Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

BelRAI Revalidatie: Evaluatie van interRAI-instrumenten revalidatie voor toepassing in de revalidatie in Vlaanderen

Jasmine Van Regenmortel
Prof. dr. Anja Declercq
Prof. dr. Dominique Van de Velde

Rapport 07 April 2018

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: http://www.steunpuntwvg.be

Publicatie nr. 2018/03
SWVG-Rapport 07
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Evaluatie van interRAI-instrumenten revalidatie voor toepassing in de revalidatie in Vlaanderen

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq
Copromotor: Prof. dr. Dominique Van de Velde
Onderzoekers: Jasmine Van Regenmortel

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

Deelnemende instellingen	*Dagelijks bestuur*
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
Partnerinstellingen	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	

Steunpunt WVG
Minderbroedersstraat 8 bus 5310
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be

Rapport 07

BelRAI Revalidatie: Evaluatie van interRAI-instrumenten revalidatie voor toepassing in de revalidatie in Vlaanderen

Onderzoeker: Jasmine Van Regenmortel
Promotor: Prof. dr. Anja Declercq
Copromotor: Prof. dr. Dominique Van de Velde

Samenvatting

Aanleiding tot het onderzoek

In het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming heeft de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin gekozen voor de implementatie van de BelRAI assessment instrumenten in sectoren gezondheid en welzijn, waaronder de revalidatiesector. Sinds de zesde staatshervorming vallen een aantal revalidatievoorzieningen en revalidatieconventies immers onder de Vlaamse bevoegdheid.

BelRAI (hoofdstuk 3 'InterRAI en BelRAI Suite') is de Belgische versie van de interRAI instrumenten. Eén van de sterktes van interRAI/BelRAI is het gebruik van de 'core set' items. Deze items komen in elk instrument voor en worden op dezelfde manier gedefinieerd en gescoord. Door de standaardisatie van de items is BelRAI bruikbaar over de grenzen van organisaties en sectoren heen. Dit leidt tot betere communicatie en betere samenwerking. Op basis van de output die bij BelRAI hoort, kunnen tevens gepersonaliseerde zorgplannen worden uitgewerkt.

Doel van het onderzoek

Het interRAI PAC-Rehab (interRAI Post-Acute Care and Rehabilitation) instrument is het interRAI-instrument voor de (acute) revalidatie. Uit onderzoek van het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) bleek dat het gebruik van de interRAI PAC-Rehab geen ideale optie is voor de Vlaamse revalidatiesector (Desomer, Eyssen, Mistiaen, & Eyssen, 2016). Dit instrument is nog te veel gericht op de acute zorg en te weinig op de langer termijn zorg. Zo sluit de PAC-Rehab onvoldoende aan bij de noden van de Vlaamse langetermijnrevalidatie.

Het *doel van dit onderzoek* is bijgevolg het ontwikkelen van een eerste versie BelRAI Revalidatie instrument dat hanteerbaar is in de Vlaamse langetermijnrevalidatiesector (hoofdstuk 5 'Revalidatie in België'). Dit instrument moet gelinkt zijn aan de ICF. Het testen en valideren van dit instrument behoort niet tot de doelstelling van dit eerste onderzoek.

Het *doel van het BelRAI Revalidatie instrument* is het ondersteunen van de zorgplanning en de communicatie tussen beroepsbeoefenaars over de grenzen van sectoren heen.

Doelgroep

De omschrijving van wat revalidatie is (hoofdstuk 4 'Revalidatie in het gezondheidszorgsysteem'), is niet geheel eenduidig. De WHO gebruikt de term 'rehabilitation'. Dit slaat op alle dienstverlening bij een relatief stabiele gezondheidssituatie. Bijgevolg valt bijna alle dienstverlening onder de revalidatie-definitie van de WHO. 'Rehabilitation' is een te ruim begrip om toe te passen op de Vlaamse revalidatiesector. De definitie die op dit moment het meest wordt gebruikt in Vlaanderen, is dan weer te eng en te veel gericht op de neuromusculaire revalidatie. Dit sluit onterecht een aantal andere vormen van revalidatie. De definitie van de Vlaamse Overheid (hoofdstuk 5 'Revalidatie in België') baseert zich dan weer op de conventies (beleidscontext) en niet op de noden van de cliënten.

In dit onderzoek vertrekken de onderzoekers van een biopsychosociale visie die de persoon centraal zet (cliëntgerichte zorg). Het doel van revalidatie is het optimaliseren van iemands functioneren (hoofdstuk 4'Revalidatie in het gezondheidszorgsysteem'). Revalidatie is een intensief en langdurig traject dat omwille van de klinische complexiteit multidisciplinair van aard is. De revalidatiesector gebruikt daarom de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) als biopsychosociaal classificatiesysteem om over de disciplines heen in eenzelfde taal te spreken (hoofdstuk 3.1 WHO-classificatiesystemen). Aan de hand van de ICF core sets heeft de ICF-onderzoekgroep domeinen bepaald die essentieel zijn om het functioneren van een specifieke doelgroep in kaart te brengen. Deze voor de revalidatie is de core set rehabilitation. De ICF is in eerste plaats een classificatiesysteem en geen echte praktisch tool om mee aan de slag te gaan bij zorgplanning. BelRAI biedt die mogelijkheid wel. Bovendien zijn interRAI Suite en ICF in eerder onderzoek gelinkt (Prodinger et al., 2015). Ondanks een aantal verschillen tussen ICF en interRAI Suite, zijn er vooral gelijkenissen tussen beide systemen (Prodinger, Declercq, Carpenter, Rastall, & Deliverable, 2015) (hoofdstuk 3.3 ICF en interRAI).

De *doelgroep* voor het project zijn alle cliënten (18-65 jaar) en experten actief in de langetermijn Vlaamse revalidatiesector. De revalidatie in de ouderenzorg, kinder- en jeugdrevalidatie en acute revalidatie worden geëxcludeerd.

Methode

Omdat het interRAI PAC-Rehab instrument ontoereikend is voor de Vlaamse Revalidatiesector en er een duidelijke link moet zijn tussen het instrument en de ICF, is er gekozen om op basis van interviews en focusgroepen met de revalidatiesector (experten en cliënten) een BelRAI Revalidatie instrument te ontwikkelen. Voor dit onderzoek is goedkeuring van de Ethisch Comité van UGent gegeven onder het nummer EC/2017/0799.

In eerste instantie zijn er zeven oriënterende gesprekken gevoerd met experten met als doel een beeld te krijgen van 'best practices' wat betreft het gebruik van de ICF en wat betreft de revalidatie (acute revalidatie en revalidatie op lange termijn). Hieruit bleek onder andere dat het revalidatieproces bepaald wordt op basis van de revalidatienoden en van het functioneren van de cliënt. De manier waarop de sector wordt gefinancierd heeft echter een negatieve impact op de resultaten van de revalidatie uitkomst en op de mate van re-integratie van de cliënt.

Vervolgens zijn er via snowball sampling experten enerzijds uitgenodigd voor het onderzoek en anderzijds gevraagd om collega-beroepsbeoefenaars aan te reiken die een meerwaarde konden betekenen voor het onderzoek. Bij voorkeur waren deze collega-beroepsbeoefenaars actief in de lange termijn revalidatie.

Naast de experten zijn er ook cliënten bevraagd. Cliënten werden gerekruteerd door de experten in de voorzieningen waar zij werkzaam zijn. Die rekrutering ging initieel moeizamer dan verwacht. Daarom is

een informatiesessie voor experten georganiseerd. Tijdens deze sessie zijn het onderzoek en het doel ervan geduid. Daarna liep de rekrutering van cliënten via de experten vlotter.

De betrokken experten zijn voornamelijk (actief in de revalidatie in de leeftijdscategorie 15-65 jaar): de Vlaamse revalidatieziekenhuizen (onder andere conventie 7.71), de centra voor visuele revalidatie (conventie 9.69), centra voor ambulante revalidatie (conventies 9.53/9.65) en experten werkzaam onder de conventies met betrekking tot Pulderbos - Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren (7.76.5) en van het Revalidatiecentrum NAH Turnhout. Een beperkt aantal experten uit de Nederlandstalige niet-Vlaamse revalidatiesector zijn ook betrokken om de continuïteit en werkbaarheid in de gehele Belgische revalidatiesector te verzekeren (transmurale zorg). De kenmerken van de experten uit Nederlandstalige niet-Vlaamse revalidatievoorzieningen (inclusief acute revalidatie) die uiteindelijk hebben deelgenomen worden beschreven in hoofdstuk 6 (Resultaten).

In totaal zijn er zeven interviews met experten, vier focusgroepen met experten en zeven focusgroepen met cliënten doorgegaan.

De focusgroepen zijn na afloop uitgeschreven in een transcript. Alle transcripten zijn via open en axiale codering geanalyseerd. Doel hiervan was om een lijst te creëren van thema's die in een BelRAI Revalidatie instrument opgenomen moeten worden. De genoemde kernwoorden werden verzameld per thema in een mindmap. Op basis van deze mindmap is een ruwe dataversie (lijst zonder linking aan interRAI of ICF) opgesteld. Deze lijst is daarna eerst gelinkt aan interRAI matrix van items en vervolgens aan de ICF core set rehabilitation (zie 'Methode en steekproef' en bijlage 1 ICF Revalidatie set).

Alle deelnemers aan de interviews en de focusgroepen en alle andere betrokkenen die eerder interesse vertoonden, werden daarna uitgenodigd op een feedbacksessie waar een tussentijdse versie van het instrument werd voorgesteld aan de hand van een PowerPointpresentatie. De algemene teneur was positief, maar er werden wel bezorgdheden geuit wat betreft de werkbaarheid en wat betreft de aandacht voor de verscheidenheid aan doelgroepen in de revalidatie (zie ook 'Discussie, aandachtspunten en conclusie').

De tussentijdse versie is daarna verder verfijnd en verkort. De items werden opgedeeld in drie documenten. Het eerste document bevatte de 'core items' die zeker moeten worden opgenomen. Het tweede document bestond uit modules die voor specifieke doelgroepen – en dus niet voor iedereen – moeten worden ingevuld. Het derde document bevatte items die genoemd waren in de focusgroepen, maar die volgens de onderzoekers mochten worden geschrapt. Deze drie documenten werden voor feedback voorgelegd via een feedbackformulier op de website van het Steunpunt WVG. Na ondertekening van een vertrouwelijkheidsovereenkomst, kregen de respondenten de drie formulieren en een leidraad met toelichting alsook de presentatie van het feedbackmoment en bijhorend verslag. Er werd hen gevraagd om feedback te geven via een daartoe ontwikkeld feedbackformulier.

Resultaten

In totaal zijn minstens 120 individuele experten uit de revalidatiesector verspreid over minstens 60 verschillende voorzieningen en 47 cliënten betrokken geweest bij de ontwikkeling van de drie documenten. 37 feedbackfiches van experten en/of multidisciplinaire teams en vier feedbackfiches van cliënten zijn ontvangen en verwerkt. Dit illustreert de grote betrokkenheid van de revalidatiesector in dit onderzoek.

Cliënten vinden het vooral jammer dat het revalidatietempo zeer sterk gestuurd is vanuit de revalidatietijd die men toegemeten krijgt.

De feedback uit de formulieren was divers en hier en daar ook wat tegenstrijdig: men vond het instrument te lang, maar tegelijk wilde men een aantal items uit het document met 'te schrappen' items toch weer opnemen.

Er zal een duidelijk onderscheid moeten worden gemaakt tussen het medisch dossier, het administratieve dossier en BelRAI Revalidatie. Aan sommige bedenkingen kon ook niet worden tegemoetgekomen omdat de onderzoekers de regels van interRAI en de ICF wensen te volgen en het BelRAI Revalidatie instrument ook compatibel moet blijven met de andere BelRAI instrumenten.

Er zijn ook suggesties gegeven voor de indeling van het BelRAI Revalidatie instrument. Momenteel wordt de indeling volgens interRAI behouden en kan de praktijktoetsing in vervolgonderzoek meer inzicht geven in welke alternatieve indeling de voorkeur heeft.

BelRAI Suite vergt een ietwat ander denkpatroon dan de ICF, waardoor er heel wat onduidelijkheid en soms zelfs ongenoegen ontstond met betrekking tot het detail van de items. Opleiding, een duidelijk handboek en continue dialoog met de revalidatiesector zijn dan een voorwaarde voor succesvolle implementatie.

Het BelRAI Revalidatie instrument dat is ontwikkeld is bijna af, maar nog niet onmiddellijk testbaar in de praktijk. Nieuwe items dienen nog wat verder worden uitgewerkt op basis van literatuur en een meer volledige linking aan ICF dient nog te gebeuren. Ook het handboek dient te worden uitgewerkt. Elk instrument dat nog niet getest is in de praktijk, is per definitie niet klaar. De validiteit en betrouwbaarheid moeten eerst worden geëvalueerd. Hiervoor dient er data te worden verzameld. Het BelRAI Revalidatieformulier in bijlage is bijgevolg niet het definitieve BelRAI Revalidatie formulier: het moet nog worden getest en dan wellicht worden bijgestuurd.

Op dit moment is de linking met de ICF enkel met succes gebeurd met de ICF core set rehabilitation. Vervolgens is er een toetsing nodig met de algoritmes in de interRAI Suite om de berekening van resultaten (CAP' s, schalen, statistieken…) mogelijk te maken. De Engelstalige items dienen nog officieel te worden vertaald. Er zijn suggesties geformuleerd door de respondenten wat betreft mogelijke revalidatiespecifieke CAP's, bijvoorbeeld voor rijbekwaamheid, arbeidsre-integratie, sociale re-integratie, mantelzorgbelasting, …

InterRAI heeft momenteel nog geen instrument voor de langetermijnrevalidatie. Mochten de resultaten in België positief zijn, dan behoort een internationale validatie zeker tot de mogelijkheden. Vlaanderen zou dan als pionier in dit domein worden erkend. Het instrument dat in dit rapport is voorgesteld en ontwikkeld is, heeft als duidelijke doelen het ondersteunen van (1) de langetermijnrevalidatie met een klinische tool 'BelRAI Revalidatie' bij de zorgplanning en (2) de communicatie over de grenzen van de voorzieningen heen. De respondenten formuleerden nog heel wat andere verwachtingen naar de toekomst toe, zoals een instrument voor mantelzorgers en voor cliënten of een tool om objectief de revalidatieprofielen en noden in Vlaanderen af te stemmen om tot efficiënte triage, doorverwijzing en dienstverlening te komen.

Voor de ontwikkeling van het BelRAI Revalidatie instrument is er intensief samengewerkt met de revalidatiesector, waarvoor onze oprechte dank. De interesse en gedragenheid zijn groot, maar er zijn ook werkpunten die moeten worden aangepakt. Alleen zo kan het BelRAI Revalidatie instrument zijn volledige potentieel bereiken.

