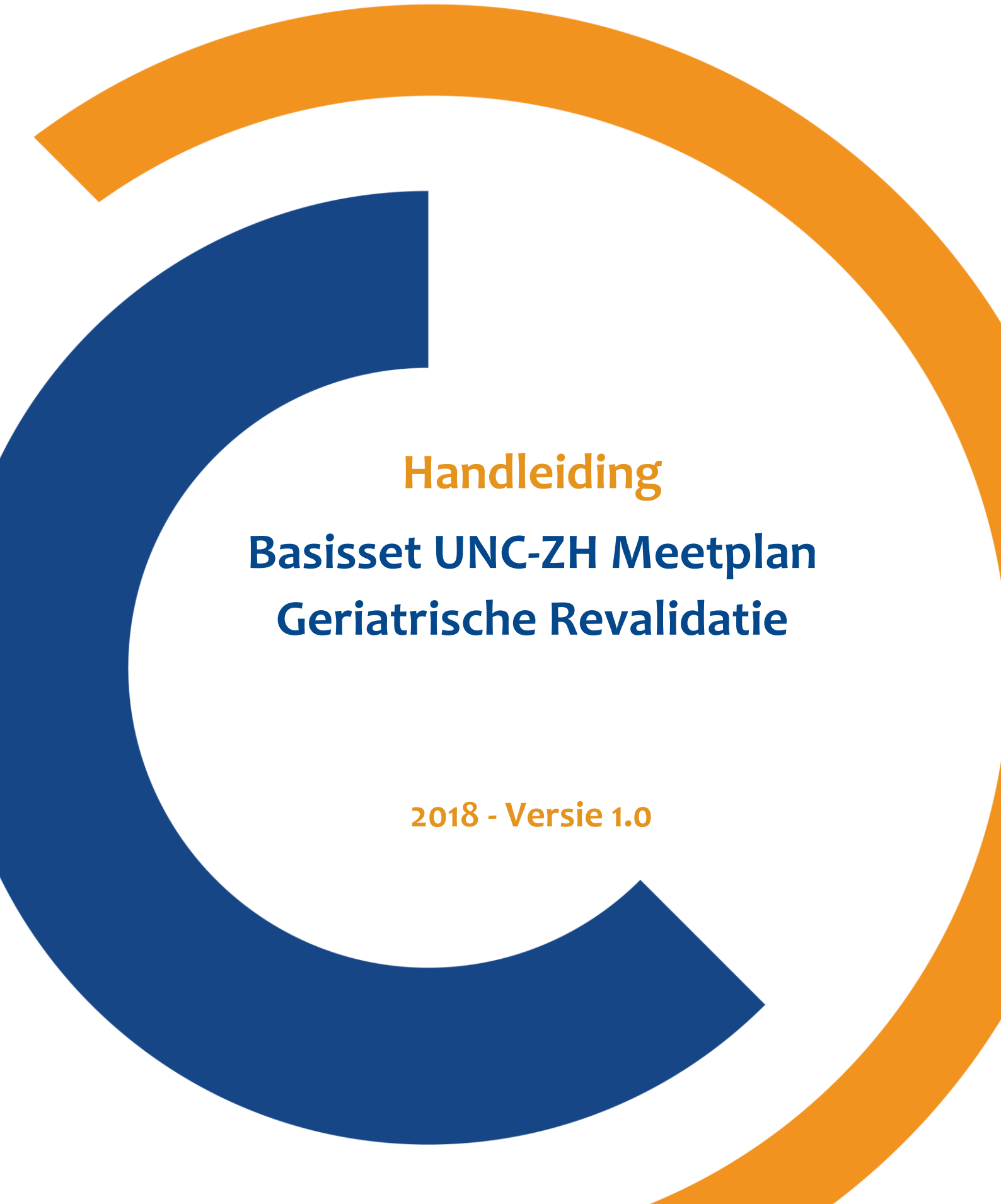


A large, stylized circular graphic composed of two concentric arcs. The outer arc is orange and the inner arc is blue, creating a thick, open circle that frames the central text.

Handleiding

Basisset UNC-ZH Meetplan Geriatrische Revalidatie

2018 - Versie 1.0

Samengesteld door:

Arno.J. Doornebosch. MSc

Dr. Monique.A.A. Caljouw

Dr. Romke van Balen

Prof. Dr. Wilco Achterberg

In samenwerking met de leden van het UNC-ZH

©UNC-ZH 2018

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden bewerkt of aangepast zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UNC-ZH. Ondanks alle aan de samenstelling van dit document bestede zorg kan noch het netwerk noch de samenstellers aansprakelijk worden gesteld voor eventuele schade die het gevolg is van enige fout in deze uitgave.

Handleiding

Basisset UNC-ZH Meetplan Geriatrische Revalidatie

2018 - Versie 1.0

Inhoudsopgave

Deel 1: Totstandkoming UNC-ZH Meetplan GRZ 6

1.1 Het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH)	6
1.2 Waarom een UNC-ZH Meetplan GRZ?	6
1.3 Doel UNC-ZH Meetplan GRZ.....	6
1.4 Hoe is het UNC-ZH Meetplan GRZ tot stand gekomen?	7
1.5 UNC-ZH Meetplan GRZ	7

Deel 2: De meetinstrumenten 9

2.1 Inleiding	9
2.2 Karakteristieken / stoornis	9
2.2.1 Sekse en leeftijd	9
2.2.2 Diagnose	9
2.2.3 Voedingstoestand.....	10
2.2.4 Comorbiditeit	10
2.3 Functie/participatie	14
2.3.1 Cognitie, stemming en functioneren.....	14
2.4 ADL/BDL Probleeminventarisatie	18
2.4.1 Achtergrond.....	18
2.5 Gedrag	24
2.5.1 Achtergrond.....	24
2.5.2 De NPI.....	25
2.5.3 Instructie instrument.....	38
2.5.4 Info over scholingen en websites.....	39
2.6 ADL voor opname GRZ	39
2.6.1 Achtergrond.....	39
2.6.2 Pre-morbide Barthel index (BI).....	40
2.6.3 Instructie instrument.....	41
2.6.4 Info over scholingen en websites.....	41
2.7 Satisfactie	42
2.7.1 Kwaliteit van leven	42

2.8 Omgevingsfactoren	46
2.8.1 Woonsituatie	46
2.8.2 Ontslagbestemming	46
2.9 Proces	46
2.9.1 Opnameduur ziekenhuis	46
2.9.2 Opnameduur GRZ	46
2.9.3 Therapie intensiteit	47
2.9.4 Tussentijdse ziekenhuisopname: Duur en reden ziekenhuisopname(s)	47
 Bijlage 1 - Projectgroep Meetplan.....	48
Bijlage 2 - Basisset UNC-ZH Meetplan GRZ	49

Deel 1: Totstandkoming UNC-ZH Meetplan GRZ

1.1 Het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH)

Het Universitair Netwerk voor de Caresector Zuid-Holland (UNC-ZH) is een samenwerkingsverband tussen het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en tien zorginstellingen in Zuid-Holland.

Het UNC-ZH heeft tot doel het initiëren, faciliteren en uitvoeren van zorginhoudelijk wetenschappelijk onderzoek. Probleem- en vraagstelling(en) vanuit de praktijk staan centraal. Het gezamenlijk uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek heeft als doel om de kwaliteit van leven van zorgafhankelijke cliënten te verbeteren, de kwaliteit van zorg te verbeteren en een brug te creëren tussen intra- en extramurale zorg.

Eén van de speerpunten van het UNC-ZH is de geriatrie revalidatie zorg (GRZ). Op dit gebied doet het UNC-ZH onderzoek maar heeft ze ook de taakopdracht om een 'Meetplan GRZ' te ontwikkelen dat gedragen wordt door de leden van het netwerk. Deze taakopdracht komt van de stuurgroep UNC-ZH met commitment van de bestuurders van de deelnemende instellingen.

1.2 Waarom een UNC-ZH Meetplan GRZ?

Geriatrische revalidatiezorg bestaat uit geïntegreerde multidisciplinaire zorg gericht op herstel van functioneren en sociale participatie bij laag belastbare ouderen, na een acute aandoening of functionele achteruitgang. Er wordt gestreefd naar een zodanig herstel op het niveau van activiteiten en participatie, dat terugkeer naar de oude woonsituatie mogelijk is.

Het is van belang dat patiënt-uitkomstmaten in de GRZ worden vastgelegd. Alleen op die manier kan inzicht worden verkregen in de resultaten van de revalidatie. Het gebruik van gestandaardiseerde en gevalideerde meetinstrumenten is daarbij van belang. Daarnaast is het belangrijk dat een gestandaardiseerd Meetplan GRZ:

- Geen extra meetlast met zich meebrengt
- Aansluiting heeft bij de praktijk, 'Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg' (Achterberg et al.2013) en behandelkaders
- Aansluiting heeft bij de financieringssystematiek (NZa.2017)
- Streeft naar eenduidige registratie

1.3 Doel UNC-ZH Meetplan GRZ

Het UNC-ZH MeetplanGRZ heeft tot doel het eenduidig gebruik van meetinstrumenten om uitkomsten van GRZ te meten en te evalueren zodat de patiëntenzorg verbetert.

Subdoelen:

- Individuele voortgang patiënt meten; SMART-doelen in het behandelplan
- Interne kwaliteitsverbetering door historische metingen op instellings- en afdelingsniveau

- Interne kwaliteitsverbetering door benchmark met vergelijkbare instellingen
- Wetenschappelijk onderzoek naar effecten van GRZ

1.4 Hoe is het UNC-ZH Meetplan GRZ tot stand gekomen?

Het Meetplan GRZ van het UNC-ZH is tot stand gekomen vanuit expert-opinion vanuit de deelnemende zorginstellingen van het UNC-ZH. Door de afwezigheid van richtlijnen of andere bronnen, is er binnen het UNC-ZH voor gekozen om gezamenlijk een basisset te ontwikkelen. Dit initiatief is gestart in juli 2015 met een taakopdracht 'Meetplan Geriatrische Revalidatiezorg' welke geaccordeerd is door de stuurgroep van het UNC-ZH. In september 2015 is de projectgroep gestart, gevolgd in januari 2016 met commitment van de bestuurders vanuit de zorginstellingen voor de ontwikkeling van een implementatieplan. Op 29 maart 2016 is de projectgroep Implementatie van start gegaan.

De keuze voor deze set meetinstrumenten is zo gemaakt dat voldoende aspecten van het functioneren van de revalidant in de geriatrische revalidatie zijn gedekt. Het kader hiervoor was de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (ICF.2002).

1.5 UNC-ZH Meetplan GRZ

Het UNC-ZH Meetplan GRZ is te vinden in bijlage 2. Het Meetplan bestaat uit 5 domeinen waarop GRZ geëvalueerd wordt (Achterberg et al.2013). De gebruikte meetinstrumenten zijn generiek en zijn te gebruiken binnen alle doelgroepen van de GRZ. De meetinstrumenten sluiten zoveel mogelijk aan bij de instrumenten gebruikt in het ziekenhuis, de medisch specialistische revalidatie en de eerste lijn. Naast deze generieke instrumenten blijft het mogelijk (noodzakelijk) om ook specifieke op doelgroepen gerichte meetinstrumenten te blijven gebruiken. In het Meetplan GRZ zitten de prestatie-indicatoren, ontwikkeld door Verenso in samenwerking met de Patiëntenfederatie (Verenso.2014).

