

Leyden Academy

ON VITALITY AND AGEING



Beweeginterventie ActiVite

Bewegen op basis van interesses, wensen en verlangens

Lex van Delden, november 2018

A



Afkortingen

ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
IADL	Instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen
IGZ / IGJ	Inspectie voor de Gezondheidszorg (en Jeugd)
PG	Psychogeriatric
Tinetti	Performance-oriented mobility assessment volgens Tinetti
TML	Tien Meter Looptest
TUG	Timed Up and Go test

Inleiding

In 2015 woonden ongeveer 117.000 ouderen in verpleeg- of verzorgingshuizen¹. Meer dan 90% van de bewoners van verpleeghuizen is lichamelijk inactief². Hoewel er geen exacte cijfers bekend zijn, is het aannemelijk dat de mate van inactiviteit binnen de PG hoger ligt dan binnen de somatiek. Dat is vreemd, want 61% van de ouderen met dementie in het verpleeghuis is nog mobiel, tegenover 27% van de ouderen met somatische klachten². Deze mobiliteit wordt evengoed niet benut. Ten eerste omdat ouderen met dementie vaak weinig activiteiten geboden worden, weinig verleid worden tot activiteit en zelf niet op de gedachte komen een activiteit te ondernemen. Ten tweede omdat zij vaak meer begeleid worden bij hun ADL- (bijvoorbeeld wassen en kleden) en IADL-taken (bijvoorbeeld maaltijden bereiden en huishoudelijke taken)². Echter, de vermeende tijdwinst door de geboden hulp bij deze taken zorgt op langere duur voor verlies van tijd vanwege de toegenomen zorgbehoefte³. Met andere woorden: het uit handen nemen van taken bij en het inactief houden van de oudere leiden tot een slechtere gezondheid, en dat leidt weer tot de noodzaak voor het verlenen van meer zorg.

Inactiviteit is onwenselijk vanwege de negatieve gevolgen voor de gezondheid, zoals hart- en vaatziekten, osteoporose en cognitieve achteruitgang, maar ook vanwege een verhoogd risico op valincidenten, depressie en mortaliteit⁴. Dagelijks lichamelijke activiteit kan deze negatieve gevolgen voorkomen en/of uitstellen. Bovendien draagt lichamelijke activiteit bij aan de zelfredzaamheid, autonomie en de kwaliteit van leven bij bewoners van verpleeghuizen⁵. De Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ; sinds 2017 IGJ) doet een beroep op de zorgsector om structureel bewegen op te nemen in het zorgaanbod⁶. In veel zorginstellingen staat bewegen inderdaad hoog op de agenda, maar het blijkt nog lastig om de bewoners daadwerkelijk meer in beweging te krijgen.

Ook bij ActiVite is er meer aandacht voor bewegen. Er is een traject ingezet om bewoners van de zorglocaties meer in beweging te krijgen via beleid, onderzoek, scholing, pilot-experimenten en 'kartrekkers leefstijl'. In december 2016 is een kort rapport verschenen op basis van enkele observaties bij Rietveld⁷. In dit rapport worden uitleg en advies gegeven over gedragsveranderingen met betrekking tot bewegen. Naar aanleiding van het ingezette beleid en het rapport werd besloten een pilot-onderzoek te verrichten bij locaties Hussonshoek en Rietveld naar het verleiden en stimuleren tot meer bewegen op basis van de interesses, wensen en verlangens van bewoners. Het uitgangspunt is dat bewoners gemakkelijker tot bewegen te verleiden en te stimuleren zijn, wanneer

¹ Veerbeek-Oudijk D, Van Campen C. *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen: Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/16*. Sociaal en Cultureel Planbureau. 2017.

² Den Ouden M, et al. Daily (in)activities of nursing home residents in their wards: an observation study. *JAMDA*. 2015; 16: 963-968.

³ *Ouderen in verpleeghuizen bewegen nog steeds nauwelijks*. IDé, Innovatiekring Dementie, redactioneel. 2015. <https://www.innovatiekringdementie.nl/a-1734/ouderen-in-verpleeghuizen-bewegen-nog-steeds-nauwelijks> (Website geraadpleegd: september 2018).

⁴ Wereld Gezondheidsorganisatie. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.

⁵ Bouaziz W, Vogel T, Schmitt E, Kaltenbach G, Geny B, Lang PO. Health benefits of aerobic training programs in adults aged 70 and over: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017; 69: 110–127.

⁶ Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Staat van de gezondheidszorg 2012: preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen*. 2012.