Inhoud

Afkortingen **15**

Definities **17**

Inleiding **21**

Hoofdstuk 1 Onderzoeksdoel **25**

Hoofdstuk 2 Methode en steekproef **27**

1 Fase 1: oriënterende fase, desktopresearch en interview met experten uit de revalidatiesector 27

2 Fase 2: doelgroep en steekproef 28

2.1 Cliëntenprofiel (internationaal perspectief) 28

2.2 Criteria voor dit onderzoek: cliënten 28

2.3 Gebruikers van het BelRAI Revalidatie instrument (experten) 30

2.4 Criteria voor dit onderzoek: experten 31

3 Fase 3: focusgroepen met cliënten en professionals in de revalidatie om de inhoud van de BelRAI te bepalen 32

3.1 Organisatie focusgroepen 32

3.2 Rekrutering van experten 33

3.3 Rekrutering: via snowball sampling 34

3.4 Rekrutering van cliënten 35

3.5 Focusgroepen cliënten (augustus 2017 en oktober 2017) 36

3.6 Informatiesessie experten (september 2017) 37

3.7 Focusgroep experten (september 2017) 37

4 Fase 4: data-analyse interviews en focusgroepen 38

5 Fase 5: feedbackmoment met de experten 45

6 Fase 6: analyse na het feedbackmoment 45

Hoofdstuk 3 Operationalisering van gezondheid en welzijn **49**

1 WHO-classificatiesystemen 50

1.1 The WHO family of international classifications (FIC): ICF en ICD-10 50

1.2 ICF – core sets 53

1.3 ICF in de praktijk 54

2 InterRAI en BelRAI Suite 55

2.1 Wat zijn interRAI en BelRAI Suite? 55

2.2 Wat is een BelRAI instrument? 56

2.3 Output 59

2.4 Klinische mogelijkheden 62

2.5 Onderzoek met BelRAI 63

2.6 Beleidscontext 63

3 ICF en interRAI 64

Hoofdstuk 4 Revalidatie in het gezondheidszorgsysteem 65

1 Acute dienstverlening 65

2 Acuut – postacuut en langetermijn 67

3 Na de acute fase: rehabilitation 70

3.1 Revalidatie in de Nederlandse taal 71

3.2 Revalidatie en fysische geneeskunde en revalidatie (FGR) 74

3.3 Revalidatieproces 77

Hoofdstuk 5 Revalidatie in België 83

1 Revalidatiebeleid en Nederlandstalige niet-Vlaamse bevoegdheden 84

2 Zesde staatshervorming 89

3 Decreet Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) 90

Hoofdstuk 6 Resultaten 95

1 Responsgraad juni 2017-december 2017 95

2 Beschrijving van het profiel van de respondenten (augustus 2017 – februari 2018) 97

2.1 Cliënten 97

2.2 Experten 102

3 Feedbackfiches: beschrijving betrokkenen 110

4 Itemgeneratie: interviews en focusgroepen 112

4.1 Items en visie cliënten op het BelRAI Revalidatie instrument 112

4.2 Items en visie van experten op het BelRAI Revalidatie instrument 117

5 Feedbackfiches: inhoudelijke bijsturing van de items 121

6 Toegankelijkheid van de gegevens 123

7 Draagvlak bij de revalidatiesector 125

Hoofdstuk 7 Discussie, aandachtspunten en conclusie 127

1 BelRAI Revalidatie items 127

2 Screener 130

3 Voorwaarden voor implementatie 131

4 Linking interRAI en ICF in dit onderzoek 132

5 Deelnemers aan dit onderzoek 134

6 Validatiemogelijkheden: planning voor verder onderzoek 135

6.1 Aandacht voor specifieke doelgroepen en andere gekende classificatiesystemen 136

6.2 Aandacht voor de organisatie van de sector 136

6.3 SWOT -Analyse 137

7 Conclusie 138

Bibliografie 139

Bijlagen **150**

Bijlage 1: ICF **151**

Bijlage 2: Revalidatiedienstverleningssector die onder de Vlaamse bevoegdheid vallen **164**

Bijlage 3: Interviewgids interview **170**

Bijlage 4: Informed Consent **171**

Bijlage 5: Cliëntenbrochure **175**

Bijlage 6: Informatiefiche **181**

Bijlage 7: Bevestingsfiches **185**

Bijlage 8: Leiddraad focusgroepen aan cliënten **192**

Bijlage 9: Demografische fiches **193**

Bijlage 10: Leiddraad focusgroepen aan experten **203**

Bijlage 11: Feedbackfiche en demografische fiche **205**

Bijlage 12: BelRAI Revalidatie formulier **211**

Lijst Tabellen

Tabel 1	Inclusie- en exclusiecriteria cliëntenpopulatie voor wie BelRAI Revalidatie wordt ontwikkeld in dit onderzoek rekening houdend met de Vlaamse Bevoegdheid	29
Tabel 2	Inclusie- en exclusiecriteria bevraagde cliënten (ongeacht bevoegdheid)	29
Tabel 3	Gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument in de praktijk door experten	30
Tabel 4	Inclusie - en exclusiecriteria (**15-65 jaar**) voor beroepsbeoefenaars van dit onderzoek op basis van de Vlaamse bevoegdheid, zonder rekening te houden met de cliëntenpopulatie	31
Tabel 5	Inclusie- en exclusiecriteria Vlaamse revalidatiesector (**15-65 jaar**)	32
Tabel 6	Overzicht van de focusgroepen met cliënten (focusgroep 4-7 zijn deze met experten)	36
Tabel 7	Overzicht van de focusgroepen met experten (focusgroepen 1-3 zijn deze met cliënten).	37
Tabel 8	Overzicht van de interRAI instrumenten waaruit items werden gedestilleerd voor de eerste versie van het BelRAI Revalidatie instrument	40
Tabel 9	De tien ICF linking rules met voorbeelden (Alarcos Cieza, Fayed, Bickenbach, & Prodinger, 2016, pp. 4–5)	41
Tabel 10	Toelichting en voorbeelden van hoe het perspectief dient te worden mee-genomen bij het linken van items aan de ICF (Alarcos Cieza et al., 2016, p. 6)	42
Tabel 11	Toelichting over hoe de antwoordmogelijkheden van een instrument gelinkt worden (ICF linking rules) (Alarcos Cieza et al., 2016, p. 6).	42
Tabel 12	Opbouw ICF code	53
Tabel 13	Bestaande interRAI instrumenten en afkortingen (die ook doorheen het rapport gebruikt worden) (interRAI, 2018).	57
Tabel 14	Samenvatting van het interRAI Hospital Assessment System (Katherine Berg et al., 2017, pp. ix–x).	58
Tabel 15	Voorbeelden van interRAI schalen (BelRAI, 2017; Carpenter & Hirdes, 2013; Dalby et al., 2009; interRAI, 2018; Vanneste et al., 2013)	60
Tabel 16	Overzicht van de beschikbare BelRAI GGZ clinical assessment protocols (CAP's) onderverdeeld in vijf levensdomeinen met toestemming uit (Van Eenoo, Cuyper, De Declercq, & Van Audenhove, n.d.) op basis van (Hirdes et al., 2011).	61
Tabel 17	Niet limitatieve lijst van doelgroepen van revalidatie (Bellemans & Broos, 2008; Christiaens et al., 2014; Geertzen et al., 2014; Integraal Kankercentrum Nederland, 2011; Jonckheer et al., 2017; Kos et al., 2013; Leclercq et al., 2008; Peers, 2008; Revant, n.d.; Van Cranenburgh, 2017; Van den Heede et al., 2017).	73
Tabel 18	Aanwezige actoren waaronder beroepsbeoefenaars en zorgaanbieders en zorgnoden al dan niet in het gezondheidssysteem met een directe link met de revalidatiedienstverlening (niet limitatief).	81
Tabel 19	Overzicht van de verschillende financieringstypes	86

Tabel 20	Overzicht van de RIZIV conventies die met de zesde staatshervorming Vlaamse bevoegdheid zijn geworden (Desomer et al., 2016, pp. 8–9)	89
Tabel 21	Focusgroepen cliënten : rekrutering, aanwezigheid en gebruik voor itemgeneratie en gebruik voor demografische analyse.	97
Tabel 22	Activiteiten voor experten in het BelRAI Revalidatieonderzoek	102
Tabel 23	Aantal experten die deelnamen aan de verschillende activiteiten	102
Tabel 24	Zorgaanbieders betrokken tijdens de periode april 2017 - februari 2018 (alfabetisch)	103
Tabel 25	Aanwezigen op de focusgroepen (experten)	106
Tabel 26	Kennis en gebruik van ICF en BelRAI voorafgaand aan het onderzoek * Gebaseerd op basis van de bevestigingsfiches ontvangen voor de informatiesessie (n=41) ** Ten opzichte van alle experten (april 2017- februari 2018) op basis van de eerste invulling van het formulier (n=104)	109
Tabel 27	Ontvangen vertrouwelijkheidsdocumenten en feedbackfiches * % ten opzichte van ontvangen vertrouwelijksheidsdocumenten	110
Tabel 28	Reactie op uitnodiging tot feedback op het BelRAI Revalidatie instrument (experten)	110
Tabel 29	Niet limitatieve lijst van thema's die deel moeten uitmaken van het BelRAI Revalidatie instrument volgens cliënten	112
Tabel 30	Niet limitatieve lijst van thema's die deel moeten uitmaken van het BelRAI Revalidatie instrument volgens experten	117
Tabel 31	SWOT-Analyse BelRAI Revalidatie en BelRAI Revalidatie onderzoek	137
Tabel 32	ICF visuele weergave	151
Tabel 33	Componenten en definities van de ICF	151
Tabel 34	Domeinen van activiteiten en participatie	151
Tabel 35	Overzicht typering in de ICF	154
Tabel 36	Typering en scoring ‘activiteiten en participatie’	155
Tabel 37	Typering en scoring ‘functies en anatomische eigenschappen’	155
Tabel 38	Typering en scoring ‘externe factoren’	156
Tabel 39	Weergave van de ICF core set linking aan de interRAI instrumenten (LTCF, HC en CMH) op basis van tabel 2 uit (Prodinger et al., 2015).	161

Lijst Figuren

Figuur 1	Rekrutering en snowball sampling	33
Figuur 2	Rekrutering van betrokkenen	34
Figuur 3	Experten: rekrutering en informering	35
Figuur 4	Rekrutering cliënten	35
Figuur 5	Toegepast stappenplan van data-analyse in dit onderzoek.	38
Figuur 6	Verwerking focusgroepen en interviews	38
Figuur 7	Van ruwe data naar een BelRAI Revalidatie instrument	39
Figuur 8	Beslissingsboom bij de ICF linking(Alarcos Cieza et al., 2016, p. 7)	43
Figuur 9	Verkort stroomdiagram totstandkoming BelRAI Revalidatie instrument	47
Figuur 10	Holistisch, biopsychosociaal model van ziekte (Wade & Halligan, 2017, p. 998)	49
Figuur 11	Schematisch overzicht van de WHO-FIC (Madden, Sykes, & Ustun, 2007, p. 8).	50
Figuur 12	WHO Classificatiesystemen ICD-10 en ICF (WHO, 2002, p. 4)	51
Figuur 13	Wisselwerking tussen verschillende componenten van ICF (WHO, 2001d, p. 25).	52
Figuur 14	Overzicht van de gelijkenissen en verschillen tussen interRAI HC en inteRAI LTCF (379 items in totaal).	56
Figuur 15	Opbouw van een interRAI/BelRAI instrument.	57
Figuur 16	De outputpiramide van interRAI Suite.	59
Figuur 17	Potentiële voordelen van de interRAI Suite (Heckman et al., 2013, p. 14)	63
Figuur 18	Verloop van acute naar langetermijnrevalidatie (Ward et al., 2012, p. 290).	68
Figuur 19	Voorbeeld van andere opbouw (voorstel) van de revalidatie voor België (Nolis et al., 2016): Stratified rehabilitation model uit (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018g, p. 269) op basis van (Kiekens et al., 2007, p. 206).	69
Figuur 20	Overzicht van de rehabilitation services vanuit een Europees perspectief (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018g, p. 263).	71
Figuur 21	Piramide van niveaus van specialisaties in gezondheidszorg gerelateerd aan revalidatie en de rol van de fysische geneesheer in het bieden van diensten zoals coördinatie, training en opleiding (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 232).	76
Figuur 22	Revalidatiecyclus (WHO, 2011, p. 96), aangepaste versie van (Steiner et al., 2002, p. 2002).	77
Figuur 23	Rehab Cycle met vier basisstappen: assessment, assignment, intervention en evaluation (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 232).	78
Figuur 24	Rehabilitation pad (Ward et al., 2012, p. 292)	79

Figuur 25	Overzicht van interactie tussen het revalidatieteam en andere (medische) diensten vanuit een internationaal perspectief (Ward et al., 2012, p. 293)	80
Figuur 26	Welzijnsuniversum op basis ICF(WHO, 2001c)	80
Figuur 27	Revalidatiedienstverlening in België / Vlaanderen onafhankelijk van de bevoegdheid	85
Figuur 28	Doelgroepen conventie 9.50 (Kiekens et al., 2007, p. 75)	86
Figuur 29	Doelgroepen conventie 7.71 (Kiekens et al., 2007, p. 84).	87
Figuur 30	Limitatieve lijst van pathologieën die met de K-nomenclatuur (K30/K60) kunnen worden gefinancierd (Kiekens et al., 2007, p. 89).	87
Figuur 31	Partners in het Vlaams Zorglandschap (Dewolf, 2016, p. 7).	91
Figuur 32	Cirkelmodel zoals in conceptnota VSB p.16 en verder (Van den Broeck, 2017, p. 15).	92
Figuur 33	Fysische en psychosociale revalidatie in het Agentschap Zorg en Gezondheid (Frans & Oosterlinck, 2016, p. 11; 2).	94
Figuur 34	Leeftijdscategorieën van cliënten aanwezig op de focusgroep (n= 43), geïncludeerd voor analyse.	98
Figuur 35	Aandoening(en) invan de cliënt die aanleiding had tot de revalidatie uitgedrukt in aantallen (n=44) (NAH= niet-aangeboren hersenletsel, CVA= Cerebrovasculair accident of beroerte, MS= Multiple sclerose).	98
Figuur 36	Het revalidatietraject van de cliënten in aantallen (n=43).	99
Figuur 37	Duurtijd van de revalidatie van cliënten vanaf het stellen van de hulpvraag tot invulling van de demografische fiche (n= 43).	100
Figuur 38	Ondersteuningsnetwerk waar een revalidant beroep op kan doen (n=31).	100
Figuur 39	Ondersteuningsnetwerk waar een ex-revalidant op beroep kan doen (n=12).	101
Figuur 40	Aantal demografische fiches ten opzichte van het aantal aanwezige experten.	104
Figuur 41	Leeftijdscategorieën van de experten (n= 36).	104
Figuur 42	Bevoegdheid op basis van de antwoorden in de demografische fiche in aantallen uitgedrukt (n= 36).	105
Figuur 43	Betrokken experten in de periode april 2017- februari 2018, weergegeven volgens bevoegdheid op basis van de bevestigingsfiches in aantallen uitgedrukt (n=104).	105
Figuur 44:	Spreiding van experten dat heeft deelgenomen aan de focusgroepen (n=38)	106
Figuur 45	Aanwezige disciplines (basisopleiding) van de aanwezige experten tijdens de focusgroepen basis van de antwoorden in de demografische fiche uitgedrukt in aantallen (n=36).	107
Figuur 46	Functies van de experten met één missing (3%) in aantallen en percentages uitgedrukt (n= 36).	107