De domeinen van het GRZ Meetplan zijn:

- **Karakteristieken/stoornis**
Stoornissen: afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen (ICF.2002).
- **Functie/participatie**
Functies: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme (ICF.2002).
Participatie: iemands deelname aan het maatschappelijk leven (ICF.2002).
- **Satisfactie**
Het ervaren van een goede gezondheid en kwaliteit van leven, het hebben van regie over het leven en geen beperkingen ervaren bij activiteiten (RIVM.2011)
- **Omgevingsfactoren (externe factoren)**
Externe factoren: iemands fysieke en sociale omgeving (ICF.2002)
- **Proces**
Ontvangst en verwerking van informatie- en zorgvragen, vaststellen van de benodigde zorg, zorgbemiddeling, zorgtoewijzing, uitvoering zorgplan en evaluatie en afsluiting van de geboden zorg (Thesauruszorgenwelzijn.2017)

Referenties

- Achterberg.W.P, Schols.J.M.G.A, Hertogh.C.M.P.M, Balen.van.R. (2013). Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg. Versie 1.1
- ICF. (2002). Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health. Gedownload op 06-12-2017 van <http://www.who-fic.nl/dsresource?type=pdf&disposition=inline&objectid=rivmp:230329&versionid=&subobjectname>
- Nederlandse Zorg Autoriteiten (NZA). (2017). Werken met dbc's geriatrische revalidatie Praktische uitleg en documentatie bij de dbc-systematiek. Geraadpleegd op <https://werkenmetdbcs.nza.nl/geriatischerevalidatiezorg>
- RIVM. (2011). Kwaliteit van leven. http://www.eengezondnederland.nl/Heden_en_verleden/Kwaliteit_van_leven. Geraadpleegd op 06-12- 2017
- Thesauruszorgenwelzijn.(2017). www.thesauruszorgenwelzijn.nl. Geraadpleegd op 06-12-2017
- Versenso. (2014). Prestatie indicatoren Geriatrische Revalidatiezorg. Gedownload op 12-12-2107 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/03/01/prestatie-indicatoren-geriatrische-revalidatiezorg>

Deel 2: De meetinstrumenten

Er is gekozen om bij de implementatie van de meetinstrumenten onderstaande volgorde aan te houden:

- USER (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van klinische Revalidatie)
- COPM (Canadian Occupational Performance Measure)
- EQ-5D (EuroQol 5D)
- NPI (Neuropsychiatrische Vragenlijst)

2.1 Inleiding

Per meetinstrument worden de volgende items beschreven:

- Achtergrond
- Instrument
- Handleiding
- Informatie over scholingen, websites en referenties

2.2 Karakteristieken / stoornis

2.2.1 Sekse en leeftijd

Instrument/bron:	Elektronische cliëntendossier (ECD)
Instructie:	In het ECD wordt het geslacht en de leeftijd van de bewoner genoteerd
Ingevuld door:	Specialist ouderengeneeskunde
Wanneer:	Bij opname in GRZ

2.2.2 Diagnose

Instrument/bron:	ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems)
Instructie:	
Ingevuld door:	Specialist ouderengeneeskunde
Wanneer:	Bij opname in GRZ

2.2.3 Voedingstoestand

Instrument/bron:	Identiteitskaart (ID)/meetlint en weegschaal
Instructie:	Lengte en gewicht worden genoteerd en de Body Mass Index (BMI) uitgerekend
Ingevuld door:	Verpleging
Wanneer:	Bij opname in GRZ en daarna 1 keer per maand

2.2.4 Comorbiditeit

Instrument/bron:	Functional Comorbidity Index / Functionele Comorbiditeit Index (FCI)
Instructie:	Beschikbare informatie van de medische voorgeschiedenis kan worden verkregen uit: overdrachtsbrief, huisartsjournaal, medicijnlijst, specialistenbrieven en anamnese. zie paragraaf 2.2.4.3
Ingevuld door:	Specialist ouderengeneeskunde
Wanneer:	Bij opname in GRZ

2.2.4.1 Achtergrond

De Functional Comorbidity Index (FCI) is in 2005 ontwikkeld door Groll et al. (2005) met als doel een comorbiditeit index te ontwikkelen met 'fysiek functioneren' als specifieke uitkomst. Oftewel, een index waarvan de inhoudelijke lijst met comorbiditeiten daadwerkelijk gerelateerd is aan functioneren. In de studie van Groll et al. (2005) werd op basis van bestaande literatuur en focusgroepen met patiënten én professionals, een lijst gemaakt waarvan de inhoud uit 40 diagnoses bestond die, naar verwachting, het sterkst van invloed zouden zijn op functioneren. Deze lijst werd getoetst door hem toe te passen op 2 databases met patiëntinformatie: chronische ziekten en functioneren (fysiek functioneren volgens de SF-36 sub schaal). Uiteindelijk bleef er de onderstaande lijst met 18 comorbiditeiten over.

De FCI is inmiddels gevalideerd in meerdere studies en in verschillende patiënten groepen: CVA-patiënten (Tessier. 2008), patiënten met rhinosinusitis (Levine.2016), patiënten met slaap apnoe (Levine.2014), patiënten met acute longbeschadiging op de intensive care (Fan.2012) en ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) patiënten (Groll.2006).

De FCI is nog niet goed gevalideerd in een strikt oudere patiënt populatie, al is het in de eerste opzet wel de bedoeling geweest om een specifieke comorbiditeit lijst te ontwikkelen met het oog op de oudere persoon met meerdere chronische ziekten.

De Functionele Comorbiditeit Index (FCI)

Actuele hoofddiagnose van de patiënt: _____

Wilt u aankruisen of er sprake is van actuele comorbiditeit:

JA: deze ziekte is aanwezig

NEE: deze ziekte is niet aanwezig

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Artrose en/of reumatoïde artritis | ☐ JA | ☐ NEE |
| 2. Osteoporose | ☐ JA | ☐ NEE |
| <hr/> | | |
| 3. Astma | ☐ JA | ☐ NEE |
| 4. COPD, ARDS of longemfyseem | ☐ JA | ☐ NEE |
| <hr/> | | |
| 5. Angina pectoris | ☐ JA | ☐ NEE |
| 6. Hartfalen of andere aandoening van het hart | ☐ JA | ☐ NEE |
| 7. Myocard infarct | ☐ JA | ☐ NEE |
| <hr/> | | |
| 8. Neurologische aandoeningen
(bijv. multiple sclerose, ziekte van Parkinson) | ☐ JA | ☐ NEE |
| 9. Cerebrovasculair accident
(CVA) of transient ischaemic attack (TIA) | ☐ JA | ☐ NEE |
| <hr/> | | |
| 10. Perifeer arterieel vaatlijden | ☐ JA | ☐ NEE |
| 11. Diabetes mellitus type I or II | ☐ JA | ☐ NEE |
| 12. Proximaal gastro-intestinaal lijden
(bijv. ulcus, hernia diafragmatica, reflux) | ☐ JA | ☐ NEE |
| <hr/> | | |
| 13. Depressie | ☐ JA | ☐ NEE |
| 14. Angst- of paniekstoornis(sen) | ☐ JA | ☐ NEE |
| <hr/> | | |
| 15. Visuele beperking
(bijv. cataract, glaucoom, macula degeneratie) | ☐ JA | ☐ NEE |
| 16. Gehoor beperking
(duidelijk hardhorend, zelfs bij gebruik van gehoorapparaten) | ☐ JA | ☐ NEE |
| <hr/> | | |
| 17. Degeneratieve aandoeningen van de wervelkolom
(bijv. lumbago, kanaalstenose, chronische rugklachten,
rughernia: hernia nucleii pulposi) | ☐ JA | ☐ NEE |
| 18. Obesitas en/ of Body Mass Index (BMI) > 30
Lengte: ____ cm Gewicht: ____ kg

(BMI = gewicht/(lengte in meters) ²) | ☐ JA | ☐ NEE |

2.2.4.3 Handleiding

Uit de praktijk is gebleken dat het onderscheid tussen de hoofddiagnose, waarvoor de patiënt in eerste instantie wordt opgenomen ter revalidatie, niet altijd eenduidig is. Daarom is de bovenste regel aan de lijst toegevoegd 'actuele hoofddiagnose': de ziekte die wordt vermeld door de verwijzend arts. Dit kan (achteraf) helpen om onderscheid te maken tussen de primaire opnamereden en eventuele bijkomende ziekten, nevendiagnosen of intercurrente ziekten die nog kunnen optreden.

Invullen van de FCI

1. Artrose of reumatoïde artritis: Is de patiënt bekend met artrose of reuma/reumatoïde artritis. Hiermee worden ook jicht, PMR (poly myalgia rheumatica) of andere vormen van artritis als gevolg van auto immuunstoornis bedoeld. Artrose: beschadiging van de gewrichten van met name heup, knie, vingers (duim!).

2. Osteoporose: Is de patiënt bekend met osteoporose, dat wil zeggen de vermelding van osteoporose in de medische voorgeschiedenis, ooit een T < -1,0 op een DEXA scan, of bekend met wervelfracturen a.g.v. inzakking/osteoporose. Of bevestigd door een foto van de wervelkolom/ X-thorax, dan wel door duidelijk klinische tekenen: zoals hyperkyfose, verminderde ribcrista iliaca afstand, verlies in lichaamslengte.

3. Astma: Is de patiënt bekend met allergisch astma? Heeft de patiënt ooit een afwijkende spirometrie/FEV1/FVC/flowvolumecurve gehad (reversibel na bronchusverwijding)? Soms kan het in de voorgeschiedenis vermeld staan als 'CARA' (=chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen). Ook werd astma vroeger ook wel eens 'chronische bronchitis' genoemd.

4. COPD, ARDS of longemfyseem: Is de patiënt bekend met COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) of longemfyseem? Heeft de patiënt ooit een afwijkende spirometrie/FEV1/FVC/flowvolumecurve gehad (duidend op chronisch obstructief longlijden)? Soms kan het in de voorgeschiedenis vermeld staan als 'CARA' (=chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen). Ook werd COPD/longemfyseem vroeger ook wel eens 'chronische bronchitis' genoemd.

NB: Als er in de voorgeschiedenis 'CARA' of 'chronische bronchitis' staat vermeld, probeer er dan middels rookgeschiedenis, oude brieven of inhalatie-medicatie een waarschijnlijkheidsdiagnose te geven en die te scoren. Het is ook mogelijk dat zowel astma als COPD tegelijkertijd aanwezig zijn: scoor ze dan allebei.

5. Angina pectoris: Is de patiënt bekend met pijn op de borst klachten, optredend bij inspanning, reversibel na rust en passend bij stabiele angina pectoris? Mogelijk synoniem: stabiele coronair sclerose. Als er een afwijkend ECG bekend is van de patiënt duidend op een doorgemaakt myocardinfarct, wordt het gescoord als myocardinfarct bij nr. (7).

6. Hartfalen of andere aandoeningen van het hart: Is de patiënt bekend met cardiale aandoeningen zoals: hartfalen (systolisch of diastolisch), klepafwijkingen (mitralisstenose, aortaklepstenose etc.), cardiomyopathie, atriumfibrilleren of andere ritmestoornissen. Of is er een X-thorax bekend met een overvullingsbeeld, is er een afwijkende echocardiografie bekend (verminderde LVEF)?

7. Myocard infarct: Is de patiënt bekend met een myocard infarct in het verleden of instabiele angina pectoris? Als de patiënt een bypass operatie heeft ondergaan in het verleden kan dit ook onder myocardinfarct worden gescoord.

8. Neurologische aandoeningen: Geen aanvullingen.

9. CVA of TIA: Heeft de patiënt ooit een CVA of TIA gehad. Het gaat om zowel ischemisch als hemorragische CVA's. Met of zonder blijvende schade/parese: dit wordt namelijk gescoord in de functionele vragen eronder. Of is er een MRI- of CT-hersenen bekend waarop schade te zien als gevolg van een CVA.

10. Perifeer arterieel vaatlijden: Is de patiënt bekend met (chronisch of acuut) obstructief arterieel vaatlijden zoals claudicatio intermittens of atherosclerose, is er een afwijkende uitslag van een echo-doppler of enkel-arm index (EAI)?

