een vraag niet kan beantwoorden, omdat hij of zij de hele of een deel van de vraag niet begrijpt.

Doorvragen is nodig wanneer de respondent de vraag wel lijkt te begrijpen, maar een antwoord geeft dat niet aansluit bij het doel van de vraag. Wanneer dit zich voordoet vraagt u niet-sturend door of herhaalt u de vraag.

## 1 Regels voor verduidelijken en doorvragen

- (a) Als u twijfelt of de respondent de gehele vraag gehoord heeft, herhaalt u de vraag. Bijvoorbeeld: als de respondent een niet-relevant antwoord geeft of niet alle aspecten van de vraag lijkt te begrijpen, herhaalt u de hele vraag of dat deel van de vraag dat niet is begrepen.
- (b) Als een respondent een vraag stelt over een specifiek deel van een vraag, herhaalt u alleen dat deel.
- (c) Als een respondent vraagt of u één antwoordoptie wilt herhalen, herhaal dan alle antwoordopties. Sla alleen een optie over als die mogelijkheid al duidelijk door de respondent is uitgesloten.
- (d) Gebruik alleen de tekst van de vraag of vraag op neutrale wijze door, om te voorkomen dat u de respondent stuurt.
- (e) Het kan soms nuttig zijn om een neutrale introductie te gebruiken bij het herhalen van een vraag, om zo de overgang soepeler te laten verlopen. U kunt de te herhalen vraag bijvoorbeeld vooraf laten gaan door:
  - o *Globaal gezien...*
  - o *Ik zal de vraag even herhalen...*
  - o *Nu, meestal...*
  - o *In het algemeen...*
- (f) Als respondenten u vragen te verduidelijken wat er wordt gevraagd, herhaalt u allereerst de hele vraag. Als deze benadering de respondent niet helpt, gebruikt u de uitleg zoals beschreven in de specificaties per vraag in Hoofdstuk 7. Gebruik **geen** andere definities of uitleg van de termen.
- (g) Als respondenten vragen om de definitie van een term, of een uitleg die niet in de specificaties en doelen per vraag staat, laat de respondent bij het beantwoorden van de vraag dan gebruik maken van zijn of haar eigen definitie of interpretatie van het woord, de uitdrukking of het concept. Gebruik voor deze instructie uitdrukkingen als:
  - o *De betekenis die .... voor u heeft.*
  - o *Zoals u ... beschouwt.*

## 2 Doorvraagmogelijkheden

Vraag op neutrale wijze door om respondenten te helpen bij het geven van omschrijvingen waar dat in het interview gevraagd wordt, of om tot één antwoord te kunnen komen. Bij vragen die gebruik maken van de beoordelingschaal mag maar één antwoord worden omcirkeld. Hier volgen enkele voorbeelden van neutraal doorvragen:

- Kunt u me vertellen wat u daarmee bedoelt?
- Kunt u me daar meer over vertellen?
- Wat denkt u?
- Wat komt dichtst in de buurt, enigszins of nogal?
- Kunt u nog andere voorbeelden geven?
- Wat komt er het dichtst in de buurt, denkt u?
- Kunt u specifieker zijn?
- Kunt u het zo goed mogelijk voor me inschatten?
- Kunt u één globale beoordeling geven?

## 3 Veelvoorkomende situaties waarin u moet doorvragen

In de volgende regelmatig voorkomende situaties tijdens het afnemen van WHODAS 2.0 moet u doorvragen.

### Ik weet het niet

Als respondenten antwoorden met "Ik weet het niet", geldt in het algemeen de regel dat u de vraag herhaalt. Als dit niet helpt, vraag dan door voordat u het antwoord "Ik weet het niet" (DK, voor *don't know*) accepteert. Als de respondent moeite doet zich iets te herinneren kunt u dat stimuleren met een vraag als "Kunt u uw beste schatting geven?" Als de respondent dan nog steeds geen antwoord kan geven, noteert u "DK" in de linker marge. In de computerversie van het instrument is een antwoordcategorie voor DK opgenomen.