⁷ Van Delden AEQ. *Rapport ActiVite Actief*. Leyden Academy on Vitality and Ageing. 2016.

de betrokken zorgverleners kennis hebben van de wensen en verlangens van bewoners en de activiteiten aansluiten bij hun interesses.

Procedure

Voor het pilot-onderzoek was toestemming nodig van geselecteerde bewoners en hun wettelijke vertegenwoordigers. De selectie van deelnemers vond plaats door medewerkers van Hussonshoek en Rietveld. Na selectie is om toestemming gevraagd en is er de mogelijkheid geweest voor familie om zich meer te laten informeren over het pilot-onderzoek tijdens een informatiebijeenkomst. Alle deelnemers en/of hun wettelijke vertegenwoordiger hebben toestemming gegeven voor deelname aan dit pilot-onderzoek (informed consent).

Het pilot-onderzoek betrof een gecontroleerd experiment met een voor- en een nameting. Dat betekent dat een deel van de deelnemende bewoners aan de interventiegroep werd toegewezen en een ander deel aan de controlegroep. Het verschil tussen de groepen had te maken met de activiteiten die aan de bewoners werden geboden. De bewoners van de interventiegroep werd expliciet gevraagd naar de wensen, verlangens en interesses. Deze informatie werd eventueel aangevuld met informatie van familie. Op basis van de individuele wensen, verlangens en interesses werden activiteiten georganiseerd. Dat gebeurde ook als de activiteit zelf niet een beweegactiviteit betrof, maar waarvoor bijvoorbeeld wel actief bewogen moest worden naar een plek om de activiteit uit te voeren. De controlegroep kreeg activiteiten aangeboden die in de reguliere programmering stonden. Voorts ontvingen beide groepen de gebruikelijke zorg.

Voor (najaar 2017) en na de interventieperiode (voorjaar 2018) vonden metingen plaats. Met een Activ8^{8,9} activiteitenmonitor geplakt op het bovenbeen werd de activiteit van de individuele bewoner vijf dagen lang bijgehouden (maandagochtend tot vrijdagmiddag). De Activ8 Professional is een kleine activiteitenmonitor (30 × 32 × 10 mm) met een triaxiale accelerometer. Daarmee kunnen de volgende houdingen en activiteiten gedurende de tijd worden bijgehouden: liggen, zitten, staan, lopen, fietsen en rennen. Voor de analyses werden de tijden van liggen en zitten samengevoegd onder de naam 'inactief'. De tijden van staan en lopen werden samengevoegd onder de naam 'licht actief'. 'Zeer actief' was de samenvoeging van de tijden van fietsen en rennen. Voor de analyses zijn de tijden tussen 7:00 uur en 22:00 uur, de tijden buiten de nachtrust, gebruikt.

Tijdens de voor- en nametingen werd tevens een drietal mobiliteitstesten uitgevoerd: Tinetti¹⁰ voor balans en kwaliteit van lopen, TUG¹¹ voor snelheid van opstaan en lopen gecombineerd, TML¹² voor

⁸ Activ8 Professional; Physical Activity Monitor - Activ8all.com. Online toegankelijk: <http://www.activ8all.com/> Remedy Distribution Ltd., Valkenswaard, Nederland.

⁹ Fanchamps M.H., Horemans H.L., Ribbers G.M., Stam H.J., Bussmann J.B. The Accuracy of the Detection of Body Postures and Movements Using a Physical Activity Monitor in People after a Stroke. *Sensors*. 2018;18:2167 doi: 10.3390/s18072167.

¹⁰ Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1986 Feb;34(2):119-126.

¹¹ Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1991 Feb;39(2):142-148.

¹² Collen FM, Wade DT, Bradshaw CM. Mobility after stroke: reliability of measures of impairment and disability. *International disability studies*. 1990 Jan-Mar;12(1):6-9.

loopsnelheid. De Tinetti geeft op een schaal van 0-28 een score voor de mobiliteit. Een hogere score geeft een betere mobiliteit weer, een lagere score duidt op een verhoogd valrisico. De TUG wordt weergegeven in de tijd die nodig is om de om op te staan uit een stoel, drie meter comfortabel te lopen, om te keren, weer terug te lopen en te gaan zitten. De TML wordt eveneens weergegeven in de tijd. Hierbij om een afstand van tien meter af te leggen met een comfortabele loopsnelheid. Zowel bij de TUG als bij de TML mocht de bewoner gebruik maken van een eigen loophulpmiddel.