11. Diabetes Mellitus type I of II: Geen aanvullingen.

12. Proximaal gastro-intestinaal lijden: Is de patiënt bekend met ziekten van de bovenste organen van de tractus digestivus, zoals een maagulcus, duodenum ulcus, dyspepsie, refluxklachten, hernia diafragmatica, hematemesis of melena, aanhoudend braken en misselijkheid, maagperforatie, helicobacter pylori infectie etc.

13. Depressie: Is de patiënt bekend met depressie, dysthymie, depressieve klachten en aanhoudende of recidiverende somberheid etc.

14. Angst- of paniekstoornissen: Is de patiënt bekend met een angststoornis, reken hieronder: gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobieën, paniekstoornis, hypochondrie, sociale fobie, post traumatische stressstoornis, obsessief-compulsieve stoornis (dwangstoornis).

15. Visuele beperking: Geen aanvullingen.

16. Gehoor beperking: Geen aanvullingen.

17. Degeneratieve aandoeningen van de wervelkolom: Geen aanvullingen.

18. Obesitas en/of BMI >30: Geen aanvullingen.

2.2.4.4 Info over scholingen, websites en referenties

Scholingen:

Geen nadere informatie.

Websites:

Geen nadere informatie.

Referenties

- Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG.(2005) The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. J Clin Epidemiol.; 58:595-602.
- Groll DL, Heyland DK, Caeser M, Wright JG.(2006) Assessment of long-term physical function in acute respiratory distress syndrome (ARDS) patients: comparison of the Charlson Comorbidity Index and the Functional Comorbidity Index. Am J Phys Med Rehabil.; 85:574-581.
- Tessier A, Finch L, Daskalopoulou SS, Mayo NE.(2008) Validation of the Charlson Comorbidity Index for predicting functional outcome of stroke. Arch Phys Med Rehabil.; 89(7):1276-1283.
- Fan E, Gifford JM, Chandolu S, et al. (2012) The functional comorbidity index had high inter-rater reliability in patients with acute lung injury. BMC Anesthesiol.; 12:21.(doi):10.1186/1471-2253-1112-1121.
- Levine CG, Weaver EM. (2014) Functional comorbidity index in sleep apnea. Otolaryngol Head Neck Surg.; 150:494-500. doi: 410.1177/0194599813518164.
- Levine CG, Davis GE, Weaver EM.(2016) Functional Comorbidity Index in chronic rhinosinusitis. Int Forum Allergy Rhinol.; 6:52-57. doi: 10.1002/alr.21620.

2.3 Functie/participatie

2.3.1 Cognitie, stemming en functioneren

Instrument/bron:	USER (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van klinische Revalidatie)
Instructie:	zie paragraaf 2.3.1.3
Ingevuld door:	Verpleging
Wanneer:	Bij opname GRZ en ontslag (tussentijds in overleg met MDO-team)

2.3.1.1 Achtergrond

De USER (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie) is een meetinstrument om het resultaat van revalidatie te meten. De USER is in 2006 ontwikkeld door het Kenniscentrum van De Hoogstraat revalidatie in Utrecht (Post.2006).

De USER biedt informatie over de voortgang van revalidatie aan de patiënt en het behandelteam (Raats.2012). Daarnaast kan de USER, wanneer de resultaten bekeken worden op groepsniveau, de uitkomst van revalidatie voor bijvoorbeeld diagnosegroepen of behandelteams in beeld brengen (Willems.2010). De betrouwbaarheid voor de doelgroep GRZ moet nog verder worden onderzocht.

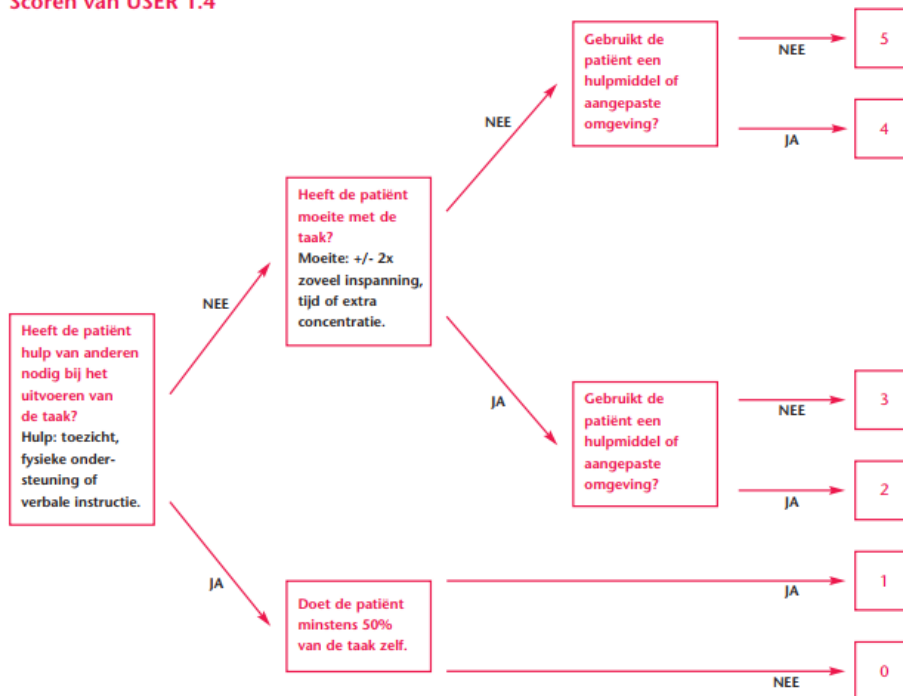
Uit de USER kan eenvoudig de Barthelindex berekend worden (Thiesen.2013).

2.3.1.2 De USER

De USER meet hoe zelfredzaam iemand is op het gebied van mobiliteit, zelfverzorging en cognitie. Per handeling wordt aangegeven of iemand dit zelfstandig kan of met hulp en hoeveel moeite het kost. Daarnaast worden stemming, vermoeidheid en pijn gemeten. De USER is eenvoudig en in ongeveer 10 minuten af te nemen en voldoet aan psychometrische eisen van een meetinstrument. De USER is bruikbaar voor volwassen klinisch opgenomen patiënten van verschillende diagnosegroepen in revalidatiecentra maar is ook bruikbaar in de geriatrie revalidatie.

Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER)																						
Patiëntnummer _____	Patiënt _____	Beoordelaar _____	Datum _____																			
Soort meting _____	meting / doel *	opname/ tussentijds /ontslag *	* omcirkel wat van toepassing is.																			
Mobiliteit Score (0-5)		Communicatie Score (0-5)																				
1. Zitten _____		15. Zich uiten _____																				
2. Staan _____		16. Begrijpen _____																				
3. Transfers _____		Cognitie																				
4. Lopen binnenshuis _____		17. Visuele waarneming _____																				
5. Lopen langere afstanden _____		18. Oriëntatie in plaats en tijd _____																				
6. Traplopen _____		19. Aandacht _____																				
7. Rolstoelrijden (NB: afwijkende score) _____		20. Geheugen _____																				
Score Mobiliteit _____ / 35		21. Taakuitvoering _____																				
Zelfverzorging		22. Initiatief _____																				
8. Eten en drinken _____		23. Gedragsregulatie _____																				
9. Persoonlijke verzorging _____		24. Sociaal gedrag _____																				
10. Douchen/baden _____		Score Cognitief functioneren _____ / 50																				
11. Aan/uitkleden _____																						
12. Toiletgang/ blaas en darm lediging _____																						
13. Incontinentie blaas (NB: afwijkende score) _____																						
14. Incontinentie darm (NB: afwijkende score) _____																						
Score Zelfverzorging _____ / 35																						
Vraag de patiënt hoe hij/zij zich de afgelopen dagen voelde wat betreft:																						
25. Pijn	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td> </tr> </table>										0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100												
26. Vermoeidheid	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td> </tr> </table>										0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100												
27. Somberheid	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td> </tr> </table>										0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100												
28. Verdriet	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td> </tr> </table>										0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100												
29. Angst	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td> </tr> </table>										0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100												
30. Boosheid	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td> </tr> </table>										0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100												
USER versie 1.4, mei 2015 © De Hoogstraat, Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht		Score Stemming = somberheid + verdriet + angst + boosheid = _____ / 400																				

Scoren van USER 1.4



Tips voor scoren

- Maak gebruik van de handleiding (www.dehoogstraat.nl/meetinstrument-user)
- Scoor wat iemand daadwerkelijk doet in het dagelijks leven op de afdeling
- Bij twijfel raadpleeg je collega
- Als het niveau van functioneren per situatie en per tijdstip varieert of je twijfelt tussen twee scores, vermeld de laagste score

Score voor hulp, moeite of hulpmiddel

- 5 = zonder moeite, zonder hulp, hulpmiddel of aanpassing
 4 = zonder moeite, zonder hulp, met hulpmiddel of aanpassing
 3 = met moeite, zonder hulp, zonder hulpmiddel of aanpassing
 2 = met moeite, zonder hulp, met hulpmiddel of aanpassing
 1 = toezicht en/of met gedeeltelijke hulp van anderen (>50% zelf)
 0 = grotendeels of volledig door anderen (< 50% zelf), of niet uitgevoerd

Afwijkende scores

Rolstoelrijden

- 5 = handbewogen rolstoel zonder moeite, of geen rolstoel
 3 = handbewogen rolstoel, met moeite
 1 = elektrische rolstoel
 0 = rolstoelrijden niet mogelijk zonder hulp van anderen
 NB: moeite is hier ook: alleen korte afstanden, met enige hulp in moeilijke omstandigheden (bv drempel)

Frequentie van Incontinentie

- 5 = continent voor urine of ontlasting
 4 = continent voor urine of ontlasting met een hulpmiddel (stoma, katheter)
 3 = minder dan 1 x per week incontinent
 1 = 1-7 x per week
 0 = meer dan 1 x per dag

Bron; <http://www.dehoogstraat.nl/images/products/925/formulier-user-14.pdf>

2.3.1.3 Handleiding

Instructie USER:

- Deel 1 (objectieve deel) van het formulier scoor je op basis van je eigen observaties over de cliënt en die van je collega's.
- De onderdelen Mobiliteit en Zelfverzorging bestaat uit 7 items, het onderdeel Cognitief functioneren uit 10.
- Op de onderdelen Mobiliteit en Zelfverzorging kan men een maximum van 35 scoren en op het onderdeel Cognitief functioneren kan men een maximum van 50 scoren.
- Op alle items kan men max. een score van 5 halen.
- Pak steeds de informatie in de Handleiding van USER er bij om de items goed te kunnen scoren.

Bijv. item 2 = Staan. In de Handleiding staat daarover vermeld: 'staat gedurende 5 minuten'.

Daarnaast staat vermeld wat er onder Hulp, Moeite of Hulpmiddel wordt verstaan. Elk item van de USER is in de Handleiding op deze manier uitgewerkt.

- 5 = zonder moeite, zonder hulp, hulpmiddel of aanpassing
- 4 = zonder moeite, zonder hulp, met hulpmiddel of aanpassing
- 3 = met moeite, zonder hulp, zonder hulpmiddel of aanpassing
- 2 = met moeite, zonder hulp, met hulpmiddel of aanpassing
- 1 = met gedeeltelijke hulp van anderen (> 50% zelf)
- 0 = grotendeels of volledig door anderen (< 50% zelf), of niet uitgevoerd

NB: Moeite is extra inspanning, > 2x zoveel tijd, extravoorzichtigheid, alleen korte tijd mogelijk, compensatie (bv gebaren) nodig, etc.

- Bij het scoren van de USER geldt de regel als je de score niet weet of je twijfelt tussen bepaalde scores? Overleg met je collega's en/of scoor bij twijfel altijd de laagste score!
- Bij het scoren van de USER kun je altijd gebruik maken van de handleiding van De Hoogstraat en het bijbehorende formulier:
- <http://www.dehoogstraat.nl/images/products/926/user-handleiding-14.pdf>
- <http://www.dehoogstraat.nl/images/products/925/formulier-user-14.pdf>
- Op basis van de resultaten van de USER ga je in gesprek met de revalidant. Hierbij ga je na op welke gebieden de revalidant wil verbeteren tijdens de revalidatieperiode.
- Deel 2 (subjectieve deel) van het formulier scoor je tijdens een gesprek met de revalidant. Hierin vraag je of de revalidant last heeft van bijv. angst of verdriet en vraag je de revalidant deze te beoordelen met een cijfer tussen de 0-100. Zie formulier.