### Niet van toepassing

Soms kan een respondent het gevoel hebben dat een vraag niet op zijn of haar situatie van toepassing is; bijvoorbeeld als ze de situatie waar naar gevraagd wordt niet hebben ondervonden of meegemaakt (bijv. in het geval van vraag D4.5, die betrekking heeft op seksuele activiteiten). In dat geval noteert u N/A voor het item in de linker marge of met de antwoordmogelijkheid voor N/A in de computer.

Vraag altijd door als u het antwoord “niet van toepassing” krijgt. Als u door door te vragen de indruk krijgt dat een respondent de vraag niet van toepassing vindt omdat hij of zij de activiteit geheel niet kan doen, scoor het item dan met een 5 voor “heel veel/kan ik niet”. In deze situatie kunt u op de volgende manier doorvragen:

- *Kunt u me uitleggen waarom deze vraag niet op u van toepassing is?*

Respondenten kunnen hier bij voorbeeld op reageren door te zeggen dat de activiteit binnen hun cultuur niet van hen wordt verwacht, of dat ze de activiteit in de afgelopen 30 dagen niet hebben ondervonden of meegemaakt.

### Discrepanties

Wees alert op antwoorden die elkaar tegenspreken of niet overeen lijken te komen. Wijs respondenten zo vaak als nodig op de informatie op de flashcards als u vermoedt dat die informatie vergeten wordt. Bijvoorbeeld wanneer respondenten wel heldere antwoorden op vragen geven, maar daarbij moeilijkheden aangeven die niet het gevolg zijn van gezondheidsredenen. Het kan helpen om de respondent bij wijze van geheugensteuntje te wijzen op de informatie op de flashcards. Voorkom echter dat er een confrontatie ontstaat, of dat u open vragen gaat stellen om de vermeende discrepanties op te lossen.

## 9.6 Informatie vastleggen

### Doel

Na het lezen van deze sectie over het vastleggen van informatie, kunt u:

- De interviewformulieren van WHODAS 2.0 op de juiste wijze invullen.

Gebruik bij het vastleggen van de informatie nooit een rode pen of een rood potlood. Antwoorden op open vragen dienen in goed leesbare blokletters te worden genoteerd.

### Gesloten vragen

Schrijf of typ alle antwoorden in de ruimte die daarvoor bestemd is.

### Antwoorden omcirkelen

Bij de meeste vragen moet een antwoord worden omcirkeld. Zorg ervoor dat u de cirkel zo maakt dat deze slechts één antwoord omvat, omdat de computer slechts één geselecteerd antwoord per vraag goedkeurt.

### Aanpassingen door de interviewer

Als er een fout antwoord is omcirkeld omdat de respondent van gedachten verandert, of omdat u een vergissing heeft gemaakt, zet dan een schuine streep (/) door het foute antwoord en omcirkel het juiste antwoord, of schrijf het juiste antwoord erboven. In de computerversie kunnen foute antwoorden eenvoudig worden aangepast.

### Invulcodes

Voor sommige antwoorden moet een getal worden ingevuld. Deze antwoorden moet u rechts uitlijnen.

### Voorbeeld:

A3 [Hoeveel jaar heeft u in totaal op school gezeten en gestudeerd?](#)

Het antwoord “negen jaar” moet worden genoteerd als “09 jaar”.



## Aantekeningen in de marge

### Voorwaardelijke antwoorden op gesloten vragen

Een voorwaardelijk antwoord is een antwoord waarbij respondenten wel een codeerbaar antwoord geven, maar hun antwoord afzwakken met voorwaardelijke omschrijvingen zoals "als", "behalve" of "maar". Codeer dergelijke antwoorden en noteer de voorwaardelijke omschrijving in de linker marge van het formulier, want zulke aanvullingen bevatten mogelijk informatie die van belang is voor de onderzoekers.

Volg het patroon van vragen overslaan zoals dat wordt aangegeven voor het gecodeerde antwoord.

Soms formuleren respondenten geen voorwaardelijk antwoord, maar willen ze hun antwoord wel uitleggen. Een uitleg wordt vaak voorafgegaan door een signaalwoord zoals "omdat" of "wanneer", of soms door gebruik van een synoniem voor het antwoord. Zulke toelichtingen van de respondent hoeft u niet vast te leggen in de marge.