Ten slotte is een vragenlijst afgenomen bij de voor- en nameting (zie Bijlage 1). In de vragenlijst kwamen zaken aan de orde die betrekking hebben op het fysiek, mentaal en sociaal welbevinden. Bij het afnemen van de vragenlijst konden bewoners reageren op stellingen waar zij het wel of niet mee eens konden zijn (vijfpuntsschaal) en werd naar hun mening gevraagd over lichaamsbeweging en het contact met anderen tijdens beweegactiviteiten.

Resultaten

Bewoners

Op beide locaties (Hussonshoek en Rietveld) hebben bewoners deelgenomen aan het pilot-onderzoek; in totaal 42. Er waren bij Rietveld tien deelnemers meer dan bij Hussonshoek. Meer dan 70% van de deelnemers was vrouw. Er hebben 24 bewoners deelgenomen in de interventiegroep en 18 in de controlegroep. De jongste deelnemer was 67 jaar en de oudste 99. Er waren noch significante leeftijdsverschillen tussen de groepen (interventie en controle) noch tussen de locaties (Hussonshoek en Rietveld). De verdeling van deelnemers over groep en locatie zijn te zien in Tabel 1, evenals de leeftijden per groep en locatie.

Tabel 1. Aantallen deelnemers en leeftijden per groep en locatie.

		INT	CON
Vrouw	N (HH / RV)	16 (8 / 8)	14 (4 / 10)
Man	N (HH / RV)	8 (4 / 4)	4 (0 / 4)
Leeftijd	Mediaan (min-max)		
	HH	84,5 (67-99)	78,5 (67-85)
	RV	83,5 (73-90)	82,0 (68-95)

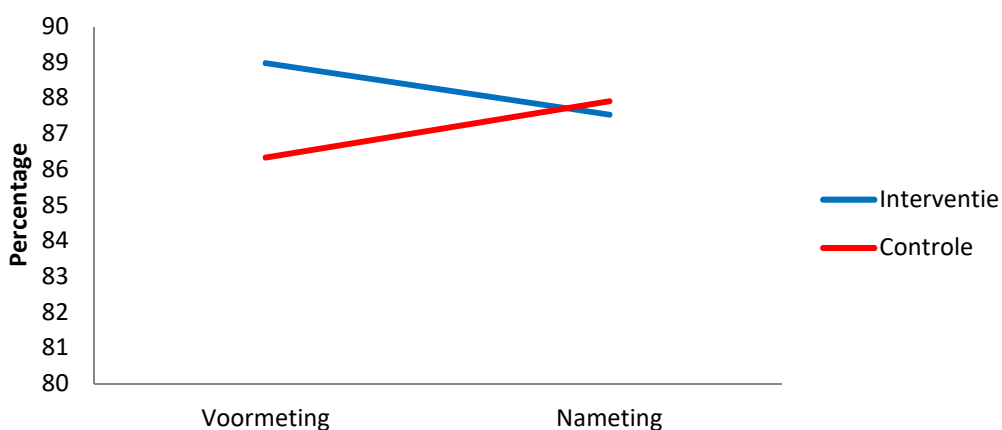
N: aantal; HH: Hussonshoek; RV: Rietveld; INT: interventiegroep; CON: controlegroep.

Activiteit

Voor en na de interventieperiode zijn houdingen en activiteiten gedurende vijf dagen bijgehouden met Activ8 Professional activiteitenmonitors. De resultaten berusten op de tijden tussen 7:00 uur en 22:00 uur. Vanwege uiteenlopende redenen zijn niet alle gegevens bruikbaar gebleken (o.a. later aanmelden voor deelname, tussentijds afhalen, zoekraken of niet verdragen van de activiteitenmonitor, etcetera). De hieronder genoemde resultaten berusten op de gegevens van 12 deelnemers in de interventiegroep en 8 deelnemers in de controlegroep. Bij zowel de voormeting als

de nameting bleek het gemiddelde percentage van de tijd die *zeer actief* werd besteed rond 0,4% te liggen (met een maximum van 1,5% bij een deelnemer). Dit aandeel is, niet onverwachts, zeer gering en om die reden wordt verder hierover niet gerapporteerd. Tevens zijn de twee andere categorieën, *inactief* en *licht actief*, elkaars tegenhangers, vanwege het zeer geringe aandeel dat bewoners *zeer actief* zijn.