2.3.1.4 Info over scholingen, websites

Scholingen:

De Hoogstraat biedt een scholing USER voor verpleging aan. Op de website <http://www.dehoogstraat.nl/onderzoek-innovatie/scholing/scholing/user-voor-verpleging> is daarover meer informatie te vinden.

Websites:

<http://www.dehoogstraat.nl/onderzoek-innovatie/producten/producten/meetinstrument-user>

Referenties:

- Post MW, van de Port IG, Kap B, Berdenis van Berlekom SH. (2009) Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of Clinical Rehabilitation (USER). Clin Rehabil.;10:909-917.
- Willems M, Berdenis van Berlekom S, Asbeck F van, Post M. (2010) The continuing story: USER als uitkomstmeting van klinische revalidatie. Revalidatie;156: 6-9.
- F.M.C. Raats-Bakx, J.W.G. Meijer.(2012) Voorspellende waarde van de USER bij klinische revalidatie. Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde, 2012 /1.
- Thiesen J, Sicking A.H.J.M., Fengler R.K.B., Post M.W.M., Visser-Meily A.J.M. (2013) Gebruik USER in het verpleeghuis. Bruikbaarheid van de USER versus de Barthelindex. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde; 79-84.

2.4 ADL/BDL Probleeminventarisatie

Instrument/bron:	COPM (Canadian Occupational Performance Measure)
Instructie:	zie paragraaf 2.4.1.3
Ingevuld door:	Ergotherapeut
Wanneer:	Bij opname GRZ en ontslag (tussentijds in overleg met MDO-team)

2.4.1 Achtergrond

De Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is een cliëntgericht meetinstrument om de door de cliënt ervaren problemen in het dagelijks handelen te achterhalen en deze centraal te stellen in de behandeling (Law.2005). De COPM heeft twee doelen: *het identificeren van de belangrijkste problemen* die de cliënt ervaart en *het meten van veranderingen* in het beeld dat de cliënt heeft van zijn handelen gedurende het behandelproces. De COPM richt zich op drie gebieden: zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning.

Door de onderzoekstrajecten die in het VUmc, UMC St. Radboud en het AMC reeds zijn ingezet kunnen we binnen de Nederlandse patiëntenzorg inmiddels spreken van een valide en betrouwbaar instrument.

De COPM kan worden afgenomen bij kinderen, adolescenten, volwassenen, CVA- patiënten en ouderen. De enige voorwaarde is dat de cliënt in staat is de werkwijze en het doel van het meetinstrument te begrijpen. De patiënt mag echter geen afasie hebben.

Reproduceerbaarheid

- Betrouwbaarheid:

Gehele lijst: above acceptable range, van 0.80:

0.89-0.88, n=266

0.84-0.85, n= 1418

0.90-0.92, n=159

- Validiteit
 - Construct validiteit:
 - COPM is een valide meetinstrument voor participatieproblemen
 - Gemiddelde waardebepaling was goed (3.0)
 - COPM is interessant om participatieproblemen te inventariseren
 - Concurrent validiteit
 - Goede concurrent validiteit (goede correlatie met HAQ, correlatie met DASH – DLV, Kappa 0,79)
 - Content validiteit
 - COPM en GAS maken samen het aangeven van een hulpvraag valide
- Responsiviteit

Goede sensitiviteit, goede responsiviteit

(Lectoraat Autonomie en Participatie van mensen met een chronische ziekte, Faculteit Gezondheidszorg, Zuyd Hogeschool, 2008)

2.4.1.2 De COPM

- De COPM is een Semi-gestructureerd interview (Baarda.2012)
- Opbouw van de COPM bestaat uit totaal 9 items: subcategorie zelfredzaamheid (3 items), productiviteit (3 items), ontspanning/vrije tijd (3 items); scoreformulier
- De invulinstructie van de open vragen, door de therapeut in te vullen; cliënt geeft de score aan.
- Het meetniveau per item: wijze score (1-10), meetniveau interval
- Het meetniveau van de totaalscore: wijze score (1-10), meetniveau interval

Hieronder als voorbeeld het Engelstalige voorbeeld van het COPM-formulier. De Nederlandse versie is verkrijgbaar tegen betaling via Afdeling Ergotherapie, VU Medisch Centrum Postbus 7057 1007 MB Amsterdam Tel: 020-4440012.

CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE

Authors:

Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell,
Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is an individualized measure designed for use by occupational therapists to detect self-perceived change in occupational performance problems over time.

Client Name:		
Age:	Gender:	ID#:
Respondent (if not client):		
Date of Assessment:	Planned Date of Reassessment:	Date of Reassessment:
Therapist:		
Facility/Agency:		
Program:		

Published by CAOT Publications ACE
Printed in Canada

© M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

STEP 1: IDENTIFICATION OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE ISSUES

To identify occupational performance problems, concerns and issues, interview the client, asking about daily activities in self-care, productivity and leisure. Ask clients to identify daily activities which they want to do, need to do or are expected to do by encouraging them to think about a typical day. Then ask the client to identify which of these activities are difficult for them to do now to their satisfaction. Record these activity problems in Steps 1A, 1B, or 1C.

STEP 2: RATING IMPORTANCE

Using the scoring card provided, ask the client to rate, on a scale of 1 to 10, the importance of each activity. Place the ratings in the corresponding boxes in Steps 1A, 1B, or 1C.

STEP 1A: Self-care

Personal Care
(e.g., dressing, bathing,
feeding, hygiene)

Functional Mobility
(e.g., transfers,
indoor, outdoor)

Community Management
(e.g., transportation,
shopping, finances)

IMPORTANCE

STEP 1B: Productivity

Paid/Unpaid Work
(e.g., finding/keeping
a job, volunteering)

Household Management
(e.g., cleaning,
laundry, cooking)

Play/School
(e.g., play skills,
homework)

STEP 1C: Leisure		IMPORTANCE	
Quiet Recreation (e.g., hobbies, crafts, reading)	 	 	
Active Recreation (e.g., sports, outings, travel)	 	 	
Socialization (e.g., visiting, phone calls, parties, correspondence)	 	 	

STEPS 3 & 4: SCORING - INITIAL ASSESSMENT and REASSESSMENT

Confirm with the client the 5 most important problems and record them below. Using the scoring cards, ask the client to rate each problem on performance and satisfaction, then calculate the total scores. Total scores are calculated by adding together the performance or satisfaction scores for all problems and dividing by the number of problems. At reassessment, the client scores each problem again for performance and satisfaction. Calculate the new scores and the change score.

Initial Assessment:		Reassessment:	
OCCUPATIONAL PERFORMANCE PROBLEMS:	PERFORMANCE 1	SATISFACTION 1	PERFORMANCE 2
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

SCORING:	PERFORMANCE SCORE 1	SATISFACTION SCORE 1	PERFORMANCE SCORE 2	SATISFACTION SCORE 2
$\text{Total score} = \frac{\text{Total performance or satisfaction scores}}{\text{\# of problems}}$	$\frac{\quad}{\quad} = \boxed{\quad}$	$\frac{\quad}{\quad} = \boxed{\quad}$	$\frac{\quad}{\quad} = \boxed{\quad}$	$\frac{\quad}{\quad} = \boxed{\quad}$

CHANGE IN PERFORMANCE = Performance Score 2 - Performance Score 1 =

CHANGE IN SATISFACTION = Satisfaction Score 2 - Satisfaction Score 1 =

ADDITIONAL NOTES AND BACKGROUND INFORMATION

Initial Assessment:

Bron; <http://www.neuroreha.cz/sites/default/files/materialy/COPM.pdf>

2.4.1.3 Handleiding

Op het formulier zelf staan de stappen beschreven.

Stap 1: Inventarisatie van problemen in het dagelijks handelen.

Interview de cliënt om de problemen, zorgen en aandachtspunten in het handelen te inventariseren en vraag naar dagelijkse handelingen in de zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning. Vraag de cliënten welke activiteiten ze willen doen, door hen aan te moedigen na te denken over een gemiddelde dag. Vraag vervolgens aan de cliënt om aan te geven welke van deze activiteiten moeilijk voor hen zijn om nu naar eigen tevredenheid uit te voeren. Registreer deze problemen in het handelen in de stappen 1a, 1b of 1c.

Stap 2: Scoren van belangrijkheid

Terwijl je de scorekaart gebruikt, vraag je de cliënt om de belangrijkheid van elke activiteit te scoren op een schaal van 1 tot 10. Zet de scores op de daarvoor bestemde lijntjes in de stap 1a, 1b of 1c.

Stap 3 & 4: Scoren van eerste onderzoek en herhalingsonderzoek.

Kom met de cliënt overeen wat de 5 belangrijkste problemen zijn en registreer ze hieronder. Je vraagt de cliënt om elk probleem op zowel uitvoering als tevredenheid te scoren, met behulp van de scorekaart. Vervolgens bereken je op totale scores. De totale scores worden berekend door de uitvoerings- of tevredenheidsscores voor alle problemen op te tellen en te delen door het aantal problemen. Bij het herhalingsonderzoek scoort de cliënt elk probleem opnieuw voor uitvoering en tevredenheid. Bereken de nieuwe scores en de veranderings-score.

2.4.1.4 Info over scholingen, websites

Geen training vereist, al is het wel aan te raden.

Pro-education geeft de scholing en voor gebruik van de COPM moet je, je aanmelden bij het AMC en een pakket van formulieren en score kaartjes aanschaffen, zodat je geregistreerd staat als instelling dat jij de COPM afneemt.

http://www.proeducation.nl/Home.html?gclid=ClzljPD08M4CFUo8GwodZ_8MrA&gclsrc=aw.ds

Referenties

- Baarda.B.(2012). Basisboek Interviewen Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews. Noordhoff Uitgevers. 3^{de} druk
- Cup, E.H.C., Scholte op Reimer, W.J.M., Thijssen, M.C.E., Kuyk-Minis, M.A.H. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. Clinical Rehabilitation, vol. 17 (issue 4) 402-409
- Dedding, C. et al. (2004). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centered outcome measurement. Clinical Rehabilitation. Vol. 18 Issue 6, 660 – 667
- Law M, Baptiste S, Carswell A, Mc Coll MA, Polatajko H, Pollock N. (2005). Canadian Occupational Performance Measure. 4 th ed. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT)
- Lectoraat Autonomie en Participatie van mensen met een chronische ziekte Faculteit Gezondheidszorg.(2011). Uitgebreide toelichting van het meetinstrument Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Zuyd Hogeschool.

2.5 Gedrag

Instrument/bron:	NPI (Neuropsychiatrische Vragenlijst)
Instructie:	zie paragraaf 2.5.1.3
Ingevuld door:	Ergotherapeut/psycholoog
Wanneer:	Bij opname GRZ en ontslag

2.5.1 Achtergrond (o.a. ontwikkeling, validiteit, betrouwbaarheid, afkappunten)

Met de Neuropsychiatrische Inventarisatie (NPI) wordt een beeld verkregen van eventueel aanwezige psychopathologische verschijnselen bij patiënten met hersenletsel. De NPI werd ontwikkeld voor toepassing bij patiënten met de ziekte van Alzheimer en andere dementiesyndromen, maar kan ook gebruikt worden voor onderzoek naar gedragsveranderingen bij andere ziektebeelden. De NPI omvat twaalf gedragsaspecten, te weten:

• <i>Wanen</i>	• <i>Apathie/onverschilligheid</i>
• <i>Hallucinaties</i>	• <i>Ontremd gedrag</i>
• <i>Agitatie/agressie</i>	• <i>Prikkelbaarheid/labiliteit</i>
• <i>Depressie/dysforie</i>	• <i>Doelloos repetitief gedrag</i>
• <i>Angst</i>	• <i>Nachtelijke onrust/slaapstoornis</i>
• <i>Euforie/opgetogenheid</i>	• <i>Eetlust/eetgedrag verandering</i>

De NPI is gebaseerd op een interview met een verzorgende van de patiënt die goed op de hoogte dient te zijn van eventuele problemen; het liefst iemand die met hem of haar samenwoont. Indien een familielid of verzorgende niet beschikbaar is, dan kan deze vragenlijst niet zonder meer worden gebruikt. Het heeft de voorkeur om de verzorgende niet in aanwezigheid van de patiënt te interviewen. Zo kan openlijk worden gesproken over gedragsproblemen die wellicht moeilijker aan bod komen wanneer de patiënt hierbij wel aanwezig zou zijn.