Figuur 47 Arbeidsregime van de experten tijdens de focusgroepen op basis van de antwoorden in de demografische fiche in aantallen uitgedrukt (n= 36). 108

Figuur 48 Ervaring van experten in de revalidatie en de gezondheidszorg op basis van de antwoorden in de demografische fiche uitgedrukt in aantallen (n=36). 108

Figuur 49 Mate van engagement en interesse voor het BelRAI Revalidatie instrument in aantallen uitgedrukt. 109

Figuur 50 Functies waarin de experten in tewerkgesteld zijn (enkel feedbackfiches in eigen naam bezorgd, n= 19) uitgedrukt in percentages. 111

Figuur 51 Opbouw van het BelRAI Revalidatie instrument waaruit blijkt dat de modulewerking de sleutel is tot flexibiliteit. 133

Figuur 52 Structuur van de ICF (WHO, 2001d, p. 216) 153

Afkortingen

ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven
AH	Aangeboren hersenletsel, beter gekend als aangeboren verstandelijke beperking
AZ	Algemeen ziekenhuis
BOB	BasisOndersteuningsBudget
BZIO	Bundeling ZorgInitiatieven Oostende
CAP	Clinical Assessment Protocol
CAR	Centrum voor Ambulante Revalidatie
CI	Cochleair Implant
CMH	interRAI Community Mental Health (CMH)
CRA	Community Rehab Assessment, een instrument in ontwikkeling in interRAI
CVA	Cerebrovasculair accident of beroerte
DB	interRAI Deafblind Supplement (interRAI CHA-Db)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
FIM	Functional Independence Measure
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
GMD	Globaal Medisch Dossier
HC	interRAI Home Care Assessment System (HC)
IADL	Instrumentele activiteiten in het dagelijks leven
IC	Informed Consent
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – versie 10
ICF	Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren
ID	interRAI Intellectual Disability Assessment System (ID)
KEI	Koningin Elisabeth Instituut
LTCF	interRAI Long-Term Care Facilities Assessment System (interRAI LTCF)
MS	Multiple sclerose
NAH	Niet-Aangeboren Hersenletsel

NMSC	Nationaal Multiple Sclerose Centrum
PRM	Physical and Rehabilitation Medicine
PAC-Rehab	interRAI Post-Acute Care and Rehabilitation
PC	interRAI Palliative Care (PC)
QI	Quality Indicators (kwaliteitsindicatoren)
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RUG	Resource Utilization Groups (Zorgzwaartegroepen)
UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes (Board of the European Union of Medical Specialists)
UZ	Universitair Ziekenhuis
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VAGZ	Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VGT	Vlaamse GebarenTaal
WHO	World Health Organization
VSB	Vlaamse Sociale Bescherming
WZC	Woonzorgcentrum
ZnI	Zorgnet-Icuro

Definities

In dit rapport worden een aantal termen en definities gebruikt waarvan de meest gebruikte en belangrijkste hier alfabetisch gerangschikt en beschreven worden.

1. Algemeen ziekenhuis (niet-psychiatrisch): *ziekenhuis waarin patiënten kunnen worden opgenomen in de acute fase van een ziekteproces en dit voor een brede waaier aan pathologieën* (Health.belgium.be, n.d.).
2. Ambulante zorg: *zorg waarbij de patiënt in zijn eigen huis of omgeving kan verblijven, zonder opgenomen te worden in een gezondheidszorgvoorziening. Hij/zij gaat telkens zelf naar de zorgaanbieder, of de individuele zorgverlener gaat bij de patiënt"* (Health.belgium.be, n.d.).
3. Beroepsbeoefenaar: *"individu dat een gezondheidsberoep uitoefent"* (Health.belgium.be, n.d.)
4. Betrokkenen: verzamelnaam voor beroepsbeoefenaar, experten en cliënten met kennis of ervaring in de revalidatiedienstverleningssector.
5. Biopsychosociaal model: *"biopsychosocial model: it is a health model developed in contrast to the widely applied biomedical one. It states that health and illness are determined by a dynamic interaction between biological (genetic, biochemical, etc.), psychological (mood, personality, behavior, etc.) and social factors (cultural, familial, socioeconomic, medical, etc.). This also expresses the view that disease outcome is attributable to this complex interaction."* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h, p. 137).
6. Chronische ziekte: *"noncommunicable diseases (NCDs), also known as chronic diseases, are not passed from person to person. They are of long duration and generally slow progression. The four main types of noncommunicable diseases are cardiovascular diseases (like heart attacks and stroke), cancers, chronic respiratory diseases (such as chronic obstructed pulmonary disease and asthma) and diabetes. "* (WHO, 2018c).
7. Cliënt(en): in het werkveld ook wel patiënt, gebruiker of revalidant of ex-revalidant genoemd. Cliënten zijn personen (man of vrouw) die momenteel of in het recente verleden revalidatie krijgen of kregen. Het kunnen ook ex-revalidanten zijn die een opleiding tot ervaringsdeskundige hebben gevolgd**.**
8. Conventie*: "Een conventie is een systeem /opgebouwd uit hernieuwbare contracten /onder toezicht van het College van artsen-directeurs en gemandateerd door het Verzekeringscomité van het RIZIV / om multidisciplinaire zorg- en revalidatieprogramma's op maat te ontwikkelen, beheren en implementeren / beheerd door bekwame clinici en technici / ten voordele van specifieke patiëntgroepen / met respect voor de financiële en politieke beperkingen en beantwoordend aan de hoogste standaarden van professionalisme en wetenschappelijk bewijs."* (Vandenbroeck et al., 2018, p. 9).
9. Expert: een expert kan zowel een (zorg)professional, beroepsbeoefenaar in het werkveld of beroepsbeoefenaar of individuele zorgverlener zijn, als een persoon uit de academische wereld of iemand die beide functies combineert.
10. Functioneren: *"Functioning all that human bodies do and the actions that people perform. In the ICF, functioning is operationalized in terms of functioning domains, and these domains are partitioned into the dimensions of Body Functions and Structures, Activities and Participation. Functioning is a umbrella term describing the interaction between a person with a health condition and his or her environment (defined in the International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001)"* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h, p. 138).

11. Holistisch: *"Holism: The treating of the whole person, taking into account mental and social factors, rather than just the symptoms of a disease. In PRM it is not used to justify scientifically unproven treatments, since: PRM is a primary medical specialty totally based on evidence"* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h, p. 138).
12. Mantelzorger: *De mantelzorger is de persoon die doorlopende (bijstand en hulp die langdurig worden verleend) of regelmatige (bijstand en hulp verleend tijdens verschillende periodes die overeenstemmen met de cyclische of gefaseerde evolutie van bepaalde pathologieën of de evolutie van de zorgafhankelijkheid) hulp en bijstand verleent aan de geholpen persoon (de als zwaar zorgbehoevende erkende persoon)* (Belgisch Staatsblad, 2014).
    - Waarbij bijstand en hulp: "*respectievelijk de tijdsinvestering op psychologisch, sociaal of moreel vlak en de tijdsinvestering op fysisch of materieel vlak die een invloed hebben op de beroeps- of familiale situatie van de mantelzorger"* (Belgisch Staatsblad, 2014).
13. Multidisciplinair of pluridisciplinair*: samenwerking tussen verschillende gezondheidszorg-beroepen/disciplines (bijvoorbeeld een arts, een verpleegkundige en een kinesist)* (Health.belgium.be, n.d.).
14. Niet aangeboren hersenletsel: "*traumatic brain injury (TBI) is defined as an alteration in brain function, or other evidence of brain pathology, caused by an external force"* (Maas et al., 2017, p. 2).
15. Nomenclatuur (van de geneeskundige verstrekkingen): *"gecodeerde lijst met de geneeskundige prestaties die (geheel of gedeeltelijk) vergoed/terugbetaald worden door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging"* (Health.belgium.be, n.d.).
16. Patiëntenrechtenwet: 22 augustus 2012 : wet betreffende de rechten van de patiënt
17. Post acute fase: "*post-acute phase refers to the period following the acute phase after a sudden onset condition, when the patient is medically sufficiently stable; also patients with intermittent, progressive or stable conditions can benefit in phases of changing needs; in this phase the patient is still evolving.*" (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h, p. 140).
18. Revalidatiebehoefte: *"de behoefte van een gebruiker aan revalidatie, ambulant of residentieel, multidisciplinair en rekening houdend met de pathologie, het daarmee gepaard gaande functie- en activiteitsverlies en verlies aan participatie, en rekening houdend met revalidatiedoelen* (Vlaams Parlement, 2018, p. 72).
19. Revalidatiedienstverleningssector of revalidatiesector: geheel van zorgaanbieders en diensten die revalidatiedienstverlening aanbieden op basis van hun doelstelling (niet bevoegdheid).
20. Revalidatiecirkel of revalidatieproces*: "Rehab-cycle is the re-iterating process of assessment, assignment, intervention and evaluation of the rehabilitation needs and goals of a person" (*European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018, p. 140).
21. Thuiszorg: alle professionele hulpverlening in de thuissituatie waaronder kinesitherapie aan huis, gezinszorg, aanvullende thuiszorg, thuisbegeleiding, mobiele teams onder art 107, poetsdiensten, ondersteuning bij moeilijke opvoedingssituaties in de thuisomgeving, thuisbegeleiding enz. (niet limitatieve lijst).
    Meer informatie over het aanbod in de thuiszorg op de website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (https://www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg) waar het aanbod thuiszorg is: diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor logistieke hulp, diensten voor oppashulp, diensten voor thuisverpleging, diensten voor gastopvang, diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, lokale dienstencentra, regionale dienstencentra, verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg, projecten in de thuiszorg (VAZG, 2018).
22. Transmurale zorg binnen de Vlaamse bevoegdheid: *"omvat alle vormen van zorg en ondersteuning die, afgestemd op de behoeften en de zorgdoelen van de persoon met een zorgbehoefte en de mantelzorgers, als doel hebben om tijdelijke zorg en ondersteuning te bieden*

die ertoe bijdragen dat, na een ziekenhuisopname of na een langdurige onderbreking van de normale activiteiten ten gevolge van een ernstige aandoening, het zelfstandig functioneren van de persoon met een zorgbehoefte in het natuurlijke thuismilieu kan bewerkstelligd worden. Het betreft zorg en ondersteuning die een verblijf buiten de eigen woonomgeving inhoudt maar als uiteindelijke doelstelling wel een langer verblijf in de eigen woonomgeving beoogt. De transmurale zorg verwijst naar het herstelverblijf van artikel 28 van het woonzorgdecreet" (Vlaams Parlement, 2018, p. 39).

23. Triage: *"The selection and allocation of treatment to patients according to a system of priorities, based on the patients' need of care designed to maximize the outcome"* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h, p. 141).
24. Vlaamse revalidatieziekenhuizen: verzamelnaam voor de verschillende Vlaamse revalidatieziekenhuizen die onder Vlaamse bevoegdheid vallen sinds 1 juli 2014 met name De Dennen (Malle), het Nationaal Multiple Sclerose Centrum (NMSC) (Melsbroek), Revalidatieziekenhuis Inkendaal (Vlezenbeek), Provinciaal Zorgcentrum Lemberge (Merelbeke), Revalidatie en MS Centrum (Overpelt), Koningin Elisabeth Instituut (KEI) (Oostduinkerke), Bundeling ZorgInitiatieven Oostende (BZIO) (Oostende), RevArte (Edegem).
25. Vlaamse revalidatiesector: verzamelnaam voor alle revalidatieziekenhuizen, centra en instellingen die zich onder de Vlaamse bevoegdheid bevinden en die relevant zijn voor dit onderzoek (cliëntenpopulatie 15-65 jaar), meer bepaald alle Vlaamse Revalidatieziekenhuizen (zie supra) en instellingen die heden onder conventienummers 9.53-9.65, 7.71, 9.69 (RIZIV) gefinancierd worden maar sinds 1 juli 2014 Vlaamse bevoegdheid zijn, de 'fysische revalidatie'. Dit zijn in concreto alle Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR), Revalidatiecentrum NAH Turnhout (Turnhout), Pulderbos - Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren (Zandhoven), De Markgrave en de Centra voor Low Vision in de Universitair Ziekenhuizen (UZ's).
26. Zorgprogramma: systematische aanpak van de behandeling en de zorg voor een specifieke patiëntengroep of specifieke pathologie (Health.belgium.be, n.d.) zijnde:
    - Reproductieve geneeskunde
    - Cardiale pathologie
    - Oncologie
    - Zorgprogramma voor kinderen
    - Zorgprogramma voor de geriatrische cliënt (FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).
27. Zorgaanbieder: dienst, voorziening en verstrekker die zorg verleent (Vandeurzen, 2015, p. 2).

Inleiding

De gezondheidszorg van nu is niet meer dezelfde als pakweg 100 jaar geleden of zelfs 30 jaar geleden, onder meer door technologische veranderingen. Waar vroeger bijvoorbeeld diabetes onherroepelijk het einde van het leven betekende, is het nu behandelbaar als chronische ziekte (Diabetes Foundation Nederland, n.d.). Ook op gebied van kanker wint de wetenschap terrein. Het gevolg is dat heel wat cliënten na de behandeling te kampen krijgen met restletsels - zoals vermoeidheid - en chronische zorgen nodig hebben (Kos, Nijs, Meeus, & Salhi, 2013).

Ziektes of aandoeningen worden meer en meer controleerbaar en behandelbaar, waardoor de nood aan revalidatie en chronische zorgen stijgt. Door de verbetering van onze algemene gezondheid leven we langer (vergrijzing). Reizen geraakt meer en meer ingeburgerd, hierdoor komen we gemakkelijker in contact met tropische ziektes. Evolutie, vernieuwing en technologie brengt ook risico's met zich mee. Verkeersongevallen doen het aantal hersenletsels en het aantal moeilijke orthopedische aandoeningen stijgen (Maas et al., 2017).

Ten gevolge van de ongevallen en chronische ziekten stijgt de nood aan re-integratie, zowel voor de cliënt (kwaliteit van leven) als voor de maatschappij (economische kosten). 10% van de West-Europese burgers ervaren een 'disability'[1] (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018b).

Geschat wordt dat er wereldwijd één miljard personen met een beperking leven (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018b). De levensverwachting, ook van de mensen met een beperking is sterk gestegen ten opzichte van 30 tot 100 jaar geleden. Functieverlies en een beperking zijn geen redenen meer om niet in een 'normale' context te leven. De mogelijkheid om opnieuw een rol op te nemen in de maatschappij is een recht ('Universele Verklaring van de Rechten van de Mens' en 'VN-Verdrag Inzake de Rechten van Personen met een Handicap'). Waar vroeger gezondheidszorg enkel keek naar morbiditeit en mortaliteit, ontstond er een derde gezondheidsfactor '*functioning*' waarbij kwaliteit van leven aan belang wint en waar revalidatie sterk op inzet (Medica, Stucki, Bickenbach, Edizioni, & Medica, 2017).