Voor en na de interventie verschilden de groepen niet significant van elkaar. Echter, na de interventie bleek er een interactie-effect te zijn van groep en tijd. Dat wil zeggen dat beide groepen over tijd een ander patroon lieten zien met betrekking tot de uitkomstmaat *inactief*: de interventiegroep werd gemiddeld minder inactief, terwijl de controlegroep gemiddeld inactiever werd (Mann-Whitney U test: $p = 0,039$). Dit is weergegeven in Figuur 1. Logischerwijs is het omgekeerde patroon te zien voor de uitkomstmaat *licht actief*: de interventiegroep werd over tijd gemiddeld actiever, terwijl de controlegroep gemiddeld minder actief werd (Mann-Whitney U test: $p = 0,039$). De inactiviteit van de bewoners in de interventiegroep verminderde met 1,4 procentpunten en bij de bewoners in de controlegroep nam de inactiviteit met 1,6 procentpunten toe. Dat betekent dat de bewoners in de interventiegroep gemiddeld per dag 12,6 minuten meer actief waren geworden en de bewoners in de controlegroep gemiddeld 14,4 minuten minder actief.



Figuur 1. Tijd tussen 7:00 uur en 22:00 uur die bewoners inactief doorbrengen in procenten.

Mobiliteitstesten

Voor de mobiliteitstesten (Tinetti, TUG, TML) zijn de gegevens beschikbaar van 13 bewoners in de interventiegroep en 6 in de controlegroep. Voorts bleek een bewoner uit de controlegroep de instructies niet goed op te kunnen volgen, waardoor diens gegevens van de TUG en TML niet in de analyses gebruikt werden. De analyses wezen uit dat er geen significante verschillen waren tussen de groepen en tussen de voor- en nameting. Er was ook geen interactie-effect op deze uitkomstmaten.

De meeste deelnemers scoorden minder dan 25 punten op de Tinetti. Dat betekent dat bijna alle deelnemers van beide groepen een verhoogd risico op vallen hadden. Twee bewoners uit de interventiegroep en een bewoner uit de controlegroep scoorden minder dan 19 punten bij zowel de voor- als de nameting. Dit wijst op een zeer hoog valrisico.

Geen van de deelnemers uit beide groepen verrichtte de TUG op normale snelheid (in minder dan 10 seconden). De meesten hadden een snelheid die geclassificeerd wordt als een snelheid van ‘kwetsbare ouderen’; zij hadden tussen 11 en 20 seconden nodig voor de verrichting. Drie bewoners uit de interventiegroep en een uit de controlegroep hadden bij zowel de voor- als de nameting een snelheid die aanleiding geeft voor verdere evaluatie; zij hadden beide keren meer dan 20 seconden nodig voor de verrichting.

Op de TML hadden de meeste bewoners een loopsnelheid, waarbij binnenshuis zelfstandig functioneren waarschijnlijk is; zij liepen sneller dan 0,58 meter per seconde (m/s). Drie bewoners uit de interventiegroep liepen langzamer dan deze snelheid (dezelfde drie die genoemd worden bij de TUG). Dit gold ook voor een bewoner uit de controlegroep (dezelfde die genoemd wordt bij de TUG). Slechts vier bewoners (drie uit de interventiegroep en een uit de controlegroep) liepen bij zowel de voor- als de nameting een ‘minimale snelheid om een straat te kunnen oversteken’.

De scores en snelheden per groep en meetmoment zijn weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2. Gemiddelde scores, snelheden en range van de mobiliteitstesten.

			INT		CON	
Tinetti	VM	Gemiddelde score (min-max)	21,3	(12-26)	24,6	(17-27)
Tinetti	NM	Gemiddelde score (min-max)	20,2	(11-26)	22,8	(18-27)
TUG	VM	Gemiddelde tijd (min-max)	20,9	(13,0-45,6)	19,8	(10,9-37,7)
TUG	NM	Gemiddelde tijd (min-max)	23,2	(10,9-47,4)	22,4	(10,7-39,8)
TML	VM	Gemiddelde snelheid (min-max)	14,5	(8,3-27,3)	14,8	(8,5-22,0)
TML	NM	Gemiddelde snelheid (min-max)	15,5	(7,5-32,2)	14,8	(8,5-22,2)