2.5.2 De NPI

NEUROPSYCHIATRISCHE VRAGENLIJST

'Neuropsychiatric Inventory' (NPI), J. L. Cummings, 1994
Nederlandse vertaling J.F.M. de Jonghe, L.M. Borkent en M.G. Kat, 1997

Naam patiënt: _____ Datum afname: _____

Identificatienummer: _____ Bron/informant: _____

Item	NVT	Afwezig	Frequentie	Ernst	FxE	Emoti. belasting
------	-----	---------	------------	-------	-----	------------------

Wanen	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Hallucinaties	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Agitatie/agressie	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Depressie/dysforie	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Angst	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Euforie/opgetogenheid	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Apathie/onverschilligheid	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Ontremd gedrag	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Prikkelbaarheid/labiliteit	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Doelloos repetitief gedrag	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Nachtelijke onrust/slaapstoorn.	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Eetlust/eetgedrag verandering	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5

Diagnose: _____

MMSE: _____

Geboortedatum: _____ Leeftijd: _____ Geslacht: _____

Opleiding: _____

Duur van de ziekte: _____

Medicatie: _____

A. WANEN

Is hij/zij overtuigd van bepaalde gedachten, waarvan u weet dat ze niet waar zijn? Beweert hij/zij bijvoorbeeld dat andere mensen hem/haar kwaad willen doen of van hem/haar stelen. Heeft hij/zij gezegd dat familieleden **anderen** zijn dan ze zeggen te zijn of denkt hij/zij dat 't huis niet het huis is waar ze in wonen? Ik vraag u niet naar een beetje achterdochtig zijn, maar ik wil weten of hij/zij ervan **overtuigd** is dat deze zaken hem overkomen. Dus, of hij/zij denkt dat het **echt zo** is.

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Gelooft hij/zij dat er gevaar dreigt, dat anderen van plan zijn om hem/haar te kwetsen of pijn te doen? _____
2. Denkt hij/zij dat anderen hem/haar bestelen _____
3. Denkt hij/zij dat zijn/haar partner vreemd gaat of ontrouw is? _____
4. Denkt hij/zij dat er ongenode gasten in zijn/haar huis verblijven? _____
5. Gelooft hij/zij dat zijn/haar partner of anderen niet zijn wie ze zeggen dat ze zijn? _____
6. Gelooft hij/zij dat hij/zij niet in zijn/haar eigen huis woont? _____
7. Denkt hij/zij dat familieleden hem/haar in de steek willen laten? _____
8. Gelooft hij/zij dat personen van televisie of uit tijdschriften ook daadwerkelijk aanwezig zijn in huis? (Praat hij/zij met hen, of zoekt hij op een andere manier contact?) _____
9. Gelooft hij/zij andere ongewone of vreemde zaken die ik hier nog niet genoemd heb? _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de frequentie en de ernst van de wanen.

- Frequentie:
1. Soms - minder dan een keer per week
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. Vaak - meerdere malen per week, maar niet iedere dag
 4. Heel vaak - één of meerdere keren per dag

- Ernst:
1. Licht - wanen zijn aanwezig maar lijken onschuldig en benauwen, beangstigen patiënt niet of nauwelijks
 2. Matig - patiënt raakt overstuur en ontregeld door de wanen
 3. Ernstig - de wanen zijn zeer verstorend en vormen de belangrijkste bron van gedragsproblemen (indien neuroleptica zijn voorgeschreven, dan betekent dit dat de wanen ernstig tot zeer ernstig zijn)

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

B. HALLUCINATIES

Hallucineert hij/zij?; ziet of voelt hij/zij iets dat er niet is of hoort hij/zij stemmen die een ander niet kan horen? Ik bedoel met deze vraag niet vergissingen, zoals het idee hebben dat iemand nog leeft terwijl deze al overleden is. Ik vraag echter of hij/zij abnormale ervaringen heeft wat betreft iets horen, zien of voelen.

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Zegt hij/zij dat hij/zij stemmen hoort of gedraagt hij/zij zich alsof hij/zij stemmen hoort?..... _____
2. Spreekt hij/zij tegen mensen die er niet zijn?..... _____
3. Zegt hij/zij iets te zien dat een ander niet ziet of gedraagt hij/zij zich alsof hij/zij iets ziet wat een ander niet kan zien (zoals mensen, dieren, lichten, enz.)? ... _____
4. Zegt hij/zij iets te ruiken wat een ander niet ruikt? _____
5. Zegt hij/zij iets te voelen op zijn/haar huid? Of lijkt het alsof hij/zij iets voelt kruipen of kriebelen of dat iets hem/haar aanraakt? _____
6. Zegt hij/zij iets te proeven zonder dat daar een duidelijke reden voor is? _____
7. Heeft hij/zij u over andere ongewone gewaarwordingen verteld?..... _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de frequentie en ernst van de hallucinaties.

- Frequentie:
1. Soms - minder dan één keer per week
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. Vaak - verscheidene keren per week maar niet iedere dag
 4. Heel vaak - één of meerdere keren per dag

- Ernst:
1. Licht - hallucinaties zijn aanwezig maar onschuldig en beangstigen of benauwen patiënt niet of nauwelijks
 2. Matig - patiënt raakt overstuur en ontregeld door de hallucinaties
 3. Ernstig - de hallucinaties zijn zeer verstorend en vormen de belangrijkste bron van gedragsproblemen (neuroleptica kunnen geïndiceerd zijn om de hallucinaties te behandelen)

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

C. AGITATIE/AGRESSIE

Komt het voor dat hij/zij weigert mee te werken, of zich niet laat helpen door een ander?
Is hij/zij lastig om mee om te gaan?

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Raakt hij/zij overstuur of wordt hij/zij kwaad op anderen die hem/haar willen verzorgen? Of verzet hij/zij zich bij het aankleden of wassen? _____
2. Is hij/zij koppig of eigenwijs? Wil hij/zij dat alles moet gaan zoals hij/zij het wenst? _____
3. Werkt hij/zij niet goed mee? Verzet hij/zij zich als anderen helpen? _____
4. Zijn er andere gedragingen die het moeilijk maken om hem/haar te begeleiden? _____
5. Vloekt of schreeuwt hij/zij kwaad? _____
6. Slaat hij/zij met deuren, schopt hij/zij tegen meubilair of smijt hij/zij met voorwerpen? _____
7. Probeert hij/zij anderen pijn te doen of anderen te slaan? _____
8. Is hij/zij nog op een andere manier agressief of geagiteerd? _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de frequentie en de ernst van de agitatie.

- Frequentie:
1. Soms - minder dan één keer per week
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. Vaak - verscheidene keren per week, maar niet iedere dag
 4. Heel vaak - één of meerdere keren per dag

- Ernst:
1. licht - het gedrag is verstorend maar is positief te beïnvloeden door afleiding of geruststelling
 2. Matig - het gedrag is verstorend en moeilijk bij te sturen of te corrigeren
 3. Ernstig - de agitatie is zeer verstorend en de belangrijkste bron van problemen; het kan zijn dat de patiënt fysiek bedreigend is naar zijn omgeving. Vaak is medicatie geïndiceerd.

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

D. DEPRESSIE/DYSFORIE

Lijkt het alsof hij/zij verdrietig of depressief is? Zegt hij/zij dat hij/zij zich verdrietig of depressief voelt?

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Heeft hij/zij perioden dat hij/zij snel >vol schiet= of veel huult, wat er op wijst dat hij/zij verdrietig is?..... _____
2. Doet of zegt hij/zij iets waaruit op te maken valt dat hij/zij verdrietig of >down= is? _____
3. Haalt hij/zij zichzelf naar beneden of zegt hij/zij zichzelf niets waard te vinden, een mislukking te vinden? _____
4. Zegt hij/zij dat hij/zij een slecht persoon is of straf verdient? _____
5. Lijkt hij/zij erg ontmoedigd of zegt hij/zij dat de toekomst hem/haar niets te bieden heeft? _____
6. Zegt hij/zij dat hij/zij anderen tot last is of dat familieleden beter af zouden zijn zonder hem/haar? _____
7. Zegt hij/zij liever dood te willen zijn of zegt hij/zij zichzelf wat aan te willen doen, er een einde aan te willen maken? _____
8. Zijn er andere signalen waaruit blijkt dat hij/zij verdrietig of depressief is? _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de frequentie en de ernst van de depressie.

- Frequentie:
1. Soms - minder dan één keer per week.
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. Vaak - verscheidene keren per week maar niet iedere dag
 4. Heel vaak - in essentie continu aanwezig

- Ernst:
1. Licht - de depressie veroorzaakt leed, maar klaart meestal op bij afleiding of geruststelling
 2. Matig - de depressie veroorzaakt leed, depressieve symptomen worden spontaan geuit door patiënt en deze zijn moeilijk te verlichten
 3. Ernstig - de depressie veroorzaakt veel leed en vormt de belangrijkste bron van lijden voor de patiënt

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

E. ANGST

Is hij/zij erg nerveus, bezorgd, of schrikachtig zonder duidelijke reden? Lijkt hij/zij erg gespannen, rusteloos of zenuwachtig? Is hij/zij bang om alleen te zijn, zonder U?

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Zegt hij/zij dat hij/zij zich zorgen maakt over uitjes of activiteiten die gepland zijn? _____
2. Voelt hij/zij zich wel eens trillerig, niet in staat zich te ontspannen of erg gespannen? _____
3. Komt het voor dat hij/zij last heeft van kortademigheid, het moeten happen naar lucht, of zuchten (of klaagt hij/zij hierover), zonder duidelijke reden anders dan nervositeit? _____
4. Klaagt hij/zij over kriebels in zijn/haar buik of over hartkloppingen die samengaan met nervositeit? [niet i.h.k.v. bijkomende ziekte] _____
5. Vermijdt hij/zij bepaalde plaatsen of situaties die hem/haar nerveus maken, zoals autorijden, het ontmoeten van vrienden, of naar een plek gaan waar veel mensen zijn? _____
6. Wordt hij/zij zenuwachtig of overstuur wanneer u (of verzorgende) weggaat? Houdt hij/zij zich dan krampachtig aan u vast om dat voorkomen? _____
7. Is er nog iets anders dat erop wijst dat hij/zij angstig is? _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de ernst en de frequentie van de angst.

- Frequentie:
1. Soms - minder dan één keer per week
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. Vaak - verscheidene keren per week maar niet iedere dag
 4. Heel vaak - één of meerder keren per dag

- Ernst:
1. Licht - de angst veroorzaakt leed, maar reageert meestal gunstig op afleiding of geruststelling
 2. Matig - de angst veroorzaakt leed, angst symptomen worden spontaan geuit door patiënt en deze zijn moeilijk te verlichten
 3. Ernstig - de angst veroorzaakt veel leed en vormt de belangrijkste bron van lijden voor de patiënt

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

F. EUFORIE/OPGETOGENHEID

Lijkt hij/zij te vrolijk, opgewekt of blij zonder duidelijke aanleiding? Ik bedoel niet de normale opgewektheid wanneer men vrienden ontmoet, een cadeau krijgt of tijd doorbrengt met familie. Ik vraag of hij/zij voortdurend een *abnormaal* goed humeur heeft of ergens om lacht waar een ander de humor niet van inziet.