### Onzekerheid over het antwoord van de respondent

Als u niet zeker bent van het antwoord van een respondent, herhaal dan zowel de vraag als het antwoord letterlijk (d.w.z., bij twijfel formuleert u het antwoord niet in uw eigen woorden). Als het antwoord wel duidelijk is, maar u weet niet hoe u het moet coderen, noteer dan voldoende informatie in de linker marge zodat de hoofdonderzoeker of coördinator van de studie een beslissing kan nemen. Noteer ook een vraagteken (?) in de linker marge om de hoofdonderzoeker of coördinator te wijzen op het onzekere antwoord.

## Ontbrekende data

### Gemiste vragen

Als u per ongeluk een vraag vergeet te stellen tijdens het interview, noteert u "GEMIST" in de linker marge van het formulier. Hierdoor weet de editor dat de vraag niet is gesteld.

Als u tijdens het afnemen van het interview opmerkt dat u een vraag bent vergeten, gaat u terug en stelt u de vraag alsnog. Noteer in de marge dat de vraag niet in de juiste volgorde is gesteld.

Als u pas na het interview constateert dat u een vraag bent vergeten, beslis dan of u contact met de respondent wilt opnemen of dat u accepteert dat er data ontbreken. In de computerversie kunt u niet verder met het interview als een vraag niet wordt ingevuld.

### Geweigerd antwoord

Noteer het altijd als een respondent weigert een bepaalde vraag te beantwoorden. U noteert dan "GEWEIGERD" ("RF", voor *refused*) in de marge of in de ruimte voor open antwoorden. Als u een computerversie van het instrument gebruikt, scoort u vragen waarop een antwoord wordt geweigerd als "weet ik niet". Als de respondent geen antwoord wil geven op een open vraag en u gebruikt de computerversie, typt u "antwoord geweigerd" in het antwoordveld.

### Overgeslagen vragen

Vragen die u overslaat volgens het daarvoor bedoelde patroon (*skipping*) laat u oningevuld. In de computer worden deze vragen automatisch overgeslagen.

## Aanpassingen achteraf

Tijdens het afnemen van een interview kan het soms voorkomen dat het nodig is dat het vastleggen van de data lijdt onder het op gang houden van het gesprek. Om te zorgen dat alle data wordt vastgelegd op een manier die voor de onderzoekers duidelijk, helder en leesbaar is, moet u de informatie na het interview waar nodig aanpassen volgens de hieronder beschreven wijze.

- Controleer kort na het interview – en voordat u met het volgende interview begint – zorgvuldig of alle vragen volledig en leesbaar zijn beantwoord. Doe dit indien mogelijk waar de respondent bij is, zodat hij of zij indien nodig kan helpen bij het aanvullen.

- Tijdens het uitvoeren van deze aanpassingen achteraf noteert u "GEMIST" in de linker marge naast elke vraag die tijdens het interview *per ongeluk* is overgeslagen.
- Volledig ingevulde interviews levert u zo snel mogelijk, en ten minste één keer per week, in bij de supervisor van de studie. Hierdoor worden eventuele fouten bij het vastleggen meteen vastgesteld en kunnen de procedures worden bijgestuurd voordat er verdere interviews worden afgenomen.

### 9.7 Problemen en oplossingen

Hieronder vindt u een overzicht van problemen die zich regelmatig voordoen bij het afnemen van WHODAS 2.0 en de bijbehorende oplossingen.

#### **Probleem**

Ik weet niet wanneer ik moet coderen als "niet van toepassing" en wanneer als "heel veel/kan ik niet".

#### **Oplossing**

WHODAS 2.0 bepaalt hoeveel moeite respondenten hebben met activiteiten die zij daadwerkelijk doen, en niet welke activiteiten ze zouden willen doen, of welke activiteiten ze wel kunnen maar uit vrije wil niet doen.

Als een respondent een activiteit niet kan doen als gevolg van gezondheidsproblemen, scoort u het item als "5" voor "heel veel/kan ik niet".

Als de respondent de activiteit de afgelopen 30 dagen niet heeft gedaan of ervaren, maar dit is geen gevolg van de gezondheidstoestand, codeert u het item als "N/A" voor "niet van toepassing".