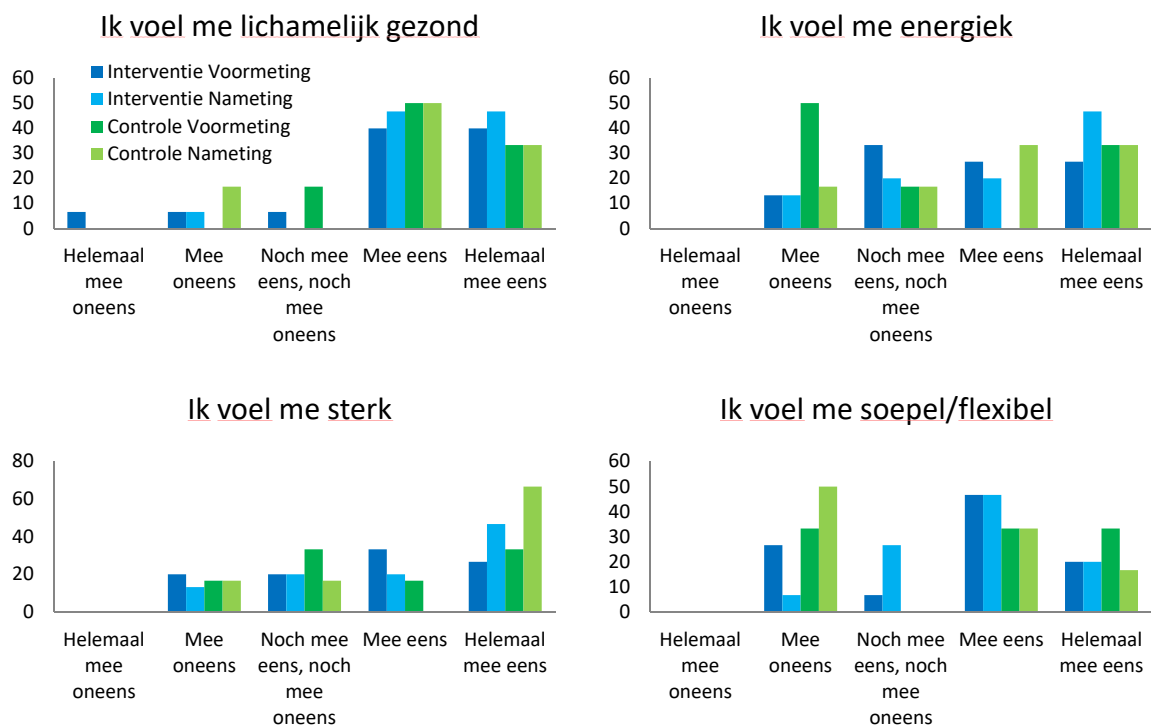
TUG: Timed Up and Go; TML: Tien Meter Looptest; VM: voormeting; NM: nameting; min: minimum; max: maximum; INT: interventiegroep; CON: controlegroep.

Fysiek, mentaal en sociaal welbevinden

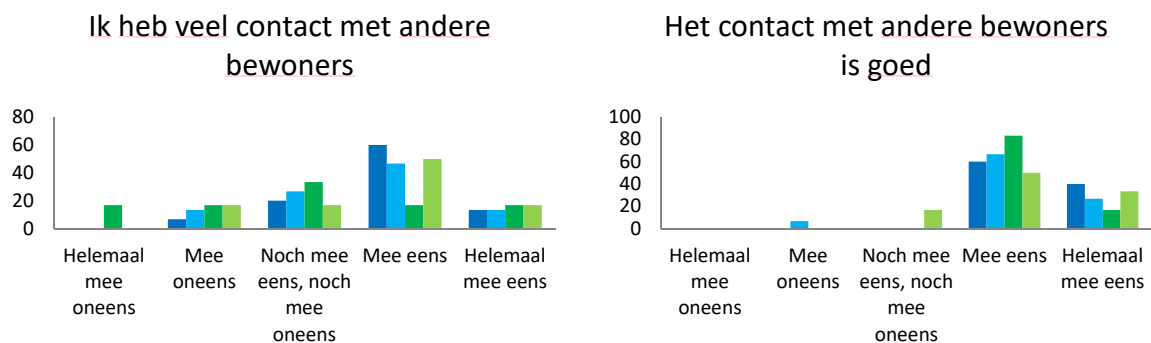
Aan de hand van een vragenlijst werd het fysiek, mentaal en sociaal welbevinden tijdens de voor- en de nameting in kaart gebracht. De bewoners werd gevraagd hun mening te geven op stellingen. Bij een viertal stellingen met betrekking tot het fysiek welbevinden, een tweetal met betrekking tot het sociaal welbevinden en een tweetal met betrekking tot het mentaal welbevinden konden bewoners aangeven in hoeverre zij het eens waren met de stellingen. Daarnaast is gevraagd wat bewoners vonden van lichamelijke beweging en van het contact met anderen tijdens beweegactiviteiten.