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Lijkt hij/zij zich te goed of te opgewekt te voelen, vergeleken met hoe hij/zij normaal gesproken is? _____
2. Vindt hij/zij iets grappig of lacht hij/zij ergens om waar een ander de humor niet van inziet? _____
3. Lijkt het net alsof hij/zij een kinderachtig gevoel voor humor heeft en giechelt of ongepast lacht? (Bijvoorbeeld als iemand iets vervelends overkomt) _____
4. Vertelt hij/zij moppen of plaatst hij/zij opmerkingen die hij/zij zelf wel grappig vindt, maar waar anderen niet om kunnen lachen? _____
5. Haalt hij/zij kinderachtige streken uit, zoals verstoppertje spelen of iemand knijpen, gewoon voor de grap? _____
6. Schept hij/zij op, bijvoorbeeld door te zeggen dat hij/zij rijk is of iets bijzonders kan, terwijl dat niet zo is? _____
7. Is er nog iets anders waaruit blijkt dat hij/zij zich te goed of te opgewekt voelt? _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de frequentie en de ernst van de euforie.

- Frequentie:
1. Soms - minder dan één keer per week
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. Vaak - verscheidene keren per week maar niet iedere dag
 4. Heel vaak - in essentie constant aanwezig

- Ernst:
1. Licht - uitgelatenheid valt op bij vrienden en familie maar is niet storend
 2. Matig - de uitgelatenheid is duidelijk abnormaal
 3. Ernstig - de uitgelatenheid is zeer opvallend; patiënt is eufor en hij/zij vindt alles amusant en grappig

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

G. APATHIE/ONVERSCHILLIGHEID

Is hij/zij niet langer geïnteresseerd in de wereld om hem/haar heen? Heeft hij/zij geen belangstelling meer om iets te doen of ontbreekt de motivatie om aan iets nieuws te beginnen? Is hij/zij moeilijker te betrekken in een gesprek of het doen van huishoudelijke klusjes? Is hij/zij apathisch of onverschillig?

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Lijkt hij/zij minder spontaan en minder actief dan gewoonlijk? _____
2. Begint hij/zij minder vaak een gesprek? _____
3. Toont hij/zij minder affectie of misschien wel helemaal geen emoties, vergeleken met hoe hij/zij normaal gesproken was? _____
4. Helpt hij/zij minder bij huishoudelijke klussen? _____
5. Lijkt hij/zij minder geïnteresseerd in de activiteiten en plannen van een ander? _____
6. Heeft hij/zij geen belangstelling meer voor vrienden of familie? _____
7. Is hij/zij minder enthousiast over zaken die hem gewoonlijk interesseren? _____
8. Is er nog iets anders waaruit blijkt dat hij/zij geen interesse heeft om iets nieuws te gaan doen? _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de ernst en de frequentie van de apathie.

- Frequentie:
1. soms - minder dan één keer per week
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. vaak - verscheidene keren per week maar niet iedere dag
 4. heel vaak - bijna continu aanwezig

- Ernst:
1. Licht - apathie valt op maar interfereert niet met de dagelijkse bezigheden; is slechts een beetje anders dan het gewone gedrag van patiënt; hij/zij reageert op uitnodigingen om deel te nemen aan activiteiten
 2. Matig - apathie is evident; verzorgende kan er mee omgaan door op patiënt in te praten of aan te moedigen; slechts indringende gebeurtenissen leiden tot een spontane reactie, zoals het bezoek van naaste familieleden
 3. Ernstig - de apathie is evident en reageert niet langer op aanmoediging of gebeurtenissen in de omgeving

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

H. ONTREMDE GEDRAG

Lijkt hij/zij impulsief te handelen, zonder er bij na te denken? Doet of zegt hij/zij iets wat men normaal gesproken niet in het openbaar zegt of doet? Brengt hij/zij u of iemand anders in verlegenheid met wat hij/zij doet?

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Handelt hij/zij impulsief zonder over de gevolgen na te denken? _____
2. Praat hij/zij tegen volstrekt onbekenden alsof hij/zij ze goed kent? _____
3. Maakt hij/zij kwetsende of tactloze opmerkingen tegen anderen? _____
4. Maakt hij/zij botte of seksueel getinte opmerkingen, die hij/zij normaal gesproken nooit gezegd zou hebben? _____
5. Praat hij/zij openlijk over zeer persoonlijke of privé zaken, waarover men gewoonlijk niet spreekt in het openbaar? _____
6. Gaat hij/zij te ver of is hij/zij handtastelijk of knuffelt hij/zij anderen, op zo'n manier dat het niet past bij zijn/haar karakter? _____
7. Is er nog iets anders dat er op wijst dat hij/zij zijn/haar impulsen minder onder controle heeft? _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de frequentie en de ernst van het ontremde gedrag

- Frequentie:
1. Soms - minder dan één keer per week
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. Vaak - verscheidene keren per week maar niet iedere dag
 4. Heel vaak - in essentie continu aanwezig

- Ernst:
1. Licht - ontremd gedrag is aanwezig, maar reageert op afleiding en begeleiding
 2. Matig - ontremd gedrag is duidelijk aanwezig en moeilijk voor de verzorgende om mee om te gaan.
 3. Ernstig - ontremd gedrag neemt niet af, wat de verzorgende ook probeert, het brengt anderen in verlegenheid of is een bron van ergernis

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

I. PRIKKELBAARHEID/LABILITEIT

Is hij/zij snel geïrriteerd of uit evenwicht? Is zijn/haar stemming nogal veranderlijk? Is hij/zij erg ongeduldig? Ik bedoel niet dat hij/zij zich gefrustreerd voelt over de vergeetachtigheid of alledaagse taken die niet meer lukken. Ik wil graag weten of hij/zij erg prikkelbaar en ongeduldig is of dat hij/zij snel van humeur verandert, anders dan u van hem/haar gewend bent?

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Is hij/zij opvliegend, schiet hij/zij gemakkelijk uit z=n/haar slof om iets kleins? _____
2. Verandert hij/zij snel van stemming, het ene moment is alles nog goed en het andere moment is hij/zij kwaad? _____
3. Heeft hij/zij plotselinge woede-uitbarstingen? _____
4. Is hij/zij ongeduldig? Kan hij/zij moeilijk omgaan met een vertraging of het moeten wachten op een activiteit die gepland is? _____
5. Is hij/zij humeurig of snel geïrriteerd? _____
6. Gaat hij/zij snel in discussie en is het moeilijk met hem/haar op te schieten? _____
7. Is er nog iets anders wat er op wijst dat hij/zij prikkelbaar is? _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de frequentie en de ernst van de prikkelbaarheid/labiliteit.

- Frequentie:
1. Soms - minder dan één keer per week
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. Vaak - verscheidene keren per week maar niet iedere dag
 4. Heel vaak - in essentie continu aanwezig

- Ernst:
1. Licht - prikkelbaarheid wordt opgemerkt, maar is d.m.v. geruststelling of afleiding te corrigeren
 2. Matig - prikkelbaarheid is evident aanwezig en moeilijk mee om te gaan voor de verzorgende
 3. Ernstig - prikkelbaarheid is evident aanwezig, is niet bij te sturen door de verzorgende en is zeer belastend

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

J. DOELLOOS REPETITIEF GEDRAG

Loopt hij/zij doelloos rond, te ijsberen? Doet hij/zij een handeling telkens weer, zoals keer op keer een la optrekken, aan iets zitten te plukken of touwtjes of draadjes opwinden?

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Loopt hij/zij doelloos rond in huis? _____
2. Loopt hij/zij rond te zoeken en te rommelen met spullen, zoals het openen van laden en het leeghalen van kasten? _____
3. Kleedt hij/zij zich herhaaldelijk aan en dan weer uit? _____
4. Zijn er gewoonten of activiteiten die hij/zij constant herhaalt? _____
5. Doet hij/zij telkens dezelfde handeling zoals peuteren aan knopen, ergens aan plukken, draadjes opwinden, etc.? _____
6. Beweegt hij/zij zenuwachtig, alsof hij/zij niet stil kan blijven zitten, of schuift hij/zij met de voeten heen en weer of trommelt hij/zij vaak met de vingers? _____
7. Zijn er andere activiteiten die hij/zij telkens weer herhaalt? _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de frequentie en de ernst van het doelloos repetitieve gedrag

- Frequentie:
1. Soms - minder dan één keer per week
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. Vaak - verscheidene keren per week maar niet iedere dag
 4. Heel vaak - in essentie continu aanwezig

- Ernst:
1. Licht - doelloos repetitief gedrag wordt opgemerkt, maar interfereert nauwelijks met de dagelijkse bezigheden
 2. Matig - doelloos repetitief gedrag is duidelijk aanwezig, maar de verzorgende weet er mee om te gaan
 3. Ernstig - doelloos repetitief gedrag is duidelijk aanwezig, is nauwelijks te corrigeren door de verzorgende en vormt een grote belasting

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

K. NACHTELIJKE ONRUST/SLAAPSTOORNIS

Heeft hij/zij moeite met slapen? (*scoor als 'niet aanwezig' indien patiënt slechts een of twee keer per nacht opstaat om naar het toilet te gaan en daarna weer meteen in slaap valt*). Is hij/zij 's nachts op? Loopt hij/zij 's nachts rond, kleedt hij/zij zich aan of verstoort hij/zij uw nachtrust?

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Heeft hij/zij moeite met in slaap vallen? _____
2. Staat hij/zij 's nachts op? (scoor als afwezig indien patiënt een of twee keer opstaat om naar het toilet te gaan en snel weer inslaapt) _____
3. Loopt hij/zij 's nachts doelloos rond, te ijsberen of is hij/zij dan bezig met ongebruikelijke activiteiten? _____
4. Maakt hij/zij u 's nachts wakker? _____
5. Wordt hij/zij 's nachts wakker en kleedt hij/zij zich dan aan in de veronderstelling dat het al morgen is en tijd om aan een nieuwe dag te beginnen? _____
6. Wordt hij/zij 's ochtends te vroeg wakker (vroeger dan hij/zij gewend was)? _____
7. Slaapt hij/zij buitensporig veel overdag? _____
8. Is hij/zij 's nachts nog met iets anders bezig dat u hindert, waar we het nog niet over gehad hebben? _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de ernst en de frequentie van de slaapproblemen en nachtelijke onrust

- Frequentie:
1. Soms - minder dan één keer per week
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. Vaak - verscheidene keren per week maar niet iedere dag
 4. Heel vaak - in essentie continu aanwezig

- Ernst:
1. Licht - nachtelijke onrust komt voor maar is niet echt hinderlijk
 2. Matig - nachtelijke onrust komt voor, is storend voor de patiënt en voor de nachtrust van de verzorgende. Meerdere gedragingen kunnen zich per nacht voordoen.
 3. Ernstig - nachtelijke onrust komt voor; er kunnen meerdere gedragingen voorkomen; patiënt is zeer ontdaan en verstoort in ernstige mate de nachtrust van de verzorgende

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

L. EETLUST/EETGEDRAG VERANDERING

Is hij/zij veranderd qua eetlust, gewicht of eetgewoonten (*beoordeel NVT als de patiënt niet in staat is om zelf te eten en gevoed moet worden*)? Is er verandering gekomen in het soort eten dat hij/zij lekker vindt?