Het biopsychosociaal model[2] staat hierin centraal. Dit model wordt ook door de WHO sterk gepromoot (WHO, 2001c, 2011, 2017b). In dit model wordt niet alleen de nadruk gelegd op de biomedische aspecten, maar ook op alle aspecten van het menselijk functioneren. De cliënten krijgen meer inspraak (in hun zorgtraject en het beleid) en er wordt sterk rekening gehouden met de context en de omgeving waarin mensen functioneren (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h; Turpin & Iwama, 2011; Vaz, Silva, Mancini, Carello, & Kinsella-Shaw, 2017; Verhaeghe et al., 2017). Dit heeft als gevolg dat de zorg anders georganiseerd moet worden.

---

1 "*Disability: the problem a person has performing the actions that he or she needs and wants to do, because of how an underlying health condition – a disease, injury or even ageing – affects his or her performance in his or her actual environment"* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018a, p. 156).

2 *"Biopsychosocial model: It is a health model developed in contrast to the widely applied biomedical one. It states that health and illness are determined by a dynamic interaction between biological (genetic, biochemical, etc.), psychological (mood, personality, behavior, etc.) and social factors (cultural, familial, socioeconomic, medical, etc.). This also expresses the view that disease outcome is attributable to this complex interaction."* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h, p. 137).

De gezondheidszorgsector en de overheid zetten hier actief op in. Zo wordt de gezondheidszorg meer in fases georganiseerd, gaande van acuut, naar post-acute en langetermijnzorg[3] en spreekt men van zorgplanning. Er is een duidelijke nood aan meer samenwerking tussen zorgorganisaties en minder grenzen tussen sectoren.

De acute, zeer gespecialiseerde intramurale zorg blijft noodzakelijk, maar enkel inzetten op deze zorg kan leiden tot gefragmenteerde zorg zonder nazorg, langetermijnzorg en opvolging. Internationaal zien we meer transmurale en geïntegreerde zorg, met behulp van de moderne technologie. Ook nationaal zien we bijvoorbeeld een beweging naar ziekenhuisnetwerken en wordt meer en meer ingezet op eHealth (De Block, 2014; De Pourcq et al., 2016). De Vlaamse gemeenschap zet in op een cliëntgerichte zorg en eveneens het mee uitrollen van eHealth, over de verschillende lagen van de gezondheids- en welzijnssector heen (Vandeurzen, 2015; Vlaamse Regering, 2014a). Dit brengt ons tot dit onderzoek.

Om een antwoord te bieden op deze uitdagingen voor de gezondheidszorg heeft de Vlaamse overheid een aantal actiepunten opgesteld. Eén daarvan is het werken aan de communicatie tussen experten over instellings- en sectorengrenzen heen, in het kader van betere zorgplanning. Om de communicatie te verbeteren is een goed instrument nodig. De Vlaamse overheid koos BelRAI als gedeeld comprehensief assessment (zie 'InterRAI en BelRAI' in hoofdstuk 3, §2).

BelRAI staat voor de Belgische vertalingen – met kleine aanpassingen aan de lokale context – van de interRAI instrumenten. Vandaag wordt BelRAI Suite gebruikt of gevalideerd in de residentiële ouderzorg, de thuiszorg en de residentiële en de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Sinds 2005 voert LUCAS in opdracht van de federale en de Vlaamse overheden onderzoek uit naar het gebruik en de implementatie van de interRAI instrumenten in België.

Voor de revalidatiesector voerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in 2016 - op vraag van de Vlaamse overheid - een oriënterend onderzoek uit naar het mogelijk gebruik van de interRAI instrumenten in de revalidatiedienstverleningssector (Desomer et al., 2016). De conclusie is dat interRAI zeker mogelijkheden biedt, maar moet aangepast worden aan de Belgische context. InterRAI heeft een instrument dat zich richt op de revalidatie, namelijk het Post Acute Care Rehabiliation (PAC-Rehab) instrument. Deze PAC-Rehab is echter niet helemaal geschikt voor de noden van de Vlaamse langetermijnrevalidatiesector. Dit is ten eerste zo omdat de revalidatie in België zorg biedt aan meerdere doelgroepen die behoorlijk van elkaar verschillen zoals mensen met een verslavingsproblematiek, mensen met een niet-aangeboren hersenletsel of mensen die na een ongeval revalidatie nodig hebben. Het PAC-Rehab instrument is niet geschikt voor al deze doelgroepen. Ten tweede richt het PAC-Rehab instrument zich te weinig op de langetermijn en zijn items zoals arbeid en scholing niet opgenomen.

De Vlaamse (en Belgische) revalidatiedienstverleningssector heeft vooral nood aan een instrument dat de persoon gedurende de hele soms zeer langdurige revalidatiefase volgt. Er is met andere woorden nood aan een ander BelRAI instrument dan wat de interRAI Suite momenteel biedt. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met het feit dat de revalidatiesector op dit moment werkt met de International Classification of Functioning Disability and Health (ICF).

---

3 "*Long-term phase: refers to the long-term period following the post-acute phase for people who are experiencing chronic disease and long-term disabilities or difficulties in functioning, when the situation is stabilized; emphasis lays on maintenance and secondary prevention"* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h, p. 138).

Uit eerder onderzoek blijkt dat interRAI/BelRAI Suite en ICF vanuit eenzelfde visie vertrekken en compatibel zijn, maar een andere terminologie gebruiken en een ander scoresysteem hebben (Katherine Berg et al., 2009; Prodinger et al., 2015). Er is bijgevolg nood aan een BelRAI Revalidatie instrument voor de Vlaamse revalidatiesector, waarin ook een duidelijke link wordt gelegd met ICF.

In dit project worden hiertoe de eerste stappen gezet door alle betrokkenen (cliënten en experten in de revalidatiesector) te bevragen over wat de inhoud zou moeten zijn van een dergelijk BelRAI Revalidatie instrument. Op basis van deze informatie zullen de onderzoekers een eerste versie van een BelRAI Revalidatie instrument ontwikkelen.

De doelgroep voor het instrument is beperkt tot volwassen personen. Voor de doelgroep met een aandoening in de geestelijke gezondheidszorg zijn de BelRAI Mental Health instrumenten - eventueel aangevuld met het 'addictions supplement'- meer geschikt.

De kracht die vooral cliënten moeten hebben om te revalideren en tot maatschappelijke integratie te komen wordt in onderstaand citaat zeer mooi omschreven. Ondanks een moeilijk parcours dat deze cliënt heeft afgelegd vond hij/zij de tijd en ruimte om deel te nemen aan dit onderzoek en om te genieten van het leven ondanks de aandoening en bijhorende beperkingen waarmee hij/zij moet leven.

Cliënt X: Ik heb ooit, dat is jaren geleden, een professor gehad die mij medisch behandeld heeft. Hij zei: "Er is inderdaad iets verschrikkelijks gebeurd. Er zijn duizenden dingen die je niet meer zal kunnen. Maar de paar dingen die je wel nog zal kunnen, daar moet je kracht uit halen." Ik heb dat ook altijd in mijn achterhoofd gehouden en ik probeer dan ook van die dingen te genieten.

Zonder de inzet van de revalidatiedienstverleningssector, van experten en cliënten, zou dit onderzoek niet mogelijk geweest zijn. Wij wensen hen dan ook te bedanken voor hun inzet en voor de constructieve samenwerking.

Hoofdstuk 1
Onderzoeksdoel

BelRAI is één van de eHealth-applicaties die over doelgroepen en zorgaanbieders heen gebruikt wordt om de kwaliteit van zorg en communicatie tussen beroepsbeoefenaars te ondersteunen. BelRAI is de Belgische versie van de interRAI Suite van instrumenten. De BelRAI/interRAI instrumenten zijn assessment-instrumenten die de fysische, psychische en sociale noden van de persoon in beeld brengen. Er zijn verschillende instrumenten voor de verschillende zorgsectoren, maar alle instrumenten bevatten dezelfde kernelementen zoals cognitie, activiteiten van het dagelijkse leven (ADL), instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven (IADL),… Daarnaast zijn er ook setting- en sectorspecifieke items. In de ouderenzorg is er al uitgebreid onderzoek gebeurd over én met BelRAI Suite. De BelRAI instrumenten voor de ouderenzorg zijn in gebruik al redelijk goed verspreid. In andere sectoren zoals in de geestelijke gezondheidszorg worden eerste stappen gezet. In elk van die sectoren kan zowat onmiddellijk gebruik worden gemaakt van een vertaling van één of meerdere internationaal gevalideerde interRAI-instrumenten (zie Hoofdstuk 3, §2).

De Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) is een Vlaamse sociale verzekering bovenop de federale sociale zekerheid. VSB omvat de zorgsectoren waar Vlaanderen voor is bevoegd, inclusief de bevoegdheden die door de zesde staatshervorming naar Vlaanderen kwamen. Daarbij hoort ook "*de terugbetaling van zorg in revalidatie (in diensten die voor de staatshervorming een overeenkomst hadden met het RIZIV en nu met de Vlaamse Gemeenschap) - en geïsoleerde G en Sp diensten"* (Vandeurzen, 2015, p. 7)

De doelstelling van dit onderzoek is bijgevolg het ontwikkelen van een BelRAI-instrument voor volwassen revalidanten (18-65 jaar) die behandeld worden in de overgedragen conventies of organisaties (zie ook Bijlage 2: Revalidatiedienstverleningssector die onder de Vlaamse bevoegdheid valt). Dit instrument moet gelinkt zijn aan de ICF.

Het doel van het BelRAI Revalidatie instrument is het ondersteunen van de zorgplanning en de communicatie tussen zorgprofessionals in de revalidatiezorg, over de grenzen van sectoren heen.

Hoofdstuk 2
Methode en steekproef

We hanteerden een kwalitatieve onderzoeksmethodologie met een thematische analyse (Braun & Clarke, 2006; Dierckx de Casterle et al., n.d.; Dierckx de Casterle, Truyen, et al., 2012; Guest, MacQueen, & Namey, 2012; Morgan, Krueger, & King, 1997; M. Q. Patton, 2015; Rabiee, 2004; Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013). Via deze methode trachtten we een duidelijk zicht te krijgen op de items die moeten worden opgenomen in het BelRAI Revalidatie instrument.

Het onderzoek is uitgevoerd in verschillende fases:

1) Oriënterende fase, met desktopresearch en voorbereidende interviews met experten in de revalidatie
2) Steekproefafbakening
3) Focusgroepen met cliënten en beroepsbeoefenaars uit de revalidatiesector,
4) Data-analyse van de interviews en focusgroepen
5) Feedbackmoment met de experten
6) Analyse na het feedbackmoment

1 Fase 1: oriënterende fase, desktopresearch en interview met experten uit de revalidatiesector

Het doel van de oriënterende fase is inzicht te verkrijgen in de BelRAI Suite, de ICF en de revalidatie-sector. Dit gebeurde in volgende stappen:

- **Desktopresearch: verkennen van** literatuur over interRAI, ICF en de revalidatiedienst-verleningssector.
- **Verkennende interviews** met experten aan de hand van een interviewgids (zie Bijlage 3: Interviewgids interview). Deze experten zijn actief als beroepsbeoefenaar, als onderzoeker of beiden. De selectie voor de experten voor de interviews is gebaseerd op doelgerichte suggesties van het onderzoeksteam, aangevuld met suggesties uit de stuurgroep. Snowball sampling werd toegepast doorheen het onderzoek en experten die werden aanbevolen vanuit de revalidatiesector werden eveneens geïnterviewd. Alle experten werden geselecteerd omwille van hun kennis, kunde en de spreiding over de verschillende onderdelen van de revalidatie(sector). De experten helpen tevens bij het creëren van draagvlak en bij de rekrutering van betrokkenen. Bij voorkeur waren deze experten en de aanbevolen collega-beroepsbeoefenaars actief in de lange termijn revalidatie.
- Aanvraag bij het **ethische comité** : Voor de deelname van cliënten aan het onderzoek is de goedkeuring van het Ethisch Comité van UGent gegeven onder het nummer EC/2017/0799.

2 Fase 2: doelgroep en steekproef

Voor dit onderzoek dient er een onderscheid te worden gemaakt tussen de doelgroep waarvoor het BelRAI Revalidatie instrument kan gebruikt worden vanuit een internationaal perspectief[4] (rekening houdend met de literatuur over rehabilitation en revalidatie) en de doelgroep van revalidatie waarvoor de Vlaamse Overheid bevoegd is. Rekening houdend met de opdracht ligt de focus van de dit onderzoek op de revalidatie binnen de Vlaamse Bevoegdheid.

2.1 Cliëntenprofiel (internationaal perspectief)

Het BelRAI Revalidatie instrument is uiteindelijk bedoeld voor alle cliënten die nood hebben aan revalidatie na de acute fase. Hierbij wordt er geen onderscheid gemaakt op basis van leeftijd, aandoening of (pathologische) oorzaak die onderliggend is aan de hulpvraag, zoals het biopsychosociaal model voorziet.

Het instrument richt zich op volwassenen tussen 18 en 65 jaar. Adolescenten kunnen echter reeds op jongere leeftijd nood hebben aan het BelRAI Revalidatie instrument. De onderzoekers laten dit over aan het klinisch oordeel van de beroepsbeoefenaar. Bijgevolg wordt de leeftijdsgrens 15-65 jaar gehanteerd voor de itemgeneratie (zie ook verder).

Voor cliënten met een nood aan psychosociale revalidatie of revalidatie bij een verslavingsproblematiek zijn wellicht andere BelRAI instrumenten zoals het BelRAI (Community) Mental Health instrument en het bijbehorende 'addictions supplement', meer van toepassing. BelRAI mag evenwel opgevat worden als een modulair systeem waaruit de beroepsbeoefenaar de meest geschikte modules kan kiezen. De verschillende BelRAI instrumenten zijn aan elkaar gelinkt omdat ze een core set van gelijke items bevatten. De beroepsbeoefenaar is vrij om het meest geschikte BelRAI instrument te kiezen.

2.2 Criteria voor dit onderzoek: cliënten

Het BelRAI Revalidatie instrument wordt ontwikkeld op vraag van de Vlaamse Overheid en moet bruikbaar zijn in de Vlaamse revalidatiesector. Het instrument zal echter evenzeer bruikbaar zijn voor beroepsbeoefenaars die niet door de Vlaamse overheid worden gefinancierd. Het uitgangspunt wordt immers gevormd door de noden van de persoon, niet door de setting waar hij of zij zorg krijgt. Cliënten bewegen zich overigens van één voorziening naar een andere (zie ook Tabel 1 en Tabel 2).

Dit zijn de rekruteringscriteria voor de bevraging van cliënten:

- tussen de 15 en 65 jaar oud zijn;
- in staat zich in het Nederlands[5] uit te drukken;
- een indicatie voor long term care revalidatie hebben;
- mentaal en fysisch in staat zijn om deel te nemen aan een focusgroep. Dit impliceert dat de cliënt beschikt over de nodige communicatieve en cognitieve vaardigheden, maar ook dat hij of zij psychisch sterk genoeg is. Het is de bedoeling dat men post-acute cliënten vertegenwoordigt en dus ruimer kan denken dan de eigen persoonlijke situatie.

4 Beoogde doelgroep bij het ontwikkelen van het BelRAI Revalidatie instrument.

5 Hierbij behoort ook VGT, Vlaamse Gebarentaal als moedertaal

De cliënten zijn tussen 15 en 65 jaar oud, maken gebruik van of hebben recent gebruik gemaakt van revalidatiedienstverlening, bij voorkeur onder de Vlaamse bevoegdheid.