Er werden geen verschillen gevonden tussen de groepen. Bij twee stellingen met betrekking tot het fysiek welbevinden werd voor beide groepen wel een verschil gevonden over tijd: “ik voel me energiek” en “ik voel me sterk”. De bewoners uit beide groepen voelden zich zowel energiever als sterker bij de nameting in het voorjaar van 2018 dan bij de voormeting in het najaar van 2017. Bij geen van de vragen is een significant interactie-effect gevonden. De verdeling van de meningen over de stellingen zijn per groep en per meting in Figuur 2 weergegeven.

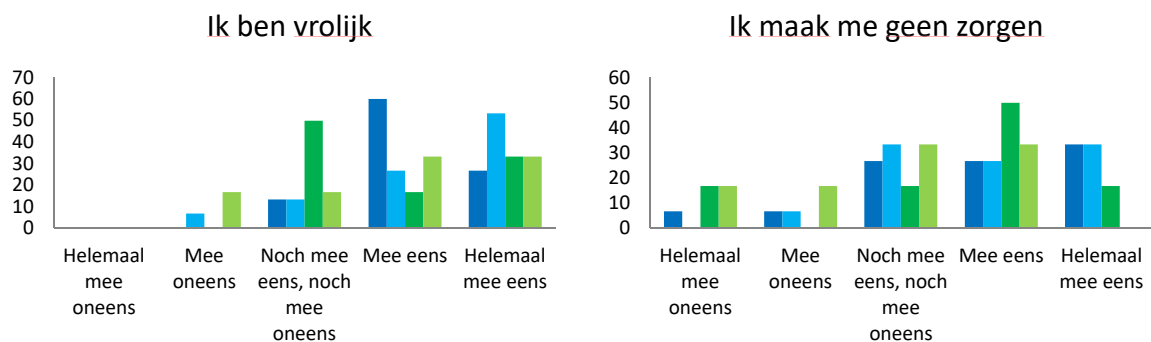
Fysiek



Sociaal

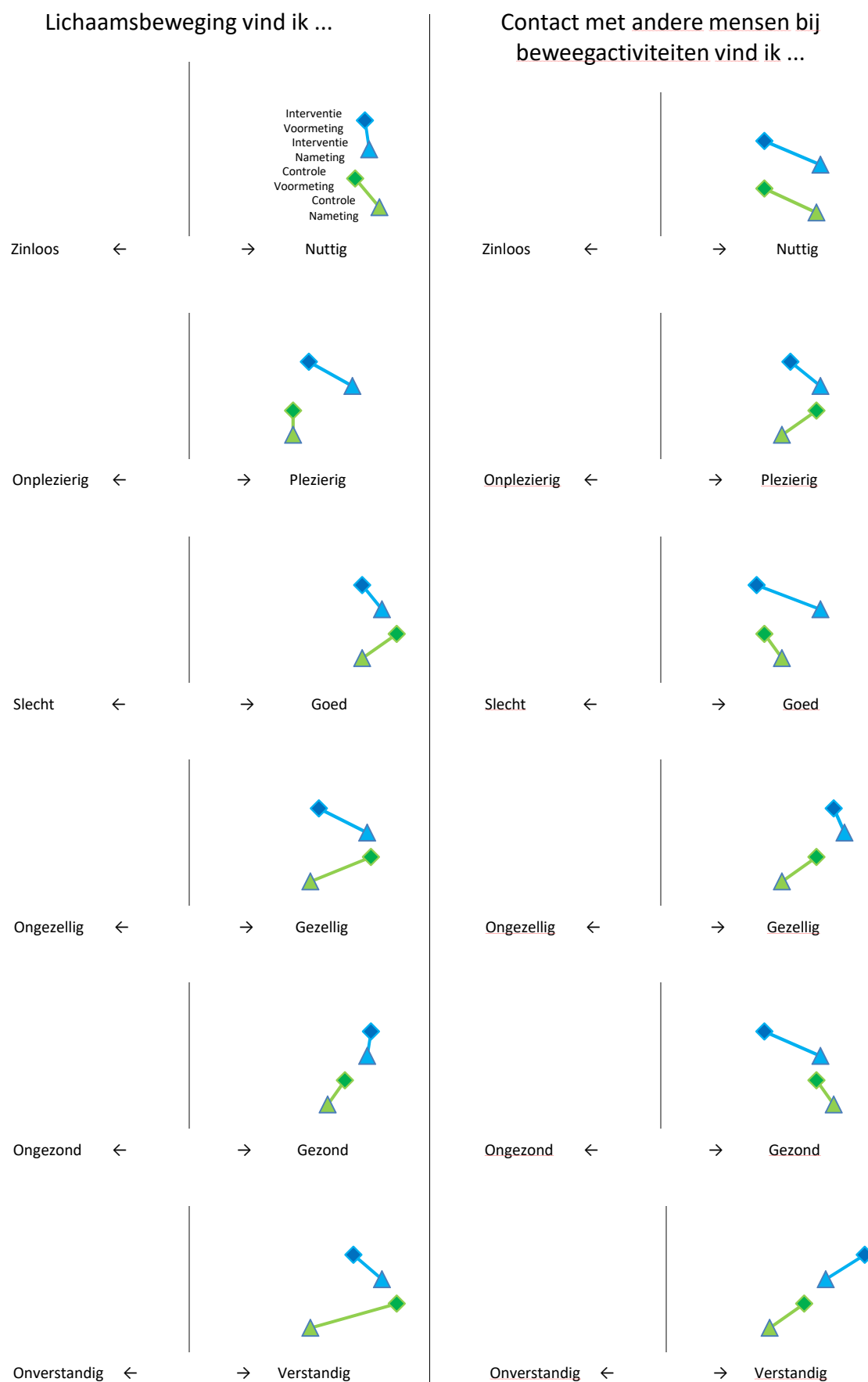


Mentaal



Figuur 2. De verdelingen (percentage) van de meningen over de stellingen per groep en per meting.

Noch tussen groepen noch over tijd zijn er verschillen gevonden met betrekking tot de vragen over lichamelijke beweging en het contact met anderen tijdens beweegactiviteiten. Tevens zijn er geen interactie-effecten gevonden bij deze vragen. Bij alle vragen waren de meningen overwegend positief. De resultaten zijn per groep en per meting in Figuur 3 weergegeven.



Figuur 3. Meningen over lichamelijke beweging en het contact met anderen tijdens beweegactiviteiten per groep en per meting.

Conclusie en aanbevelingen

In dit project werd onderzocht of bewoners van Hussonshoek en Rietveld tot meer bewegen zijn te verleiden en te stimuleren op basis van hun interesses, wensen en verlangens. De resultaten wezen uit dat bewoners, die op deze manier verleid en gestimuleerd werden tot meer bewegen, na de interventieperiode significant actiever waren dan bewoners die reguliere activiteiten aangeboden kregen. Weliswaar klinkt 12,6 minuten meer actief (en 14,4 minuten minder actief) als een zeer geringe verandering, maar in de beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad staat geschreven dat elke minuut bewegen telt¹³. Verleiden en stimuleren op basis van de interesses, wensen en verlangens van bewoners om inactiviteit te reduceren of te voorkomen lijkt op basis van deze resultaten gerechtvaardigd.