#### **Probleem**

De respondent geeft een antwoord dat niet strookt met mijn kennis (of die van anderen) van het huidige functioneren van de respondent.

#### **Oplossing**

WHODAS 2.0 meet antwoorden vanuit het perspectief van de respondent, of – in het geval van de invulversies voor derden – het perspectief van een derde persoon die verwijst naar het functioneren van de primaire respondent. Hoewel de interviewer het wellicht niet altijd eens is met het antwoord van de respondent, moet het gegeven antwoord worden vastgelegd. Dat kan frustrerend zijn, maar onderzoekers moeten deze standaardprocedure volgen om de consistentie in het gebruik van het instrument te waarborgen.

#### **Probleem**

Het antwoord van de respondent kan niet eenduidig gecodeerd worden.

#### **Oplossing**

Als de respondent geen heldere antwoorden geeft, vraagt u door om verduidelijking te krijgen.

## Probleem

De respondent raakt geïrriteerd door de zich herhalende vragen.

## Oplossing

Sommige vragen uit WHODAS 2.0 lijken op elkaar. Het kan voorkomen dat een respondent geïrriteerd raakt, en denkt dat de interviewer niet naar zijn of haar eerdere antwoord heeft geluisterd. In een dergelijke situatie heeft de interviewer twee opties:

- **Stel de vraag met een inleidende opmerking** –dat wil zeggen dat u de vraag voorleest met een inleiding die laat blijken dat u eerdere antwoorden hebt begrepen; bijvoorbeeld
  - o "U heeft al eerder aangegeven dat..., maar ik moet u deze vraag toch zo stellen zoals hij hier staat."
- **Bevestig het antwoord** – dat wil zegen dat u de vraag zodanig herformuleert dat u de informatie die de respondent al heeft gegeven, bevestigt. Bijvoorbeeld
  - o "U heeft me al eerder verteld dat... Klopt dat?"

## 10 Test uzelf

In dit hoofdstuk kunnen lezers het materiaal dat in deze handleiding wordt behandeld nog eenmaal doornemen. Vul de vragen in en controleer uw antwoorden op pagina 72 van deze handleiding. Naast elk antwoord vindt u tussen haakjes de sectie waarin u de informatie waarop het antwoord is gebaseerd kunt terugvinden. Als u een vraag fout beantwoordt, pak de betreffende sectie er dan nogmaals bij en lees dat deel van deze handleiding nog eens goed door. Hoe beter u vertrouwd bent met het materiaal uit deze handleiding, hoe eenvoudiger het zal zijn om WHODAS 2.0 te gebruiken en toe te passen.

### 10.1 Vragen

1. Vanwege een beenbreuk heeft een respondent in de afgelopen 30 dagen niet een kilometer gewandeld. Dit item wordt gecodeerd als:
  - a. "Heel veel/kan ik niet".
  - b. "Niet van toepassing".
2. Een respondent met ruggenmergletsel kan niet zelfstandig haar hele lichaam wassen. Ze krijgt echter gewoonlijk assistentie, en met die hulp heeft ze geen problemen met het wassen van haar hele lichaam. De hoeveelheid moeite met deze activiteit wordt gecodeerd als:
  - a. "Heel veel/kan ik niet".
  - b. "Geen/niet".
3. Voor interviewer-afnameversies van WHODAS 2.0 geldt dat alle tekst die in standaardletters (niet cursief, niet vet) is gedrukt moet worden voorgelezen aan de respondent.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
4. De interviewer moet alle voorbeelden tussen haakjes hardop voorlezen om het doel van de vraag duidelijk te maken.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
5. Een respondent mag zijn antwoord aanwijzen op een flashcard, of zijn antwoord mondeling geven.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
6. Als een respondent de interviewer in de rede valt voordat hij de hele vraag heeft gehoord, moet de interviewer de hele vraag vanaf het begin herhalen.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
7. Als een respondent een vraag stelt over een specifiek deel van een vraag, moet de hele vraag worden herhaald.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
8. Als een respondent antwoordt met "ik weet het niet", en doorvragen levert geen ander antwoord op, dan moet de interviewer het oorspronkelijke antwoord noteren.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
9. Interviewers mogen doorvragen met open vragen om duidelijkheid te krijgen over veronderstelde discrepanties in een antwoord van de respondent.
  - a. Juist
  - b. Niet juist