Samengevat betekent dit dat de cliëntenpopulatie (op activiteiten en participatieniveau) voor wie het BelRAI Revalidatie instrument kan gebruikt worden de volgende kenmerken heeft:

- is tussen de 15 en 65 jaar oud;
- is Nederlandstalig;
- heeft een indicatie voor long term care revalidatie.

Tabel 1 Inclusie- en exclusiecriteria cliëntenpopulatie voor wie BelRAI Revalidatie wordt ontwikkeld in dit onderzoek rekening houdend met de Vlaamse Bevoegdheid

Inclusie	Exclusie
Cliënten met een nood aan revalidatiedienstverlening binnen de Vlaamse Bevoegdheid (langetermijnrevalidatie): - **neuromusculaire revalidatie**, - **cardiopulmonaire revalidatie**, - **sensoriele revalidatie** en - **neurocognitieve revalidatie (o.a. NAH)**.	Psychosociale revalidatie Geriatrische revalidatie (revalidatie in WZC) Kinderen en jongeren revalidatie (aangeboren beperking, respijtzorg, ontwikkelingsproblematiek), Revalidatie in een algemeen ziekenhuis, thuisomgeving op voorschrift van de (huis)arts bij de (zelfstandige therapeut) of thuiszorgmedewerker, …. ➔ 'Revalidatie' onder RIZIV nomenclatuur of conventie die RIZIV materie blijft na de zesde staatshervorming en dus niet behoort tot de langetermijnrevalidatie en/of long term care zoals voorzien wordt in de Vlaamse Sociale Bescherming.

Tabel 2 Inclusie- en exclusiecriteria bevraagde cliënten (ongeacht bevoegdheid)

Inclusie	Exclusie
Adolescenten en volwassen vanaf 15 tot en met 65 jaar	Kinderen tot en met 14 jaar Ouderen +65 jaar Familie en mantelzorg
Nederlandstalig (inclusief VGT)	Niet-Nederlandstalig
Post-acute revalidatie **Langetermijn revalidatie** **Ambulante revalidatie**	Acute revalidatiedienstverlening Thuiszorgdienstverlening
Revalidatie krijgen of recent revalidatie hebben afgerond	Langere tijd geleden revalidatie hebben afgerond
Neuromusculaire revalidatie **Cardiopulmonaire revalidatie** **Sensoriële revalidatie** Revalidatie naar aanleiding van ontwikkelingsproblematiek	Psychosociale revalidatie Palliatieve zorg[6]

6 *Palliatieve zorg: "palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual."* (WHO, 2018e).

2.3 Gebruikers van het BelRAI Revalidatie instrument (experten)

Beroepsbeoefenaars die revalidatiedienstverlening aanbieden in de niet-acute revalidatiefase bij volwassenen kunnen werken met het BelRAI Revalidatie instrument, ongeacht de bevoegdheid (internationaal perspectief). Rekening houdend de revalidatiedienstverlening in België en de Vlaamse bevoegdheid kan er wel een onderscheid worden gemaakt tussen gebruikers nu en in de toekomst (zie Tabel 3).

Tabel 3 Gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument in de praktijk door experten

Gebruik van BelRAI Revalidatie	Niet rechtstreeks betrokken bij het onderzoek, maar wel potentiële gebruikers op middellange termijn	Potentiële gebruikers op lange termijn
RIZIV overeenkomst waarvan het RIZIV-identificatienummer begint met 771, 776.5, 953, 965 of 969. **Meer specifiek:**	Alle instellingen onder niet-Vlaamse bevoegdheid waaronder (niet limitatief): federaal gefinancierde revalidatieziekenhuizen/centra, revalidatie aan huis …	RIZIV conventies met betrekking tot de GGZ: 772, 773, 774.0, 774.5, 776.7, GAUZZ[7]
7.71 centra voor motorische revalidatie en Vlaamse revalidatieziekenhuizen	Revalidatieafdelingen in algemene ziekenhuizen, soms ook revalidatiecentrum genoemd.	Eenheden voor respijtzorg (7.76.6)
7.76.5 Revalidatie kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen (18 jaar en ouder)	Ambulante revalidatie al dan niet verbonden aan een algemeen ziekenhuis, niet onder Vlaamse bevoegdheid	Alle instellingen die gebruik maken van de BelRAI software zoals ouderenzorg, thuiszorg, …
9.53-9.65 Centra voor Ambulante Revalidatie	Alle andere afdelingen in de UZ	
9.69 Revalidatie visuele stoornissen (low vison centra in de UZ)	Andere niet-Vlaamse revalidatie zorgaanbieders	

7 GAUZZ: Centrum voor Gedragsstoornissen bij Autisme en Zware Zorgbehoevendheid

2.4 Criteria voor dit onderzoek: experten

De betrokkene experten en cliënten zijn actief bij de zogenaamde 'fysische' en sensoriële revalidatie die onder de Vlaamse bevoegdheid vallen (doelgroep op basis van bevoegdheden Tabel 4).

Tabel 4 Inclusie - en exclusiecriteria (**15-65 jaar**) voor beroepsbeoefenaars van dit onderzoek op basis van de Vlaamse bevoegdheid, zonder rekening te houden met de cliëntenpopulatie

Inclusie	**Exclusie**
RIZIV overeenkomst waarvan het RIZIV-identificatienummer begint met 771, 776.5, 953, 965 of 969. ***Dit is meer specifiek***	Alle instellingen onder niet -Vlaamse bevoegdheid waaronder (niet limitatief) federaal gefinancierde revalidatiecentra al dan niet in een algemeen ziekenhuis, thuiszorg, revalidatie aan huis, …
7.71 centra voor motorische revalidatie en Vlaamse revalidatieziekenhuizen (locomotorische en neurologische revalidatie)	Revalidatieafdelingen in algemene ziekenhuizen, soms ook revalidatiecentra genoemd.
7.76.5 Revalidatie kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen	RIZIV conventies met betrekking tot de GGZ: *772, 773, 774.0, 774.5, 776.7, GAUZZ*[8] Hersteloorden Eenheden voor respijtzorg (7.76.6)
9.53-9.65 Centra voor Ambulante Revalidatie	Ambulante revalidatie verbonden aan een algemeen ziekenhuis
9.69 Revalidatie visuele stoornissen (low vison centra in de UZ)	Alle andere afdelingen in de UZ's
	Andere niet-Vlaamse zorgaanbieders

Concreet zijn dit Vlaamse revalidatieziekenhuizen, Revalidatiecentrum NAH Turnhout , Pulderbos - Revalidatiecentrum voor Kinderen en Jongeren (15-21 jaar), de CAR en de centra visuele revalidatie (voor zover zij dienstverlening aan de cliëntendoelgroep verschaffen (zie ook Tabel 5).

Experten actief in de acute revalidatie hebben ook deelgenomen aan het onderzoek. In de focusgroepen (zie ook verder) werd op vraag van de opdrachtgever voorkeur gegeven aan de Vlaamse revalidatiesector.

8 GAUZZ Centrum voor Gedragsstoornissen bij Autisme en Zware Zorgbehoevendheid

Tabel 5 Inclusie- en exclusiecriteria Vlaamse revalidatiesector (**15-65 jaar**)

Inclusie	**Exclusie**
Revalidatiecentrum NAH	Andere Nederlandse niet-Vlaamse voorzieningen
Pulderbos - Revalidatiecentrum voor Kinderen en Jongeren [9]	
Universitaire en niet-universitaire CAR's	
4 low vision centra: UZA, UZ Gent, UZ Leuven en de Markgrave	
7 Revalidatieziekenhuizen: RevArte, Inkendaal, BZIO, KEI, Nationaal MS Centrum Melsbroek, Revalidatie & MS Centrum Overpelt, Provinciaal Zorgcentrum Lemberge	De Dennen (SP-bedden psychogeriatrie)

3 Fase 3: focusgroepen met cliënten en professionals in de revalidatie om de inhoud van de BelRAI te bepalen

3.1 Organisatie focusgroepen

Voor de focusgroepen met cliënten en focusgroepen met experten is een leidraad uitgewerkt (zie 'Bijlage 8: Leiddraad focusgroepen aan cliënten' en 'Bijlage 10: Leiddraad focusgroepen aan experten'). Aan beide groepen werden dezelfde vragen gesteld, enkel de formulering is aangepast om ze meer begrijpelijk te maken voor cliënten. Aan de experten werd één vraag extra gesteld betreffende de ICF en ICF core sets. Deze leidraad werd beschouwd als een dynamisch gegeven en werd aangepast naargelang het verloop van de focusgroepen of het interview.

Om de leidraad voor de focusgroepen te testen werd een pilot focusgroep met collega-wetenschappers met kennis over revalidatie en/of de ICF aan de UGent georganiseerd.

Er werden drie focusgroepen met cliënten (augustus 2017) en drie focusgroepen met professionals (september 2017) op verschillende locaties in Vlaanderen voorzien. Op vraag van de sector werden - na de informatiesessie - vier extra focusgroepen met cliënten georganiseerd in de maand oktober (2017).

Er werden vier types van informatiemappen voorzien om het onderzoek te duiden voor betrokkenen en de rekrutering te ondersteunen:

- Ter attentie van experten werkzaam in de Vlaamse Revalidatiesector;
- Ter attentie van experten werkzaam in de Nederlandstalige niet-Vlaamse Revalidatiesector;
- Ter attentie van potentiële cliënten deelnemers (zomer 2017);
- Ter attentie van potentiële cliënten deelnemers (oktober 2017).

Betrokkenen konden hun deelname bevestigen via een informatie- en bevestigingsfiche (via de website of papieren versie). Zij namen deel op vrijwillige basis. Voor het vervoer van cliënten werd er een onkostenvergoeding voorzien.

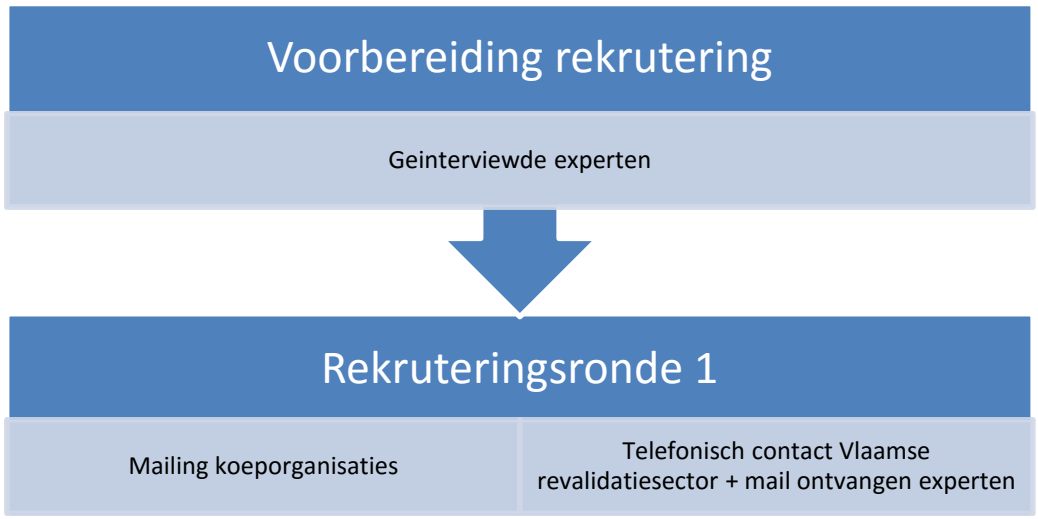
9 De doelgroep van Pulderbos - Revalidatiecentrum voor Kinderen en Jongeren is 0-21 jaar.

De focusgroepen werden geleid door een moderator en ondersteund door een collega-onderzoeker. Partners of mantelzorgers zijn niet toegelaten bij de focusgroep. Elke focusgroep start met een korte introductie over de studie en met het ondertekenen van een informed consent. Er werd gevraagd om een demografische fiche in te vullen. Voor personen met een gehoorprobleem en/of visuele problematiek werden de volgende ondersteunende maatregelen getroffen (zie ook verder):

- Een focusgroep met enkel cliënten met gehoorproblemen;
- De aanwezigheid van beroepsbeoefenaars om de communicatie te ondersteunen;
- Een presentatie afgedrukt per dia;
- Een informed consent ook beschikbaar in Braille;
- een ingelezen informatiebrochure werd beschikbaar gesteld op de website.

3.2 Rekrutering van experten

De snowball of chain sampling is gestart vanuit de experten met grote kennis en/of invloed in de revalidatiesector (reputational sampling) (M. Patton, 1990; M. Q. Patton, 2015).



Figuur 1 Rekrutering en snowball sampling

Om deel te nemen aan de focusgroepen werden leden van koepelorganisaties uitgenodigd, hetzij via een eigen mailing, hetzij via een mailing in samenwerking met de voorzitter van volgende organisaties:

- Federatie van de CAR.
- Vlaams Welszijnsverbond
- ZnI (Zorgnet-Icuro)

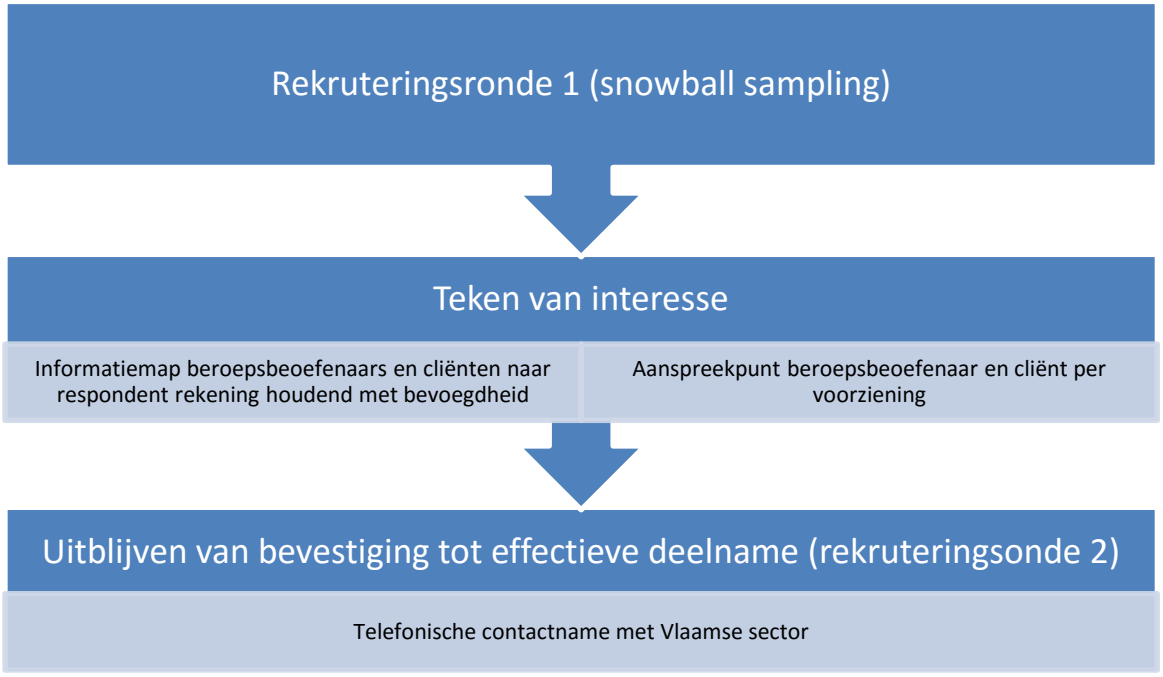
Aan elke (Vlaamse) revalidatievoorziening (zie ook bijlage 2) werd uitdrukkelijk gevraagd om contact-informatie van collega-beroepsbeoefenaars te bezorgen aan de onderzoekers en de vraag tot deelname door te sturen naar potentieel geïnteresseerden in de eigen organisatie.