Op de mobiliteitstesten werden geen verschillen tussen de groepen over tijd gevonden; er was geen effect van de interventie waargenomen. Wel bleek dat bijna alle bewoners een verhoogd valrisico hadden. Voorts bleek dat bijna alle bewoners een loopsnelheid hadden die geclassificeerd wordt als 'kenmerkend voor kwetsbare ouderen'. Dit past bij het te verwachten beeld van oudere bewoners van PG-afdelingen. Voor de meeste bewoners gold echter dat hun loopsnelheid voldoende is om binnenshuis zelfstandig te functioneren. Dat betekent dat IADL-taken de meeste bewoners niet volledig uit handen genomen hoeven te worden. Het geeft zelfs reden om hen nog meer te stimuleren om zoveel mogelijk zelfstandig IADL-taken uit te voeren voor behoud of bevordering van zelfredzaamheid en autonomie⁵. Bovendien vermindert regelmatige activiteit het risico op vallen¹⁴.

De eigen meningen van de bewoners met betrekking tot fysiek en sociaal welbevinden verschilden niet per groep over tijd; er was geen effect van de interventie waargenomen. Over tijd werd door beide groepen op twee stellingen positiever gereageerd: gemiddeld voelden beide groepen zich energiever en sterker tijdens de nameting. Een voor de hand liggende reden voor deze verandering over tijd in beide groepen is niet te herleiden uit de overige resultaten. Wel is in de reacties op de stellingen terug te zien dat de meningen verdeeld waren. Hoewel alle deelnemers overeenkomstig hebben dat zij op PG-afdelingen wonen, geven de resultaten de diversiteit onder de bewoners weer. Uiterst negatieve meningen kwamen zelden voor.