10. Als een respondent een antwoord geeft dat niet overeenkomt met het beeld dat de interviewer heeft van het huidige functioneren van de respondent, welk antwoord moet dan worden genoteerd?
  - a. De versie van de respondent
  - b. De versie van de interviewer
11. Als iemand niet in staat is zijn eigen moeilijkheden te beschrijven, kan dit door een derde worden gedaan. In dat geval moet deze derde persoon de volgende versie van WHODAS 2.0 invullen:
  - a. De zelfinvul-versie. Hierbij schat de derde persoon in hoe de primaire respondenten volgens hem/haar zou antwoorden.
  - b. De invulversie voor derden. Hierbij geeft de derde persoon zijn/haar eigen inschatting weer.
12. In WHODAS 2.0 worden met "gezondheidsproblemen" niet alleen fysieke en mentale ziektes bedoeld, maar ook alcohol- en drugsproblemen.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
13. Standaardisering betekent dat u elke keer wanneer u het interview afneemt, dezelfde procedures gebruikt.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
14. In WHODAS 2.0 worden met "gezondheidsproblemen" alleen fysieke en mentale ziektes bedoeld, en dus geen alcohol- of drugsproblemen.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
15. Respondenten moeten bij het beantwoorden van de vragen uitgaan van de hoeveelheid moeite die ze ondervinden \_\_\_\_\_ het gebruik van hulpmiddelen of persoonlijke hulpverleners.
  - a. met
  - b. zonder
16. Bij het beantwoorden van de vragen moeten respondenten uitgaan van de slechtste dag die ze de afgelopen 30 dagen hebben ervaren.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
17. Een respondent antwoordt dat ze in de afgelopen 30 dagen niet heeft geprobeerd een nieuwe taak te leren. Wanneer de interviewer doorvraagt, licht ze toe dat dat niet is veroorzaakt door een gezondheidsprobleem. Hoe moet dit antwoord worden beoordeeld? Als:
  - a. Niet van toepassing
  - b. Heel veel / kan ik niet
18. De datum moet worden genoteerd in het Europese format dag/maand/jaar.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
19. Tijdens de introductie moet u de volgende zaken meedelen (twee antwoorden omcirkelen):
  - a. Het doel van de evaluatie
  - b. Dat de informatie vertrouwelijk wordt behandeld
  - c. Welke vergelijkbare problemen u zelf in uw leven heeft ervaren
20. In het algemeen geldt, dat u sneller kunt spreken dan gebruikelijk om het interview zo snel mogelijk af te ronden.
  - a. Juist
  - b. Niet juist

21. Als respondenten meer informatie geven dan strikt noodzakelijk lijkt, dan:
  - a. Noteert u deze informatie zorgvuldig in de marge
  - b. Vertelt u de respondent dat u nog veel meer vragen moet stellen
22. Alles wat in WHODAS 2.0 in normale drukletters is weergegeven (dus niet cursief of onderstreept) moet aan de respondent worden voorgelezen.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
23. Tekst die tussen haakjes staat, moet u alleen voorlezen als de respondent om toelichting vraagt.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
24. Tekst die is onderstreept moet met nadruk worden voorgelezen aan de respondent.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
25. Het is belangrijk dat u aan het begin van het interview beide flashcards toont en toelicht.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
26. Nadat u de flashcards hebt getoond, moeten ze tijdens het hele interview zichtbaar blijven voor de respondent.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
27. Normaal gesproken moeten de vragen exact zoals ze in het interview zijn opgenomen, worden voorgelezen aan de respondent.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
28. Als een respondent antwoord geeft voordat u de hele vraag heeft voorgelezen, moet u:
  - a. Het antwoord accepteren
  - b. De rest van de vraag voorlezen
  - c. De hele vraag opnieuw voorlezen
29. Gebruik de inleiding "Hoeveel moeite had u met..."
  - a. Voorafgaand aan elke vraag die gekoppeld is aan deze inleidende zin
  - b. Vaker of minder vaak, daar waar nodig om het interview soepel te laten verlopen.
30. Doorvragen wordt gebruikt wanneer de respondent de vraag wel lijkt te begrijpen, maar geen antwoord geeft dat past bij het doel van de vraag.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
31. De interviewer moet alle antwoordmogelijkheden herhalen, zelfs als de respondent de interviewer slechts vraagt om één mogelijkheid te herhalen.
  - a. Juist
  - b. Niet juist
32. Neutraal doorvragen heeft de voorkeur boven het herhalen van de tekst van de vraag.
  - a. Juist
  - b. Niet juist