3.3 Rekrutering: via snowball sampling

Na een eerste fase van rekruteren (rekruteringsronde 1, Figuur 2) bleek de opkomst eerder beperkt..

Vervolgens zijn de Vlaamse revalidatievoorzieningen telefonisch gecontacteerd (al dan niet parallel aan de mailing) voor zover de zorgaanbieders volwassenen revalideren (15-65 jaar) (zie hiervoor 'Bijlage 2: Revalidatiedienstverleningssector die onder de Vlaamse bevoegdheid vallen')
Experten die behoren tot de Vlaamse revalidatiesector ontvingen zowel een uitnodiging tot persoonlijke deelname, als de vraag om cliënten te rekruteren (zie 3.2). Er werden geen medische dossiers opgevraagd.

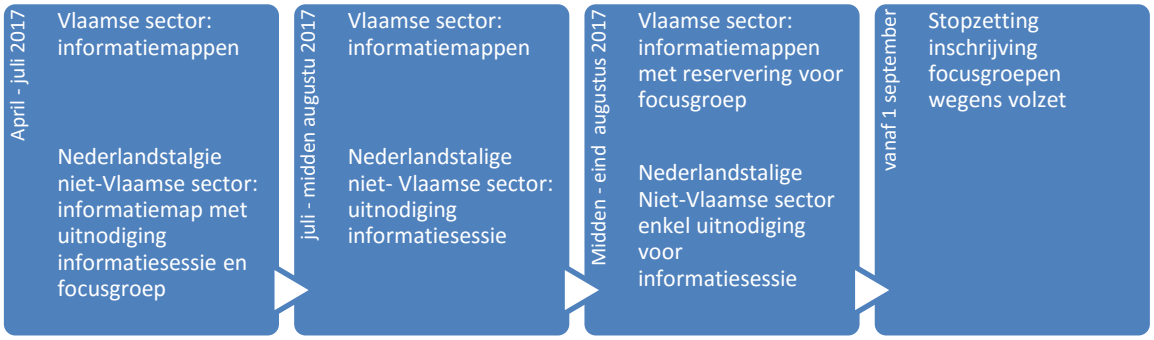
Op deze manier werd getracht zo breed mogelijk te rekruteren om alle experten in de sector te kunnen bereiken.



Figuur 2 Rekrutering van betrokkenen

In elk Vlaams revalidatiecentrum is na telefonisch contact een contactpersoon bereidwillig gevonden om de informatiemappen (expert en cliënten) verder via interne kanalen te verspreiden. Op vraag werden papieren versie(s) via de post verstuurd.

Experten (via de snowball sampling of positief telefonisch contact) werden via email persoonlijk aangeschreven. Aangezien sommigen van hen in Nederlandstalige niet-Vlaamse revalidatie actief waren, werd benadrukt dat het onderzoek als kerndoelgroep de Vlaamse revalidatiesector heeft. Inhoudelijk is er echter geen bezwaar om experten buiten de Vlaamse revalidatiesector input te laten geven aan de ontwikkeling van het BelRAI Revalidatie instrument, aangezien deze experten ook over de nodige kennis en ervaring over revalidatie beschikten.



Figuur 3 Experten: rekrutering en informering

3.4 Rekrutering van cliënten

Ook cliënten hadden de mogelijkheid om te verwijzen naar andere cliënten (snowball sampling). Via twee cliënten is er vanuit het netwerk Amptraide (patiëntenvereniging) en vanuit een vriendenkring van ex-revalidanten gerekruteerd (Amptraide, 2017).

Omdat de sector heel wat vragen had over het onderzoek en om mogelijke onrust in de sector te voorkomen werd er beslist een informatiesessie te organiseren (zie 3.6). Sommige experten wachtten deze informatiesessie af vooraleer zich te engageren voor rekrutering van cliënten/experten of om deel te nemen aan een focusgroep. Na telefonisch contact bleek dat vooral onwetendheid over BelRAI Suite een rol speelde. Na de informatiesessie maakte de rekrutering dan ook een doorstart. Uit de analyses (zie verder) kwam naar voren dat het engagement en motivatie *na de informatiesessie* in de sector groot is.



Figuur 4 Rekrutering cliënten

Cliënten verplaatsen zich doorheen de revalidatiesector, waardoor zij niet alleen in contact komen met de Vlaamse revalidatiesector. Daarom zijn er ook cliënten gerekruteerd uit de Nederlandstalige niet-Vlaamse revalidatiesector.

De rekrutering van cliënten kwam initieel moeilijk op gang. Bij navraag bleken niet alleen de vakantieperiode maar ook de noden van cliënten voor een moeilijkere rekrutering te zorgen. Het functioneringsniveau dat een cliënt moet hebben om te kunnen deelnemen aan een focusgroep is vrij hoog. De cliënt mag nog geen 65 jaar zijn en moet over een zekere mobiliteit beschikken. Daarbij is de populatie van volwassenen die in de CAR revalideren vrij klein. Deze populatie wordt op haar beurt nog verkleind door de inclusiecriteria.

De Vlaamse revalidatiesector is ook ingegaan op de uitnodiging om mee te denken hoe het onderzoek toegankelijk kon gemaakt worden voor hun doelgroep (personen met gehoorproblemen, visusproblemen, mobiliteitsproblemen…). Er werd gekozen om de informed consent (IC) beschikbaar te stellen in braille. De informatiebrochure werd ingesproken (audiobestand) en op de website beschikbaar gesteld. De informatiebrochure werd ook via Cd-Rom beschikbaar (beluisterbaar op Daisy toestel) gesteld. Er werd gestreefd naar een maximale heterogeniteit wat betreft doelgroep, discipline en leeftijd (zie ook 'Responsgraad juni 2017-december 2017).

In de literatuur wordt aanbevolen om 10% tot 25% meer te rekruteren dan nodig is (Rabiee, 2004). Voor elke focusgroep werd er een minimum van vijf tot maximum negen aanwezigen (zie ook verder) voorzien. Dit betekent dat er 15-27 cliënten en 15-27 experten werden gezocht.

3.5 Focusgroepen cliënten (augustus 2017 en oktober 2017)

Elke focusgroep duurde circa twee uur, met uitzondering van deze met cliënten met een gehoorprobleem (één uur).

Tabel 6 Overzicht van de focusgroepen met cliënten (focusgroep 4-7 zijn deze met experten)

	Datum	Moderator	Ondersteund door	Aantal aanwezigen
Focusgroep 1	21-08-2017	Jasmine Van Regenmortel	Prof. dr. Dominique Van de Velde (UGent)	5
Focusgroep 2	23-08-207	Jasmine Van Regenmortel	Prof. dr. Anja Declercq (LUCAS, KU Leuven).	9
Focusgroep 3	05-09-2017	Jasmine Van Regenmortel	Marieke Coussens Prof. dr. Dominique Van de Velde (UGent)	10
Focusgroep 8	02-10-2017	Jasmine Van Regenmortel	Geen teamondersteuning Aanwezigheid 2 beroepsbeoefenaars en 1 stagiaire	3
Focusgroep 9	18-10-2017	Jasmine Van Regenmortel	Geen teamondersteuning	7
Focusgroep 10	19-10-2017	Jasmine Van Regenmortel	Geen teamondersteuning	8
Focusgroep 11	30-10-2017	Jasmine Van Regenmortel	Geen teamondersteuning	5

3.6 Informatiesessie experten (september 2017)

Naar aanleiding van vragen uit de sector kregen de experten een informatiesessie met een presentatie over het onderzoek (gegeven door het onderzoeksteam) en het beleidskader van de Vlaamse Sociale Bescherming (gegeven door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid). Het doel van deze sessie was het verstrekken van correcte informatie en het verduidelijken van het onderzoek om de vragen en onrust die aanwezig bleken te zijn tijdens de rekrutering, te ontmijnen.
Voor de inschrijving voor een focusgroep werd er ten sterkste aangeraden om de informatiesessie te volgen.

3.7 Focusgroep experten (september 2017)

De focusgroepen gingen door op drie verschillende locaties namelijk Gent, Leuven en Brussel.

Er werd bewust gekozen voor multidisciplinaire focusgroepen met experten. Wel werd getracht om artsen en paramedici uit eenzelfde zorgaanbieder aan verschillende focusgroepen te laten deelnemen om te voorkomen dat onderliggende, niet-uitgesproken hiërarchische structuren zouden meespelen in consensusbeslissingen.

De doelstelling was om per organisatie minstens één expert te mogen ontvangen die als vertegenwoordiger van zijn team fungeerde. Hierbij was kennis over het eigen teamgebeuren en over de expertise van collega's in het team een voorwaarde. De onderzoekers streefden naar vertegenwoordiging van alle individuele disciplines in de revalidatiesector.

Voor de eerste focusgroep van experten waren er te veel geïnteresseerden (24 inschrijvingen). Daardoor splitsten de onderzoekers de groep in twee (respectievelijk focusgroep 4 en 5). Vijf experten hebben zich laattijdig aangemeld voor de focusgroepen en zijn op een wachtlijst geplaatst. Eén expert uit een organisatie onder federale bevoegdheid is omwille van het overaanbod van deelnemers voor deze focusgroep geweigerd. Deze zes experten (5+1) zijn dan ook als eerste uitgenodigd op het feedbackmoment en voor vervolgactiviteiten in het onderzoek.

Tabel 7 Overzicht van de focusgroepen met experten (focusgroepen 1-3 zijn deze met cliënten).

	Datum	Moderator	Ondersteuning
Focusgroep 4	13-09-2017	Jasmine Van Regenmortel	Shauni Van Doren
Focusgroep 5	13-09-2017	Prof. dr. Dominique Van de Velde (UGent)	Tara Vander Mynsbrugghe
Focusgroep 6	21-09-2017	Jasmine Van Regenmortel	Prof. Dr. Anja Declercq (LUCAS, KU Leuven).
Focusgroep 7	22-09-2017	Jasmine Van Regenmortel	Prof. Dr. Dominique Van de Velde (UGent)

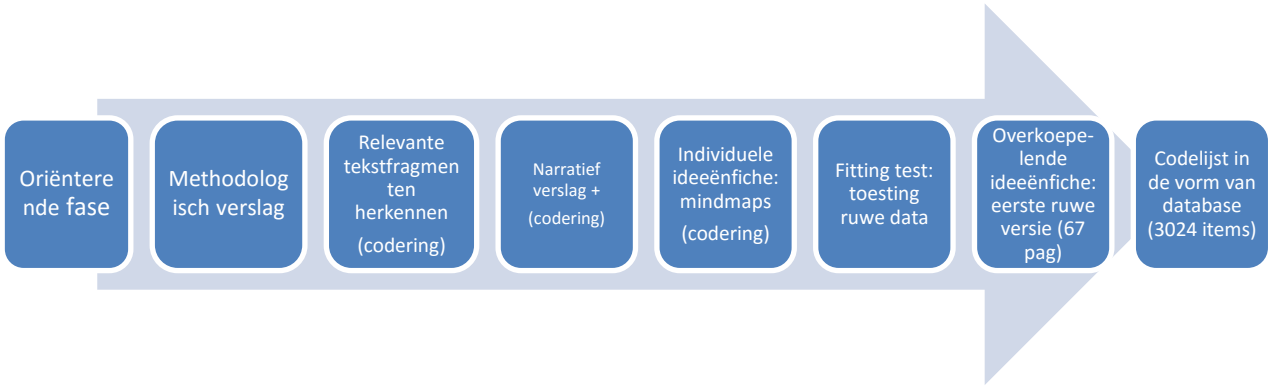
Elke deelnemer van een focusgroep is gevraagd een uitgebreide demografische fiche in (versie cliënten en versie experten, zie bijlage 9) te vullen voor cliënten en voor experten. Experten die enkel werden geïnterviewd, hebben geen demografische fiche ingevuld.

In een latere fase van het onderzoek (bij het indienen van het feedbackformulier in maart 2018) werd men vriendelijk verzocht een aantal persoonlijke demografische gegevens in te vullen. Dit formulier was een ingekorte versie van de demografische fiche. Aan vier nieuwe cliënten die zich hebben aangemeld na de focusgroepen maar die wel hadden aangegeven om feedback te willen geven, is gevraagd om ook

de oorspronkelijke, langere demografische fiche in te vullen. Deze vier cliënten hebben uiteindelijk geen feedback bezorgd aan de onderzoekers.

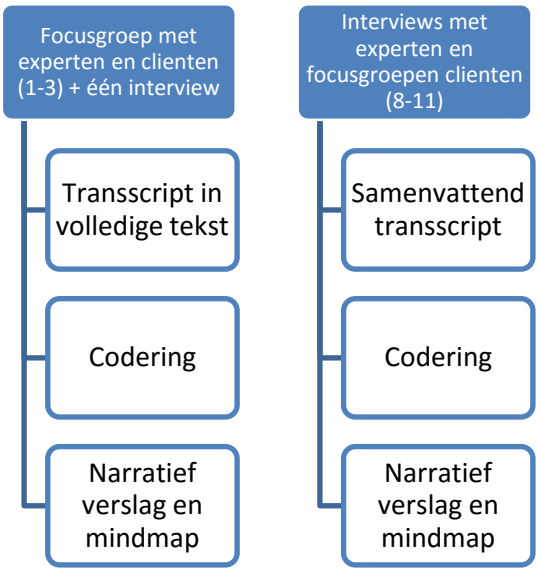
4 Fase 4: data-analyse interviews en focusgroepen

4.1.1 Ruwe versie



Figuur 5 Toegepast stappenplan van data-analyse in dit onderzoek.

De verschillende geluidsopnames werden minstens één keer beluisterd en vervolgens uitgetypt. Het transcript varieerde van een letterlijke weergave van het gesproken woord (focusgroepen experten, focusgroep 1-3 en één interview) tot een samenvattend transcript met kern – en sleutelwoorden (laatste vier focusgroepen en overige interviews). Na afloop van elke focusgroep/interview werd een *methodologisch verslag* opgesteld. Hierin werden kort de betrokken deelnemers anoniem beschreven, de eerste indrukken en bedenkingen genoteerd en er werd ook een ruwe itemlijst uitgewerkt. (Dierckx de Casterle, Gastmans, Bryon, & Denier, 2012; Dierckx de Casterle et al., n.d.; Hulshof, 2007; Morgan et al., 1997).



Figuur 6 Verwerking focusgroepen en interviews

Vervolgens werd de tekst gecodeerd in twee stappen: een open codering waarbij de verschillende relevante items in het transcript werden aangeduid en een axiale codering waarbij de verschillende codes aan elkaar werden gelinkt. De codering gebeurde handmatig. Om de intonatie, non-verbale communicatie of andere niet-talige aspecten (de context) waarin het item werd vernoemd mee te nemen, werden de geluidsfragmenten nog eens extra beluisterd.