NEE (indien nee, stel dan de volgende screeningsvraag)

JA (indien ja, stel dan de subvragen)

Subvragen:

1. Is zijn/haar eetlust verminderd? _____
2. Is zijn/haar eetlust toegenomen? _____
3. Is hij/zij afgevallen? _____
4. Is hij/zij aangekomen in gewicht? _____
5. Is zijn/haar eetgedrag veranderd, zoals te veel eten tegelijkertijd in de mond stoppen? _____
6. Is zijn/haar voorkeur voor bepaald eten veranderd? Bijvoorbeeld, heeft hij/zij veel meer trek gekregen in zoetigheid of iets anders? _____
7. Heeft hij/zij bepaald eetgedrag ontwikkeld, zoals elke dag precies hetzelfde willen eten of alles in dezelfde volgorde opeten? _____
8. Zijn er andere veranderingen in de eetlust en het eetgedrag die ik hier nog niet genoemd heb? _____

Als de subvragen de screeningsvraag bevestigen, bepaal dan de ernst en de frequentie van de veranderingen in eetgedrag en eetlust.

- Frequentie:
1. Soms - minder dan één keer per week
 2. Regelmatig - ongeveer één keer per week
 3. Vaak - verscheidene keren per week maar niet iedere dag
 4. Heel vaak - in essentie continu aanwezig

- Ernst:
1. Licht - veranderingen in eetlust en eetgewoonten zijn aanwezig, maar hebben niet geleid tot een verandering in het gewicht en zijn niet storend.
 2. Matig - veranderingen in eetlust en eetgewoonten zijn aanwezig en leiden tot kleine toe- of afname in lichaamsgewicht
 3. Ernstig - er zijn duidelijke veranderingen in eetlust en eetgewoonten aanwezig die leiden tot toe- of afname in lichaamsgewicht, gênant zijn, of anderszins storend zijn voor patiënt

Emotionele belasting: Hoe emotioneel belastend is dit gedrag voor u?

- 0 geen
- 1 minimaal
- 2 licht
- 3 matig
- 4 ernstig
- 5 zeer ernstig of extreem

Bron: <https://assets.nkop.nl/docs/cd6f3085-26e0-448c-a9d5-2544a8e5e90e.pdf>

2.5.3 Instructie instrument

Bij de introductie van de NPI stelt u de verzorgende van de volgende punten op de hoogte:

- Het doel van het vraaggesprek
- Beoordelingen - frequentie, ernst, belasting
- De antwoorden dienen betrekking te hebben op gedrag dat is ontstaan sinds het begin van de ziekte en dat in de afgelopen vier weken voorkwam (of een andere van te voren overeengekomen periode).
- Vragen kunnen over het algemeen met "ja" of "nee" worden beantwoord. Antwoorden dienen beknopt te zijn, indien "ja" of "nee" niet afdoende is.

Stel de vragen letterlijk. Als de verzorgende een vraag niet begrijpt, verduidelijk de vraag dan. Uitleg is alleen toegestaan in termen die overeenkomen met de strekking van de vraag (synoniemen).

2.5.3.1 Het scoren van de NPI

Frequentie wordt gescoord als:

1. Soms - minder dan een keer per week
2. Regelmatig - ongeveer een keer per week
3. Vaak - meerdere keren per week, maar minder dan iedere dag
4. Heel vaak - dagelijks of vrijwel continu aanwezig

Ernst wordt gescoord als:

1. Licht - weinig belastend voor patiënt
2. Matig - belastend voor de patiënt, maar de verzorgende kan het gedrag corrigeren.
3. Ernstig - zeer storend voor de patiënt, en moeilijk te corrigeren gedrag

De score voor iedere sectie is: frequentie x ernst

Nadat een sectie is afgerond en de verzorgende de frequentie en de ernst heeft beoordeeld, kunt u vragen naar de emotionele belasting voor de verzorgende (afhankelijk van het onderzoeksprotocol). Vraag aan de verzorgende hoe emotioneel of psychisch belastend of stressor het net besproken gedrag voor hem/haar is (de verzorgende). De verzorgende moet deze emotionele belasting zelf scoren op een 6-puntsschaal:

0 = geen, 1 = minimaal, 2 = licht, 3 = matig, 4 = ernstig, 5 = zeer ernstig of extreem.

(De emotionele-belastingschaal voor dit meetinstrument werd ontwikkeld door Daniel Kaufer M.D.)

Een totale NPI -score kan berekend worden door alle scores van de secties op te tellen. De emotionele belastingscore wordt niet opgenomen in de totale NPI-score.

2.5.4 Info over scholingen en websites

Geen specifieke scholing, het wordt wel aanbevolen de instructies vooraf goed door te nemen, zie hiervoor

https://www.psychiatrienet.nl/system/subcategories/pdfs/000/053/418/original/NPI_vragenlijst.pdf?1396886336

Referenties

- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-2314.
- Nederlandse versie van de NPI is verkrijgbaar bij J.F.M. de Jonghe. Medisch Centrum Alkmaar, afdeling klinische psychologie/GAAZ, Postbus 501, 1800 AM Alkmaar.
- Neuropsychiatrische vragenlijst (npi): Geraadpleegd 19 december 2017 op <https://www.psychiatrienet.nl/categories/2883#section15>
- Neuropsychiatrische vragenlijst (npi) Geraadpleegd 19 december 2017 op https://www.psychiatrienet.nl/system/subcategories/pdfs/000/053/418/original/NPI_vragenlijst.pdf?1396886336

2.6 ADL voor opname GRZ

Instrument/bron:	Pre-morbide Barthel Index (BI)
Instructie:	zie paragraaf 2.6.1.3
Ingevuld door:	Verpleging
Wanneer:	Bij opname GRZ

2.6.1 Achtergrond

Met de Barthel Index kan de mate van (lichamelijke of verbale) hulp die een persoon nodig heeft om algemene dagelijkse (ADL) handelingen uit te voeren, worden vastgesteld, ongeacht de onderliggende pathologie. De Barthel Index bestaat uit 10 items waarbij het daadwerkelijk uitvoeren van een handeling centraal staat en niet wat de patiënt zou kunnen. De items hebben betrekking op de afgelopen 24-48 uur. Een hoge score op de Barthel Index komt overeen met een hoge mate van onafhankelijkheid.

De Barthel-index is een registratie van wat de patiënt doet en geen registratie van wat de patiënt zou kunnen.

Versie met 10 items van Collin (1988)

- Meetniveau, per item: wijze score (0 tot 1,2,3); meetniveau ordinaal
- Meetniveau, totaalscore: wijze score (0-20); meetniveau ordinaal

Interpretatie (post.1995):

20 : volledig zelfstandig in basale ADL en mobiliteit;
15-19 : redelijk tot goed zelfstandig;

10-14 : heeft wel hulp nodig maar doet ook veel zelf;
 5-9 : ernstig hulpbehoevend;
 0-4 : volledig hulpbehoevend

2.6.2 Pre-morbide Barthel index (BI)

Functie / Orgaan:	Items:	Voorwaarde:
A Darm:	0 = incontinent; 1 = af en toe een ongelukje; 2 = continent;	Voorgaande week: Als de verpleegkundige een clyisma moet geven, dan is er sprake van "incontinentie". Af en toe = 1 maal per week.
B Blaas:	0 = incontinent of catheter en niet in staat daarmee om te gaan; 1 = af en toe een ongelukje (max. 1 keer per 24 uur) 2 = continent (gedurende meer dan 7 dagen)	Voorgaande week: Af en toe = max. 1x per dag. Een patiënt met een catheter die de catheter volledig zelf kan verzorgen, wordt als "continent" gescoord.
C Uiterlijke verzorging:	0 = heeft hulp nodig; 1 = onafhankelijk; gezicht haar tanden scheren;	Voorgaande 24-48 uur: Verwijst naar persoonlijke hygiëne; tanden poetsen, gebit in en uit doen, haar verzorgen, scheren, gezicht wassen. De daarvoor noodzakelijke artikelen mogen door de verzorger aangegeven worden.
D Toilet-Gebruik	0 = afhankelijk; 1 = heeft enige hulp nodig maar kan sommige dingen zelf; 2 = onafhankelijk (op en af, uit en aankleden, afvegen)	Moet in staat zijn om naar toilet te gaan, zich voldoende uit te kleden, schoon te maken, aan te kleden en weg te gaan. Met hulp= kan zich afvegen en enige bovenstaande handelingen verrichten.
E Eten:	0 = niet in staat; 1 = heeft hulp nodig bij snijden, smeren van boter, enz. 2 = onafhankelijk;	In staat om normaal voedsel te eten (niet alleen zacht voedsel). Het eten mag gekookt en opgediend worden door anderen, maar niet fijn gemaakt. Hulp = voedsel wordt fijn gemaakt. Patiënt eet zelf.
F Transfers:	0 = niet in staat; 1 = veel hulp (1-2 mensen lichamelijk); 2 = weinig hulp (met woorden of lichamelijk); 3 = onafhankelijk;	Van bed naar stoel en terug; Afhankelijk = niet in staat om te zitten. Twee mensen moeten tillen. Veel hulp = 1 sterk, getraind persoon of 2 minder getrainde personen. Patiënt kan rechtop zitten; Weinig hulp = 1 persoon zonder dat moeite kost, of heeft voor de veiligheid enig toezicht nodig.
G Mobiliteit:	0 = kan zich niet verplaatsen; 1 = onafhankelijk met de rolstoel, inclusief hoeken enz.; 2 = loopt met hulp van 1 persoon (met hulp van woorden of lichamelijk) 3 = onafhankelijk (maar mag gebruik maken van een hulpmiddel, bijvoorbeeld stok);	Verwijst naar zich kunnen verplaatsen in huis of op de afdeling. Een hulpmiddel mag gebruikt worden. Als de patiënt in een rolstoel zit dan moet hij zonder hulp hoeken en deuren kunnen nemen. Hulp = door 1 "ongetraind" persoon, inclusief toezicht/ morele steun.
H Aan- en uitkleden:	0 = afhankelijk; 1 = heeft hulp nodig maar kan ongeveer de helft zelf; 2 = onafhankelijk;	Moet in staat zijn kleren te kiezen en alles aan te doen. Kleding mag aangepast zijn. De helft = hulp bij knopen, ritssluitingen enz. (controleer!) maar kan wel enkele kledingstukken alleen aandoen.
I Traplopen:	0 = niet in staat; 1 = heeft hulp nodig (met woorden, lichamelijk, het dragen van een hulpmiddel) 2 = onafhankelijk naar boven en naar beneden;	Om onafhankelijk te zijn, moet de patiënt zelf een hulpmiddel kunnen dragen.
J Baden / douchen:	0 = afhankelijk; 1 = onafhankelijk;	Gewoonlijk de moeilijkste activiteit. Moet zonder toezicht in en uit bad stappen en zichzelf wassen. Onafhankelijk bij douchen= zonder toezicht/ zonder hulp.
= TOTAAL		

Score-formulier Barthel Index

Datum

--	--	--	--

A	Incontinentie darmen				
B	Incontinentie blaas				
C	Uiterlijke verzorging				
D	Toilet gebruik				
E	Eten				
F	Transfers				
G	Mobiliteit				
H	Aan- en uitkleden				
I	Traplopen				
J	Baden en douchen				

Totaal

--	--	--	--

Opmerkingen BI:
bv test niet afneembaar, reden: _____

Bron: https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument27/27_3_N.pdf

2.6.3 Instructie instrument

Invulinstructie, gesloten vragen in te vullen door patiënt of observator

Het belangrijkste doel is het vaststellen van de *mate van onafhankelijkheid van hulp* (lichamelijk of met woorden), hoe weinig dan ook en ongeacht de oorzaak. Heeft de patiënt behoefte aan toezicht, dan betekent dat 'niet onafhankelijk'. De prestaties van de patiënt worden vastgesteld door gebruik te maken van de meest geschikte informatiebron. De patiënt, vrienden, gezinsleden en verpleegkundigen zijn de gebruikte bronnen, maar directe observaties en gezond verstand zijn ook belangrijk. Direct testen van de patiënt is echter niet nodig. Gewoonlijk zijn de prestaties van de laatste 24 - 48 uur belangrijk, maar af en toe zijn langere perioden relevant. Bewusteloze patiënten scoren op alle items een '0', ook al is er nog geen incontinentie. De middelste categorieën veronderstellen dat de patiënt meer dan de helft van de prestaties levert. Om onafhankelijk te kunnen zijn, mag de patiënt gebruik maken van hulpmiddelen.