33. Interviewers mogen de volgende middelen gebruiken om data te noteren (alle goede antwoorden omcirkelen):
- Blauwe pen of potlood
  - Rode pen of potlood
  - Zwarte pen
  - Groene pen
  - Potlood
34. Wanneer u een antwoord noteert in een daarvoor opengelaten ruimte (zoals \_\_\_\_\_), moet het antwoord links worden uitgelijnd.
- Juist
  - Niet juist
35. Als een respondent een antwoord toelicht met "omdat" of "als", moet de interviewer deze antwoorden noteren in de marge.
- Juist
  - Niet juist
36. Zodra een interviewer zich realiseert dat hij een vraag is vergeten, moet hij de overgeslagen vraag meteen stellen. Daarbij maakt hij een aantekening in de marge waaruit blijkt dat de vraag niet in de juiste volgorde is gesteld.
- Juist
  - Niet juist

## 10.2 Test uzelf: antwoorden

1.a (Hoofdstuk 5 sectie 5.3: Scholing in het gebruik van WHODAS 2.0)	19.a, b (Hoofdstuk 9, sectie 9.1: Specificaties voor de interviewer-afnameversies)
2.b (Hoofdstuk 5 sectie 5.3: Scholing in het gebruik van WHODAS 2.0)	20.b (Hoofdstuk 9, sectie 9.1: Specificaties voor de interviewer-afnameversies)
3.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.2: Typografische conventies)	21.b (Hoofdstuk 9, sectie 9.1: Specificaties voor de interviewer-afnameversies)
4.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.2: Typografische conventies)	22.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.2: Typografische conventies)
5.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.3: Flashcards gebruiken)	23.b (Hoofdstuk 9, sectie 9.2: Typografische conventies)
6.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.5: Onduidelijke antwoorden)	24. b (Hoofdstuk 9, sectie 9.2: Typografische conventies)
7. b (Hoofdstuk 9, sectie 9.5: Onduidelijke antwoorden)	25.b (Hoofdstuk 9, sectie 9.3: Flashcards gebruiken)
8.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.5: Onduidelijke antwoorden)	26.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.3: Flashcards gebruiken)
9.b (Hoofdstuk 9, sectie 9.5: Onduidelijke antwoorden)	27.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.4: Het stellen van de vragen)
10.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.5: Onduidelijke antwoorden)	28.c (Hoofdstuk 9, sectie 9.4: Het stellen van de vragen)
11.b (Hoofdstuk 5, sectie 5.2: Mogelijkheden voor het afnemen van WHODAS 2.0)	29.b (Hoofdstuk 9, sectie 9.4: Het stellen van de vragen)
12.a (Hoofdstuk 5, sectie 5.3: Scholing in het gebruik van WHODAS 2.0)	30.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.5: Onduidelijke antwoorden)
13.a (Hoofdstuk 5, sectie 5.3: Scholing in het gebruik van WHODAS 2.0)	31.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.5: Onduidelijke antwoorden)
14.b (Hoofdstuk 5, sectie 5.3: Scholing in het gebruik van WHODAS 2.0)	32.b (Hoofdstuk 9, sectie 9.5: Onduidelijke antwoorden)
15.a (Hoofdstuk 5, sectie 5.3: Scholing in het gebruik van WHODAS 2.0)	33.a, c, d, e (Hoofdstuk 9, sectie 9.6: Informatie vastleggen)
16.b (Hoofdstuk 5, sectie 5.3: Scholing in het gebruik van WHODAS 2.0)	34.b (Hoofdstuk 9, sectie 9.6: Informatie vastleggen)
17.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.7: Problemen en oplossingen)	35.b (Hoofdstuk 9, sectie 9.6: Informatie vastleggen)
18.a (Hoofdstuk 7, sectie 7.3: Vragen F1-F5: Facesheet)	36.a (Hoofdstuk 9, sectie 9.6: Informatie vastleggen)