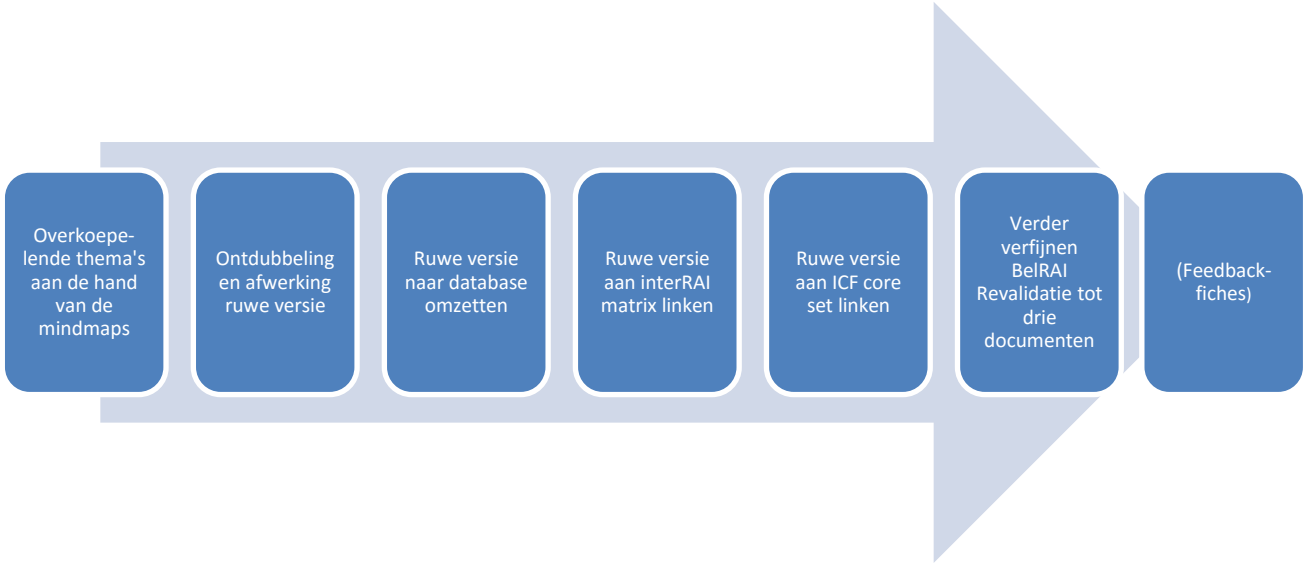
Er werd tevens een *narratief verslag* gemaakt van elke focusgroep en elk interview. Het narratief verslag bevat informatie over aandachtspunten en voorwaarden voor implementatie en eerste ideeën. Bijgevolg verliepen het opstellen van het narratief verslag en de codering in de praktijk parallel naast elkaar.

Deze codes werden continu met elkaar vergeleken en codes die bij elkaar horen werden aan elkaar gelinkt (axiaal coderen). Vervolgens werden deze geplaatst in een mindmap per focusgroep of interview. Deze mindmap is de individuele ideeënfiche van deze focusgroep (Dierckx de Casterle, Gastmans, et al., 2012; Dierckx de Casterle et al., n.d.; Dierckx de Casterle, Truyen, et al., 2012). Over alle mindmaps heen werden gemeenschappelijke thema's bepaald.

Ondanks de rijkdom aan informatie in de interviews en focusgroepen verschilt de diepgang per thema. Veel betrokkenen maakten een opsomming niet af. Een aantal items waren voor hen zo vanzelfsprekend dat ze niet volledig of oppervlakkig aanbod zijn gekomen.

Zo gaven de betrokkenen aan dat het BelRAI Revalidatie instrument administratieve gegevens moet bevatten en items over de zorgbehoefte, de manier van communiceren, mate van zelfstandigheid, al dan niet getrouwd zijn… Naast niet getrouwd zijn - waarmee ze eigenlijk verwijzen naar de burgerlijke stand van een persoon - kan men evenwel ook gescheiden zijn, weduwnaar, samenwonend zijn of alleenstaand. Dit werd niet vermeld. Andere items zijn dan weer uitgebreid en diepgaand aanbod gekomen, zoals de medische diagnoses. Dit alles is verder ontdubbeld en in een algemene structuur gegoten, met als resultaat een ruwe versie van het BelRAI Revalidatie instrument.

4.1.2 Linking icode



Figuur 7 Van ruwe data naar een BelRAI Revalidatie instrument

Vervolgens werd voor elk ruw item een best passende item gezocht in de interRAI matrix die alle bestaande interRAI items bevat. Elk van deze items heeft een unieke iCode die de items herkenbaar

maakt over de verschillende instrumenten heen (zie Tabel 8). Bij het doornemen van deze interRAI matrix werd al snel duidelijk dat zaken die werden genoemd door de respondenten als dusdanig niet terug te vinden waren. Wat bijvoorbeeld uitgebreid werd genoemd tijdens de focusgroepen en de interviews, is de impact van de context waarin de cliënt leeft op zijn dagelijks functioneren. InterRAI heeft daarvoor niet alle items.

Tabel 8 Overzicht van de interRAI instrumenten waaruit items werden gedestilleerd voor de eerste versie van het BelRAI Revalidatie instrument

Instrumenten waaruit items werden gekozen	Instrumenten waaruit geen items werden gekozen
Post Acute Care -Rehab / Post Acute Care	Acute Care
Assisted Livng	Mental Health for Correctional Facillities
Community Health Assessment, inclusief CHA Deaf/Blind Supplement	Mental Health Forensisch supplement
Child and Youth Mental Health en Pediatric Disabilies-Home Care (enkel bij noodzaak gezien dit kinderinstrumenten zijn)	Child and Youth Mental Health supplementen
Home Care	interRAI Self-Report Quality Of Life Survey instrumenten
Long Term Care Facilities	PC-H = palliative care in hospice, een subset van het PC instrument.
Community Rehab Assessment (CRA)	ED (CA)
Family Carer instrument*	Screener instrumenten
Community Mental Health	Contact Assessment (community en emergeny)*
Mental Health	interRAI Adolescent Supplement to the Child and Youth Mental Health, Child and Youth Mental Health screener and Child and Youth Mental Health – Developmental Disabilities
Intellectual Disabilities	CA (Community Intake en Emergency Dept.)
Wellness	
Acute Care – Comprehensive Geriatric Assessment	
Brief Mental Health Screener – General** Brief Mental Health Screener – Police** Community Health Assessment Functional Supplement ** Addiction Supplement to Mental Health and Community Mental Health Instruments (Nederlandse versie)** interRAI Self-Reported Quality of Life Survey for Mental Health and Addictions – Interviewer ** Emergency Screener for Psychiatry**	

** Telefonisch af te nemen screeningsinstrument voor ofwel gebruik op spoeddiensten ofwel in de directe omgeving van de cliënt;*

*** Het kleine aantal items dat uit deze instrumenten initieel werd gehaald, is doorheen de ontwikkeling alsnog verwijderd.*

4.1.3 ICF core rehabilitation en ICF linking rules

Deze lijst van items die zo werd gecreëerd is in een volgende stap aan de ICF core set rehabilitation gelinkt. Hierbij werd gebruik gemaakt van de onderzoeksresultaten uit een eerder Europees onderzoek door Prodinger en Declercq (Prodinger et al., 2015). Prodinger en Declercq maakten op hun beurt gebruik van de linking rules.

Tabel 9 De tien ICF linking rules met voorbeelden (Alarcos Cieza, Fayed, Bickenbach, & Prodinger, 2016, pp. 4–5)

	Rule	Examples	
1	Acquire good knowledge of the conceptual and taxonomical fundamentals of the ICF, as well as of the chapters, domains and categories of the detailed classification, including definitions before starting to link meaningful concepts to the ICF categories		
2	Identify the purpose of the information to be linked by answering the question *What is this piece of information about?* or *What is this item about?* The answer to these questions will help to identify the main concept(s) most relevant to be linked to the ICF	"Able to see well enough to read ordinary newsprint and recognize a friend on the other side of the street, without glasses or contact lenses." (Health Utility Index III (HUI-3), Vision Item 1)	*Main concept*: seeing *Additional concepts:* reading, recognize a friend on the other side of the street, glasses or contact lenses
3	Identify any additional concepts contained in the piece of information in addition to the main concept(s) already identified in the previous step		
4	Identify and document the perspective taken on within a certain piece of information when linking it to the ICF	"How satisfied are you with your sleep?" (WHOQoL-BREF, Item F3.3)	*Perspective:* Appraisal
	Take into consideration the most frequently used perspectives when collecting health or health-related information as listed in Table 2	"What was your level of need for help with not sleeping?" (Supportive Care Needs Survey, Item 3)	*Perspective:* Needs or dependency
5	Identify and document the categorization of the response options	"During the past month could you easily comb or brush your hair?"	*Categorization of response option:* Frequency
	Take into consideration the most frequently used approaches as listed in Table 3 Note: this rule applies only to instruments, questionnaires, assessments or tests that contain response options	Response options: All days, most days, some days, few days, no days (Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2), Item 18)	
6	Link all meaningful concepts, the most relevant and additional ones, to the most precise ICF category	"Play cards and other games." (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory, Item C4)	*Main concept*: Play cards and other games *Most precise ICF category*: d9200 Play
7	Use "other specified [8]" or "unspecified [9]" ICF categories as appropriate	"Are you dependent on other persons in order to get out of or into your home?" (Nordic Mobility-related Participation Outcome Evaluation of Assistive Device Intervention (NOMO), Item 2a)	*Main concept*: get out of or into your home *Most precise ICF category:* d4608 Moving around in different locations, other specified – get out of or into home
	At the end of the chapter, and at the end of each embedded set of third- or fourth-level ICF categories, there are categories with the final code number 8 for "other specified" and 9 for "unspecified" "8" is to be used when the concept is not contained within any of the other specific categories at the respective level of a chapter. The additional information is documented after the ICF code "9" is used when the concept to be linked fits within a given chapter but there is not sufficient information at hand to assign it to a specific ICF category	"Does it every happen to you, that people invite you to a party or a dinner?" (Social Support List of Interactions (SSL-12-I), Item 1)	*Meaningful concept:* being invited to a party or dinner by people *Most precise ICF category:* d799 Interpersonal interactions and relationships, unspecified – being invited to dinner or party
8	If the information provided by the meaningful concept is not sufficient for making a decision about the most precise ICF category, assign the concept to nd (not definable)	"I have unpleasant side effects from my medication." (St. George's Hospital Respiratory Questionnaire Section 5)	*Main concept:* side effects *Most precise ICF category:* nd
	Concepts referring to health in general, physical health or mental (emotional) health in general, are assigned nd-gh, nd-ph or nd-mh (not definable-general health, not definable-physical health, not definable-mental health), respectively, as well as to disability in general (nd-dis), functioning (nd-func), or a child's development (nd-dev)	"In general, would you say your health is . . .?" (SF-36, Item 1)	*Main concept:* health *Most precise ICF category:* nd-gh
9	If the meaningful concept is not contained in the ICF, but is clearly a personal factor as defined in the ICF, assign the meaningful concept to pf (personal factors)	". . . Your faith in God?" (Quality of Life Index – cardiac version IV, Item 29)	*Main concept:* faith in God *Most precise ICF category:* pf
10	If the meaningful concept is not contained in the ICF, assign this meaningful concept to nc (not covered) *Further specifications*: Meaningful concepts referring to a diagnosis or health condition are assigned to nc-hc (not covered-health condition). Meaningful concepts referring to quality of life or life in general are assigned nc-qol (not covered-quality of life).	". . . attempts at suicides." (Hamilton Rating Scale for Depression, Item 3) "Has the patient had a myocardial infarction? (MI)" (Charlson Comorbidity Index, Item 1) "How would you rate your quality of life?" (WHOQoL-BREF, Item 1)	*Main concept:* attempts at suicides *Most precise ICF category:* nc *Main concept:* myocardial infarction *Most precise ICF category:* nc-hc *Main concept:* quality of life *Most precise ICF category:* nc-qol

Tabel 10 Toelichting en voorbeelden van hoe het perspectief dient te worden meegenomen bij het linken van items aan de ICF (Alarcos Cieza et al., 2016, p. 6)

Table 2. Perspectives adopted in health information with examples.

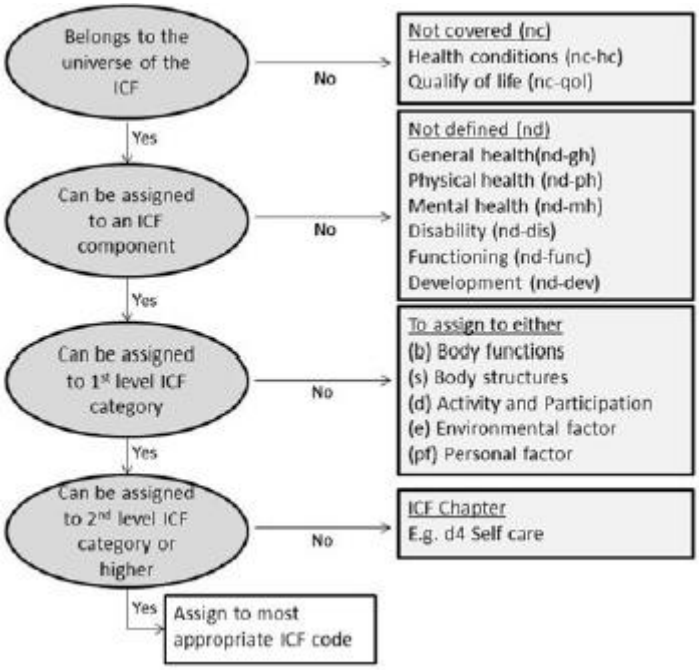
Descriptive perspective		
Describes a person's functions of the body, ability to perform or actual performance of certain activities or tasks, or their interaction with the environment		How difficult is it for you to turn the pages of the newspaper? (Score for assessment and quantification of chronic rheumatic affections of the hands (SACRAH), Item 14)
Performance	Describes what an individual does in his/her given environment. It includes all aspects of the environment (physical, social, attitudinal) and can be also referred to the person's lived experience	"I need help to walk about outside e.g. a walking aid or someone to support me." (Nottingham Health Profile (NHP), Item 35)
Capacity	Describes an individual's ability to execute a task or an action and represents the highest probable level of a person in a given moment. A "standardized" environment (the same for all persons in all countries) is taken as the frame of reference	Can you walk 500 meters on a flat terrain without a stick or other walking aid or assistance? (European Health Interview Survey (EHIS), Item PL6)
Appraisal		
Appraisal refers to the extent to which a person's expectations have been satisfied In the past two weeks, how much have you been bothered by having to depend on others to do things for you?(Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29), Item 12)		How satisfied are you with your sleep? (WHOQoL-BREF, Item F3.3)
Need or dependency		
The kind and levels of needs an individual requires as a consequence of the problem or difficulty. It includes the extent of a person's dependence on any environmental factor		What was your level of need for help with not sleeping well? (Supportive Care Needs Survey, Item 3) Feeding (cutting, opening containers, pouring, bringing food to mouth, holding cup with fluid) Needs parenteral, gastronomy or fully assisted oral feeding Needs partial assistance for eating and/or drinking, or for wearing adaptive devices Eats independently, needs adaptive devices or assistance only for cutting food and/or pouring and/or opening containers Eats and drinks independently; does not acquire assistance or adaptive devices (Spinal Cord Injury Independence Measure (SCIM), Item 1)

Tabel 11 Toelichting over hoe de antwoordmogelijkheden van een instrument gelinkt worden (ICF linking rules) (Alarcos Cieza et al., 2016, p. 6).