2.6.4 Info over scholingen en websites

Geen specifieke scholing, het wordt wel aanbevolen de instructies via goed door te nemen, zie hiervoor:

https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument27/27_3_N.pdf

Referenties

- Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. (1988) The Barthel ADL Index: a reliability study. International disability studies. 10(2):61-63
- de Haan R, Limburg M, Schuling J, Broeshart J, Jonkers L, van Zuylen P. (1993) Klinimetrische evaluatie van de Barthel Index: een maat voor beperkingen in het dagelijks functioneren. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 137(18):917-21.

- Mahoney FI, Barthel DW. (1965) Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland state medical journal. Feb;14:61-65
- Post MWM, van Asbeck FW, van Dijk AJ, Schrijvers AJ. (1995) Nederlandse interview versie van de Barthel index onderzocht bij dwarslaesiepatiënten. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 139(27):1376-1380.

2.7 Satisfactie

2.7.1 Kwaliteit van leven

Instrument/bron:	EQ-5D-5L (EuroQol 5D)
Instructie:	zie paragraaf 2.7.1.3
Ingevuld door:	Patiënt/mantelzorger
Wanneer:	Bij opname GRZ en ontslag

2.7.1.1 Achtergrond

De EQ-5D-5L is een gestandaardiseerd instrument waarmee op vijf gezondheidsniveaus (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie) een score (weinig, matig, veel problemen) wordt gegeven. Hieruit kan voor een individu of populatie een gewogen gezondheidsindex worden afgeleid. EuroQol is complementair aan andere 'quality of life'-meetinstrumenten (zoals SF-36). De vragenlijst is bedoeld om door de patiënt zelf ingevuld te worden (in enkele minuten). Verder moet de patiënt aangeven hoe hij zijn gezondheidstoestand op een schaal van 0 tot 100 ervaart.

De EQ-5D-5L is in 2009 geïntroduceerd ter verbetering van de sensitiviteit en het reduceren van het plafond effect ten opzichte van de EQ-5D-3L. Het meetinstrument bestaat uit twee pagina's, een beschrijvend deel en een visueel analoge deel. Het beschrijvende deel omvat de vijf gezondheidsniveaus. Het visueel analoge deel omvat een zelfscore m.b.t. de best denkbare en slechts denkbare gezondheid.

2.7.1.2 De EQ-5D-5L

Het meetinstrument is verkrijgbaar via <https://euroqol.org/>

Meetniveau, per item: wijze van score (variabel) nominaal en ordinaal meetniveau
Meetniveau, totaalscore: ordinaal

Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje dat het best past bij uw gezondheid VANDAAG.

MOBILITEIT

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Ik heb geen problemen met lopen | ☐ |
| Ik heb een beetje problemen met lopen | ☐ |
| Ik heb matige problemen met lopen | ☐ |
| Ik heb ernstige problemen met lopen | ☐ |
| Ik ben niet in staat om te lopen | ☐ |

ZELFZORG

- | | |
|---|--------------------------|
| Ik heb geen problemen met mijzelf wassen of aankleden | ☐ |
| Ik heb een beetje problemen met mijzelf wassen of aankleden | ☐ |
| Ik heb matige problemen met mijzelf wassen of aankleden | ☐ |
| Ik heb ernstige problemen met mijzelf wassen of aankleden | ☐ |
| Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden | ☐ |

DAGELIJKSE ACTIVITEITEN (bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

- | | |
|---|--------------------------|
| Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten | ☐ |
| Ik heb een beetje problemen met mijn dagelijkse activiteiten | ☐ |
| Ik heb matige problemen met mijn dagelijkse activiteiten | ☐ |
| Ik heb ernstige problemen met mijn dagelijkse activiteiten | ☐ |
| Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren | ☐ |

PIJN/ONGEMAK

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Ik heb geen pijn of ongemak | ☐ |
| Ik heb een beetje pijn of ongemak | ☐ |
| Ik heb matige pijn of ongemak | ☐ |
| Ik heb ernstige pijn of ongemak | ☐ |
| Ik heb extreme pijn of ongemak | ☐ |

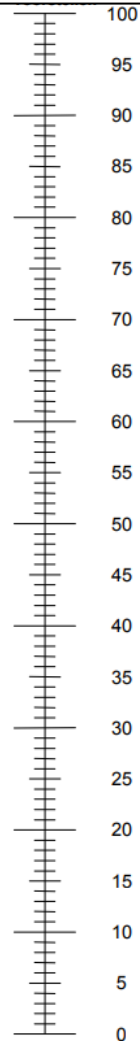
ANGST/SOMBERHEID

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Ik ben niet angstig of somber | ☐ |
| Ik ben een beetje angstig of somber | ☐ |
| Ik ben matig angstig of somber | ☐ |
| Ik ben erg angstig of somber | ☐ |
| Ik ben extreem angstig of somber | ☐ |

- We willen weten hoe goed of slecht uw gezondheid VANDAAG is.
- Deze meetschaal loopt van 0 tot 100.
- 100 staat voor de beste gezondheid die u zich kunt voorstellen.
0 staat voor de slechtste gezondheid die u zich kunt voorstellen.
- Markeer een X op de meetschaal om aan te geven hoe uw gezondheid VANDAAG is.
- Noteer het getal waarbij u de X heeft geplaatst in onderstaand vakje.

UW GEZONDHEID VANDAAG =

De beste gezondheid
die u zich kunt
voorstellen



De slechtste gezondheid
die u zich kunt
voorstellen

Bron: <https://preciustrial.files.wordpress.com/2015/11/f1-eq-5d-5l-nederland-versie-1-dd-13-01-2015.pdf>

2.7.1.3 Instructie instrument

Om de lijst goed te kunnen interpreteren, is het belangrijk dat de zorgverlener bekend is met de demografische gegevens (leeftijd, sekse, leefvorm, kinderen, woonomgeving, sociaal-economische status) van de patiënt.

Het instrument bestaat uit gesloten en open vragen in te vullen door de patiënt over de huidige gezondheidstoestand

2.7.1.4 Info over scholingen en websites

https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument9/9_1_N.pdf

https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf

Referenties

<https://euroqol.org/>

2.8 Omgevingsfactoren

2.8.1 Woonsituatie

Instrument/bron:	Eigen lijst
Instructie:	Breng de woonsituatie van de cliënt voor opname in de GRZ in beeld
Ingevuld door:	Ergotherapeut
Wanneer:	Bij opname GRZ

2.8.2 Ontslagbestemming

Instrument/bron:	Eigen lijst
Instructie:	Geef aan wat de ontslagbestemming van de cliënt is
Ingevuld door:	Ergotherapeut
Wanneer:	Bij ontslag GRZ

2.9 Proces

2.9.1 Opnameduur ziekenhuis

Instrument/bron:	Overdracht
Instructie:	Neem de opnameduur in het ziekenhuis over uit de overdracht.
Ingevuld door:	Administratie
Wanneer:	Bij opname GRZ

2.9.2 Opnameduur GRZ

Instrument/bron:	DBC (Diagnose Behandel Combinatie)
Instructie:	Noteer de opnameduur van de cliënt op de GRZ afdeling. Neem deze over uit de DBC
Ingevuld door:	Administratie
Wanneer:	Bij ontslag GRZ

2.9.3 Therapie intensiteit

Instrument/bron:	DBC (Diagnose Behandel Combinatie)
Instructie:	Noteer de therapie intensiteit van de cliënt op de GRZ. Neem deze over uit de DBC
Ingevuld door:	Administratie
Wanneer:	Bij ontslag GRZ

2.9.4 Tussentijdse ziekenhuisopname: Duur en reden ziekenhuisopname(s)

Instrument/bron:	DBC (Diagnose Behandel Combinatie)/ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems)
Instructie:	Noteer alle tussentijdse ziekenhuisopnames. Neem duur en reden over uit DBC en ICD-10
Ingevuld door:	Administratie en specialist ouderengeneeskunde
Wanneer:	Bij ontslag GRZ

Bijlage 1 - Projectgroep Meetplan

Deze Handleiding is tot stand gekomen in samenwerking met de projectgroep UNC-ZH Meetplan Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ):

- Prof. Dr. Wilco Achterberg, hoogleraar ouderengeneeskunde, voorzitter UNC-ZH, LUMC, Leiden
- Dr. Monique Caljouw, senior onderzoeker en wetenschappelijk coördinator UNC-ZH, LUMC, Leiden (voorzitter projectgroep tot november 2017)
- Arno Doornebosch. MSc, Netwerkcoördinator Geriatrische Revalidatie van het UNC-ZH, LUMC, Leiden (voorzitter projectgroep vanaf november 2017) en Projectcoördinator Revalidatie & Herstel, Pieter van Foreest, Delft
- Dr. Romke van Balen, specialist ouderengeneeskunde, Laurens, Rotterdam
- Dr. Monica van Eijk, specialist ouderengeneeskunde, senior onderzoeker GRZ en docent, LUMC, Leiden
- Jeroen van den Berg, ergotherapeut, Laurens, Rotterdam
- Lisa van Dijk, ergotherapeut, Zonnehuisgroep Vlaardingen
- Heidy 't Jong, manager GRZ, Marente, Warmond
- Alma van Meurs, zorgprogrammameider neurorevalidatie, Florence, Rijswijk
- Arjan Lansbergen. MSc, fysiotherapeut Argos Zorggroep, Schiedam
- Dr. Eva van der Ploeg, senior wetenschappelijk medewerker, Argos Zorggroep, Schiedam
- Janette Tazmi, verpleegkundig specialist, Laurens, Rotterdam
- Carolien de Vries, logopedist, Topaz, Leiden
- Heidi Zwaans, fysiotherapeut, Zonnehuisgroep Vlaardingen
- Christel van der Rest, ergotherapeut, Saffier de Residentiegroep, Den Haag
- Marja Booister, manager, Zonnehuisgroep Vlaardingen
- Annemarie de Brabander, MSc, fysiotherapeut, Topaz, Leiden

Bijlage 2 - Basisset UNC-ZH Meetplan GRZ

	Instrument/bron	Door wie ingevuld	Wanneer meten
Karakteristieken / stoornis			
Sekse en leeftijd	ECD	arts	opname
Diagnose	ICD-10	arts	opname
Voedingstoestand	ID/meetlint en weegschaal	verpleging	opname (+ 1x per maand)
Comorbiditeit	FCI	arts	opname
Functie/participatie			
Cognitie, stemming, functioneren	USER	verpleging	opname en ontslag (tussentijds in overleg met MDO-team)
ADL/BDL probleeminventarisatie	COPM	ergotherapeut	opname en ontslag (tussentijds in overleg met MDO-team)
Gedrag	NPI	ergotherapeut/psycholoog	opname en ontslag
ADL voor opname GRZ	Pre-morbide Barthel index	verpleging	opname
Satisfactie			
Kwaliteit van leven	EQ-5D-5L	patiënt/mantelzorger	opname en ontslag
Omgevingsfactoren			
Woonsituatie	Eigen lijst	ergotherapeut	opname
Ontslagbestemming	Eigen lijst	ergotherapeut	ontslag
Proces			
Opnameduur ziekenhuis	Overdracht	administratie	opname
Opnameduur GRZ	DBC	administratie	ontslag
Therapie intensiteit	DBC	administratie	ontslag
Tussentijdse ziekenhuis opname Duur Reden	DBC ICD-10	administratie en arts	ontslag

ECD = elektronisch cliënten dossier; ICD-10 = International Classification of Diseases and Related Health Problems; ID = identiteitskaart; USER = Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van klinische Revalidatie; COPM = Canadian Occupational Performance Measure; NPI = Neuropsychiatrische Vragenlijst; EQ-5D-5L = EuroQol 5D-5L; DBC = diagnose behandel combinatie



Meetplan Geriatrisch Revalidatie