Bovenstaande resultaten zullen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden omdat een aantal gegevens niet beschikbaar waren. Sommige bewoners stroomden later in, voor sommige bewoners waren de vragenlijsten te moeilijk en sommige bewoners hadden tijdens de meetmomenten onvoldoende lang de activiteitenmonitor gedragen. Dat betekent dat voor een deel van de bewoners gegevens van een van beide of beide meetmomenten ontbraken.

Desalniettemin rechtvaardigen de resultaten het verleiden en stimuleren tot meer bewegen op basis van de interesses, wensen en verlangens van bewoners. Kennis hebben van en ingaan op de interesses, wensen en verlangens van bewoners sluit aan bij het traject 'leefplezierplan voor de zorg', dat ook bij ActiVite werd gestart. Van belang in dit traject is de ruimte die bewoners krijgen

¹³ Gezondheidsraad. *Beweegrichtlijnen 2017*. Den Haag: Gezondheidsraad. 2017.

¹⁴ Boelens C, Hekman EEG, Verkerke GJ. Risk factors for falls of older citizens. *Technology and Health Care*. 2013;21:521–533.

om te doen wat zij graag willen en de persoon te zijn die zij graag willen zijn. De veronderstelling hierbij is dat zorg zo beter aansluit bij de individuele bewoner en daarmee betere kwaliteit van zorg geleverd wordt.

Ten slotte willen we hierbij iedereen bedanken voor de bijdragen om tot dit rapport te komen. Allereerst uiteraard de bewoners die hebben deelgenomen en de metingen ondergingen. In het bijzonder willen we Saskia van der Zwart, Kelly Bavelaar en Marlous de Waardt bedanken voor hun medewerking bij het verzamelen van alle gegevens. Alice van Leur en Pieter de Jong willen we hartelijk bedanken voor de gelegenheid om dit project te realiseren.

Bijlage 1.

Vragenlijst fysiek, sociaal en mentaal welbevinden

Domein: fysiek

Ik voel me energiek

0



Helemaal
mee oneens

0



Oneens

0



Neutraal

0



Eens

0



Helemaal
mee eens

Ik voel me lichamelijk gezond

0



Helemaal
mee oneens

0



Oneens

0



Neutraal

0



Eens

0



Helemaal
mee eens

Ik voel me sterk

0



Helemaal
mee oneens

0



Oneens

0



Neutraal

0



Eens

0



Helemaal
mee eens

Ik voel me soepel / flexibel

0



Helemaal
mee oneens

0



Oneens

0



Neutraal

0



Eens

0



Helemaal
mee eens

Domein: sociaal

Ik heb veel contact met andere bewoners

0

0

0

0

0



Helemaal
mee oneens

Oneens

Neutraal

Eens

Helemaal
mee eens

Het contact met andere bewoners is goed

0

0

0

0

0



Helemaal
mee oneens

Oneens

Neutraal

Eens

Helemaal
mee eens

Domein: mentaal

Ik ben vrolijk

0

0

0

0

0



Helemaal
mee oneens

Oneens

Neutraal

Eens

Helemaal
mee eens

Ik maak me geen zorgen

0

0

0

0

0



Helemaal
mee oneens

Oneens

Neutraal

Eens

Helemaal
mee eens

Extra vragen:
Lichaamsbeweging vind ik ...

0



Zinloos

0



0



Neutraal

0



0



Nuttig

0



Plezierig

0



Neutraal

0



0



Onplezierig

0



0



Slecht

0



Neutraal

0



0



0



Goed

0



Ongezellig

0



Neutraal

0



0



Gezellig

0



0



Gezond

0



Neutraal

0



0



Ongezond

0



0



Onverstandig

0



Neutraal

0



0



Verstandig

0



Het contact met andere mensen bij beweegactiviteiten vind ik ...

0



Zinloos

0



0



Neutraal

0



Nuttig

0



Plezierig

0



0



Neutraal

0



Onplezierig

0



Slecht

0



0



Neutraal

0



Goed

0



Ongezellig

0



0



Neutraal

0



Gezellig

0



Gezond

0



0



Neutraal

0



Ongezond

0



Onverstandig

0



0



Neutraal

0



Verstandig