# Verklarende woordenlijst

## Activiteit

In de Internationale Classificatie van het Menselijk Functioneren (ICF) wordt de term "activiteit" in zijn breedste zin gebruikt, om de uitvoering van een taak of handeling door een persoon op elk complexiteitsniveau te beschrijven. Hiermee wordt het eigen beeld van de betrokken persoon van zijn/haar functioneren weergegeven. Activiteiten omvatten eenvoudige lichamelijke (basis)functies van de persoon (bijv. het vastpakken of verplaatsen van een been), basale en complexe mentale functies (bijv. het leren en toepassen van kennis), en combinaties van fysieke en mentale activiteiten van verschillende complexiteitsniveaus (bijv. een auto besturen, interacties met andere mensen). Andere voorbeelden van activiteiten zijn voor jezelf zorgen en huishoudelijke klusjes.

## Beperkingen

Beperkingen zijn de moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten. Een beperking van een activiteit omvat alle manieren waarop het uitvoeren van de activiteit kan worden bemoeilijkt; bijvoorbeeld wanneer het uitvoeren van de activiteit gepaard gaat met pijn of ongemak; als de activiteit te langzaam of te snel wordt uitgevoerd, of niet op het juiste moment / de juiste plaats; als de activiteit onhandig of anderszins niet zoals verwacht kan worden uitgevoerd. Een beperking kan een lichte of ernstige afwijking in kwalitatieve of kwantitatieve zin betreffen bij het uitvoeren van de activiteit, en wel zodanig of zo groot dat deze afwijking niet te verwachten is bij mensen zonder het functioneringsprobleem.

## Belemmerende factoren

Belemmerende factoren zijn die factoren in iemands omgeving die door hun af- of aanwezigheid het menselijk functioneren belemmeren en de problemen daarmee verhogen. Het gaat bijvoorbeeld om zaken als een ontoegankelijke fysieke omgeving, de afwezigheid van de nodige technische hulpmiddelen, de negatieve attitudes van mensen tegenover functioneringsproblemen, naast diensten, stelsels en beleidsmaatregelen die ofwel niet bestaan ofwel specifiek erop gericht zijn de betrokkenheid van alle mensen met een functioneringsprobleem bij de verschillende levensgebieden te belemmeren.

## Externe factoren en persoonlijke factoren

Dit zijn die factoren die tezamen de complete achtergrond van iemands leven vormen, inclusief de externe factoren en interne persoonlijke factoren.

## Functioneringsproblemen

Dit is een overkoepelende term voor stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. De term duidt op negatieve aspecten in de wisselwerking tussen iemands functioneren (van een persoon met een gezondheidsprobleem) en zijn/haar externe en persoonlijke factoren.

## Externe factoren

Verwijzen naar alle aspecten van de externe of extrinsieke wereld die de achtergrond van iemands leven vormen. Ze omvatten de natuurlijke omgeving (weer, landschap); de door mensen gemaakte omgeving (gereedschappen, inrichting, bebouwing); sociale attitudes, gewoonten, regels, gebruiken en instellingen, en andere mensen.

## Functioneren

Een overkoepelende term voor functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. De term duidt op positieve aspecten in de wisselwerking tussen iemands functioneren (van een persoon met een gezondheidsprobleem) en zijn/haar externe en persoonlijke factoren.

### **Gezondheidsprobleem**

Overkoepelende term voor aandoening, ziekte (acuut of chronisch), letsel (bijv. ten gevolge van een ongeval) of trauma; geestelijke of emotionele problemen die kunnen variëren van stress door dagelijkse beslommingen tot ernstige mentale stoornissen; of problemen met alcohol of drugs.

### **Huishoudelijke activiteiten**

Activiteiten die verband houden met de lichamelijke, emotionele, financiële en psychologische behoeften van (de leden van) het huishouden of gezin. Dit omvat ook taken die traditioneel worden uitgevoerd door mannen, zoals het beheren van de financiën; reparaties aan auto en woning; de buitenomgeving van de woning onderhouden; kinderen van school afhalen; helpen bij het huiswerk; bijdragen aan de opvoeding / bestraffen van de kinderen.

### **Hulpmiddelen**

Elk product, instrument, uitrusting of technisch systeem dat vanwege een gezondheidsprobleem wordt gebruikt om een activiteit te kunnen uitvoeren. Hulpmiddelen kunnen duur zijn (bijv. computers die helpen bij de communicatie) of eenvoudig (bijv. een spons met een lange steel als hulp bij het wassen).

### **Moeite**

Het ervaren van ongemak, pijn of traagheid; extra inspanning moeten gebruiken; of veranderingen moeten aanbrengen in de wijze waarop een activiteit wordt gedaan.

### **Ondersteunende factoren**

Factoren in iemands omgeving die door hun af- of aanwezigheid het menselijk functioneren bevorderen en de problemen daarmee verminderen. Het gaat bijvoorbeeld om zaken als een toegankelijke fysieke omgeving, de aanwezigheid van de nodige ondersteunende technologie, de positieve attitudes van mensen tegenover problemen in het functioneren, naast diensten, stelsels en beleidsmaatregelen die erop gericht zijn de betrokkenheid van alle mensen met een functioneringsprobleem bij de verschillende levensterreinen te doen toenemen. De afwezigheid van een factor kan ook ondersteunend zijn, bijv. de afwezigheid van stigma of negatieve attitudes. Ondersteunende factoren kunnen voorkomen dat een stoornis op beperking leidt tot een participatieprobleem, omdat de feitelijke uitvoering van een activiteit wordt verbeterd, ondanks de capaciteitsproblemen van de betrokkene.

### **Participatie**

Iemands deelname aan of betrokkenheid bij een levenssituatie. De term verwijst naar het sociale perspectief van het functioneren.

### **Participatieproblemen**

Problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven. De aanwezigheid van een participatieprobleem wordt bepaald door iemands participatie te vergelijken met datgene wat je van iemand zonder stoornis of beperking verwacht in de desbetreffende cultuur of samenleving.

### **Persoonlijke verzorgers en assistenten**

Alle assistentie door een persoon die wordt gebruikt ter ondersteuning van het uitvoeren van een activiteit. Deze hulp kan betaald of onbetaald zijn en worden verleend door een familielid of door een betaalde dienstverlener. Persoonlijke verzorging of assistentie kan worden verleend in de vorm van feitelijke fysieke ondersteuning, maar ook in de vorm van mondelinge geheugensteuntjes, herinneringen, aanwijzingen, aanwezigheid, supervisie of psychologische hulp.

**Persoonlijke factoren**

Factoren, inclusief de achtergrond van iemands leven, die bestaan uit factoren die geen deel uitmaken van de gezondheids- of functioneringsproblemen. Deze factoren omvatten leeftijd, geslacht, opleiding, levenservaringen, persoonlijkheid en karakter, aanleg, andere gezondheidsproblemen, sportieve levensstijl, gewoontes, opvoeding, manier van omgaan met problemen, sociale achtergrond, beroep, en ervaringen in heden en verleden.

**Seksuele activiteiten**

Volgens de definitie van WHODAS 2.0 wordt onder seksuele activiteiten verstaan: knuffelen, kussen en zoenen, strelen, aaien, andere intieme of seksuele handelingen en gemeenschap.

**Stoornis**

Afwijking in of verlies van functies of anatomische eigenschappen (inclusief mentale functies). Een afwijking verwijst in dit geval uitsluitend naar een significante variatie op een bestaand statistisch gemiddelde (d.w.z. als een afwijking van een populatiegemiddelde) en moet alleen in die betekenis worden gebruikt. Voorbeelden van een stoornis zijn het verlies van een arm of been of verlies van gezichtsvermogen. In het geval van ruggenmergletsel is de stoornis de verlamming ten gevolge van het letsel.