Intensity	Think about how you go places, using any help or means of transportation available. How much are you currently limited in getting around? *Response options:* Not at all – a little – some – quite a lot – completely (Participation Measure for Post-Acute Care (PM-PAC), Item 1)
Frequency	In the last 3 months how often have you undertaken Preparing main meals? *Response options:* never – less than once a week – 1–2 times per week – most days (Frenchay Activity Index (FAI), Item 1)
Duration	Speak with your neighbours *Response option:* How long? (Participation Objective, Participation Subjective (POPS), Item 15)
Confirmation or agreement	I'm waking up in the early hours of the morning. *Response options:* Yes – No (Nottingham Health Profile (NHP), Item 13)
Qualitative attributes	What does your pain feel like? *Response options:* 1: flickering, quivering, pulsing, throbbing, beating 2: jumping, flashing, shooting 3: pricking, boring, drilling, stabbing, lancinating, . . . 20: nagging, nauseating, agonizing, dreadful, torturing (McGill-Melzack Pain Questionnaire, Item 2)

Voor linking rule 10 werd een 'linking descision tree' ontwikkeld om eerst na te gaan of een thema behoort tot de ICF. Voor de toepassing van de linking rules in een onderzoeksproject wordt door ICF ten sterkste aanbevolen om minstens twee onderzoekers die ICF en de ICF linking rules kennen, onafhankelijk van elkaar de linking te laten doen. In een volgende stap dient voor de thema's waar de twee onderzoekers geen consensus over vinden, minstens één derde onderzoeker te worden geraadpleegd.

De reden waarvoor er uiteindelijk voor die specifieke code wordt gekozen, dient duidelijk te zijn neergeschreven via een onderzoeksdagboek. Hierdoor wordt consistentie in besluitvorming gegarandeerd. Bij een thema zoals 'button shirt of blouse' kan er bijvoorbeeld gekozen worden voor d4402 of d5400 naargelang de focus op fijne motoriek of zelfzorg wordt gelegd door het onderzoeksteam. Wordt de keuze gelegd op bijvoorbeeld zelfzorg, dan dient deze consistent te worden gevolgd doorheen het hele project. De elektronische versie (online ICF browser) van het rode boek (ICF boek van 2001) wordt als leidraad voor de linking gebruikt. De online ICF browser is het meest up to date en er zijn al aanpassingen gebeurd sinds 2001 (Alarcos Cieza et al., 2016).



Figuur 8 Beslissingsboom bij de ICF linking(Alarcos Cieza et al., 2016, p. 7)

In het onderzoek van Prodinger en collega's (2015) zijn de interRAI LTCF, interRAI HC en interRAI CMH en de ICF Core set Rehabilitation gebruikt (zie ook Bijlage 1). Twee onderzoekers (één expert in ICF en één in de interRAI Suite) hebben de linking rules toegepast om de interRAI instrumenten met succes aan de ICF core set Rehabilitation te linken (Prodinger et al., 2015).

Het resultaat van de linking door Prodinger en Declercq is in team besproken en bediscussieerd geweest tot consensus werd bereikt. Dit team bestond uit ICF-experten, interRAI experten en experten in beide.

Voor zes ICF categorieën zijn er geen interRAI items (in de drie instrumenten) geïdentificeerd:

1. b710 mobility of joint functions (mobiliteit van gewrichten)
2. b730 muscle power functions (spiersterkte)

3. d240 handling stress and other psychological demands (omgaan met stress en andere mentale eisen),
4. d415 maintaining a body position (handhaven van lichaamshouding),
5. d660 assisting others (assisteren van andere personen) en
   d770 intimate relationships (intieme relaties).

Zestien ICF codes kwamen met één interRAI item overeen en vier ICF codes kwamen met twee interRAI items overeen. Vervolgens kwamen ICF code d710 met drie interRAI items overeen, ICF code b152 met vier interRAI items en ICF code b280 met vijf interRAI items. Eén interRAI item kwam met twaalf ICF codes overeen. Eén interRAI item dat enkel terugkwam in twee interRAI instrumenten kwam met acht ICF codes overeen. Eén interRAI item dat maar in één instrument terugkwam, komt overeen met vier ICF codes. Het interRAI item 'locomotion/walking' komt overeen met de categorie die codes d450-d469 omvatte. Tot slot kwam het interRAI item 'Balance' overeen met de ICF categorie die codes d410-d429 herbergen (Prodinger et al., 2015).

4.1.4 Verfijning

Vervolgens is deze database opnieuw verfijnd door de thema's nog eens te checken met de onderzoeksvraag, het doel en de doelgroep van het onderzoek. In deze fase werden thema's verwijderd die te veel specifieke medische informatie bevatten (informatie voor het medisch dossier) of die zich richtten op een doelgroep die geëxcludeerd is (kinderen, ouderen, de geestelijke gezondheidszorg of de acute revalidatie). Daarnaast werd gekeken of de informatie op een andere manier (verslaggeving, medisch dossier, eHealth...) gemakkelijk kan teruggevonden worden (database van 3096 regels).

De uiteindelijke lijst werd omgezet naar een formulier bestaande uit vragen en antwoordmogelijkheden, zoals in elk BelRAI instrument. Items die al in het Vlaams-Nederlands waren vertaald, werden uiteraard zo opgenomen. Nog niet vertaalde items werden in eerste instantie in het Engels opgenomen. Dit leidde tot een document van niet minder dan 247 pagina's.

5 Fase 5: feedbackmoment met de experten

Zowel voor de experten als voor de cliënten werd de mogelijkheid voorzien om feedback te geven op het ontwikkelde instrument. Experten die na een focusgroep aangegeven hadden dat ze bereid waren feedback te geven, zijn uitgenodigd op een feedbackmoment. De mailinglijst van experten is doorheen het onderzoek continu aangevuld. Daarnaast zijn Sig vzw en de Neuro-Interessegroep (NIG) aangeschreven om leden-experten uit te nodigen voor het feedbackmoment.

Het feedbackmoment was enkel bedoeld voor experten. Het bestond uit verschillende onderdelen. In het eerste gedeelte werd de informatiesessie hernomen voor personen die de eerste keer niet aanwezig konden zijn. Vervolgens werden vragen en onduidelijkheden die meermaals aanbod zijn gekomen tijdens het onderzoek in groep beantwoord. Het derde en laatste gedeelte bestond uit het voorstellen van de versie van 247 pagina's (28 secties) in de vorm van een PowerPointpresentatie. Bij elk onderdeel was er ruimte voor vragen en bedenkingen. De aanwezige experten gaven aan het belangrijk te vinden dat het BelRAI Revalidatie instrument een werkbaar instrument zou worden. De werkbaarheid komt ook meermaals aanbod in de feedbackfiches (zie ook verder).

6 Fase 6: analyse na het feedbackmoment

Het formulier was duidelijk te uitgebreid. Er werd opnieuw een review van het formulier uitgevoerd en items werden geschrapt die niet echt essentieel zijn voor de zorgplanning. De selectie gebeurde op basis van het klinisch oordeel en de ervaring met de revalidatie van de eerste onderzoeker, rekening houdend met de inhoud en input vanuit de focusgroepen. Ook de vragen en antwoorden werden opnieuw gecheckt met de ruwe versie.

Dit leidde tot een versie van 159 pagina's. Het onderzoeksteam besliste om items/thema's die niet exclusief het functioneren van een persoon weergeven of die niet toegelaten zijn door de Privacycommissie[10] ook nog te verwijderen (106 pagina's). Hier gebeurde de selectie tijdens een consensusvergadering op basis van expertise en ervaringen uit andere BelRAI projecten en van kennis over het EPD en gelijkaardige medische dossiers.

Ook werden alle items uit de zelf-evaluatie instrument (QoL) en vragen die door de cliënt persoonlijk dienen te worden beantwoord verwijderd en apart verzameld voor eventueel vervolgonderzoek. Dit met uitzondering van twee core-elementen (zelf gerapporteerde gezondheid en zelf gerapporteerde stemming). Het BelRAI Revalidatie instrument dat nu wordt ontwikkeld, wordt ingevuld op basis van het klinisch oordeel van de beroepsbeoefenaar op basis van observatie, zijn/haar dossier, gesprekken met de cliënt, gesprekken met het netwerk,…(conform interRAI).

10 Items rond de taal en religie van de persoon mogen niet van de Privacy commissie en zijn bijgevolg verwijderd.

Vervolgens gebeurde een afstemming met BelRAI 2.0[11]. en werd opnieuw de 'core set rehabilitation' gecheckt[12]. Nieuwe thema's werden gedefinieerd (zover kon) aan de hand van de ICF of het zakwoordenboek neuropsychologische symptomatologie (Lafosse, 2009). De overige nieuwe items dienen te worden ontwikkeld in vervolgonderzoek. Het resultaat is een BelRAI Revalidatie formulier, uitgewerkt in drie documenten. De '*BelRAI Revalidatie: essentiële items'* bevat de items die door het onderzoeksteam op basis van de focusgroepen, interviews, core items (interRAI Suite) en core set rehabilitation (ICF) zonder twijfel als noodzakelijk worden gezien voor alle cliënten (35 pagina's). Reeds bij aanvang van het onderzoek werd de verscheidenheid aan doelgroepen in de revalidatie duidelijk. Experten spraken ook snel over een getrapt systeem voor het BelRAI Revalidatie instrument. Tijdens de feedbackmoment werd het idee om in modules en 'deuren' te werken dan ook warm onthaald[13]. .De modules geven de mogelijkheid extra items in te vullen voor subgroepen en subdomeinen in de revalidatiesector. Deze zijn terug te vinden in het document de 'BelRAI Revalidatie: modules' (15 pagina's). Omdat het team twijfelde over de definitieve verwijdering van een groot aantal items werd een derde document opgesteld: '*BelRAI Revalidatie: optionele items'*. Dit document bevat de items die bij voorkeur verwijderd worden uit het BelRAI Revalidatie instrument in kader van werkbaarheid (45 pagina's). De onderzoekers wilden dit evenwel niet doen zonder de sector te raadplegen.

Het feedbackmoment verwijst naar de bijeenkomst met experten waar het BelRAI Revalidatie instrument is voorgesteld. Feedback geven kon in dit onderzoek vooral via de feedbackfiches. De drie delen, met bijhorende leidraad, de presentatie en het verslag van het feedbackmoment werden via de SWVG-website ter beschikking gesteld aan de experten. De feedbackfiche is een webformulier dat voor de gehele sector (cliënten en experten) gedurende beperkte tijd (twee weken) beschikbaar is gesteld via een website. Op vraag van de sector werd de periode via een reminder verlengd tot voor de paasvakantie (30 maart). Feedback is voornamelijk verzameld via de feedbackfiches en in mindere mate op het feedbackmoment (mondeling).

Een aantal experten werd op hun vraag (ook) via de post op de hoogte gehouden van het onderzoek. Zij hebben eerst een uitnodiging via post ontvangen met daarbij het document 'vertrouwelijk' en een antwoordformulier met de vraag of men alsnog via de post of via de website wenste deel te nemen. Niemand heeft via de post gereageerd.

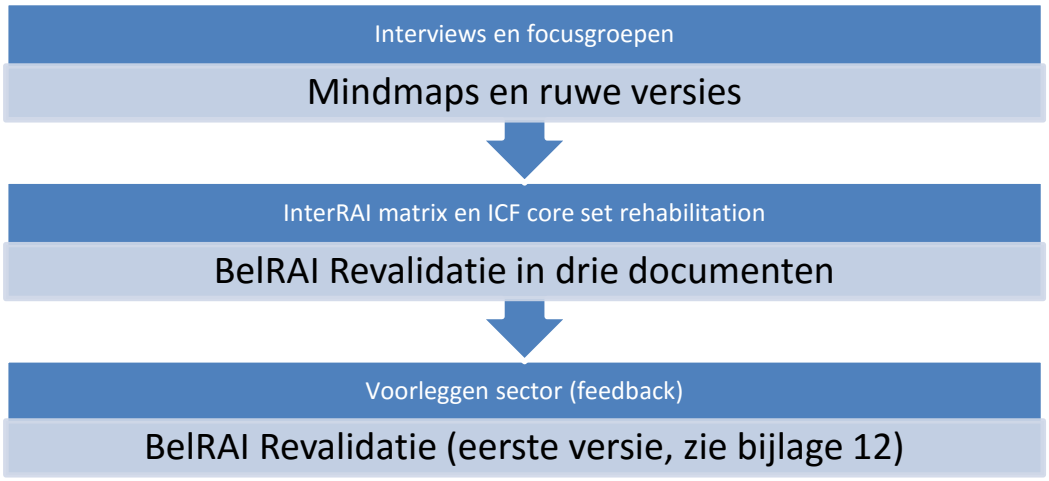
11 BelRAI 2.0 is de nieuwe software die door de overheid ter beschikking wordt gesteld vanaf mei 2018. Voor de ontwikkeling van deze software werden de vertalingen van alle beschikbare instrumenten op punt gesteld. De onderzoekers hebben allereerst de items uit de papieren handleidingen gebruikt. Een toetsing naar vorm en taal was dan ook wenselijk gezien deze handboeken dateren van 2009.

12 Om een menselijke fout naar het foutief schrappen van een rehabilitation core set (zie bijlage 1) item werd elke code gezocht in het formulier (met succes).

13 Op datum van het feedbackmoment waren deze

Cliënten hebben tijdens de focusgroepen aangegeven dat hun beperking niet altijd toelaat om deel te nemen aan onderzoek, maar dat zij toch bereid waren om feedback te geven. Bijgevolg zijn cliënten via mail uitgenodigd tot feedback en is voor hen geen feedbackmoment georganiseerd. De oproep tot feedback gebeurde analoog met deze van de experten. Ook zij konden feedback achterlaten via het webformulier van de SWVG-website. Om alsnog de resultaten en het onderzoek voldoende te kaderen, is er voor hen op de website een presentatie beschikbaar gesteld. Cliënten die specifieke noden hadden konden steeds contact opnemen met het onderzoeksteam. Vijf cliënten hebben de informatie ontvangen (ofwel op vraag van de cliënt, ofwel was er geen emailadres bekend) via de post, zonder respons. Eén cliënt die was uitgenodigd via mail heeft aangegeven alsnog niet via de website maar via de post deel te willen nemen.

Er is getracht om zo veel mogelijk rekening te houden met de cliënten door aparte brieven en folders uit te werken, zowel aangepast aan hun communicatienoden als aan de mogelijke kennis van klinische termen. Dit met één uitzondering: het BelRAI Revalidatie instrument dat werd voorgelegd ter beoordeling, was voor cliënten en experten inhoudelijk dezelfde. Het merendeel van de cliënten beschikt (vermoedelijk) over de competenties om deze klinische termen te begrijpen.



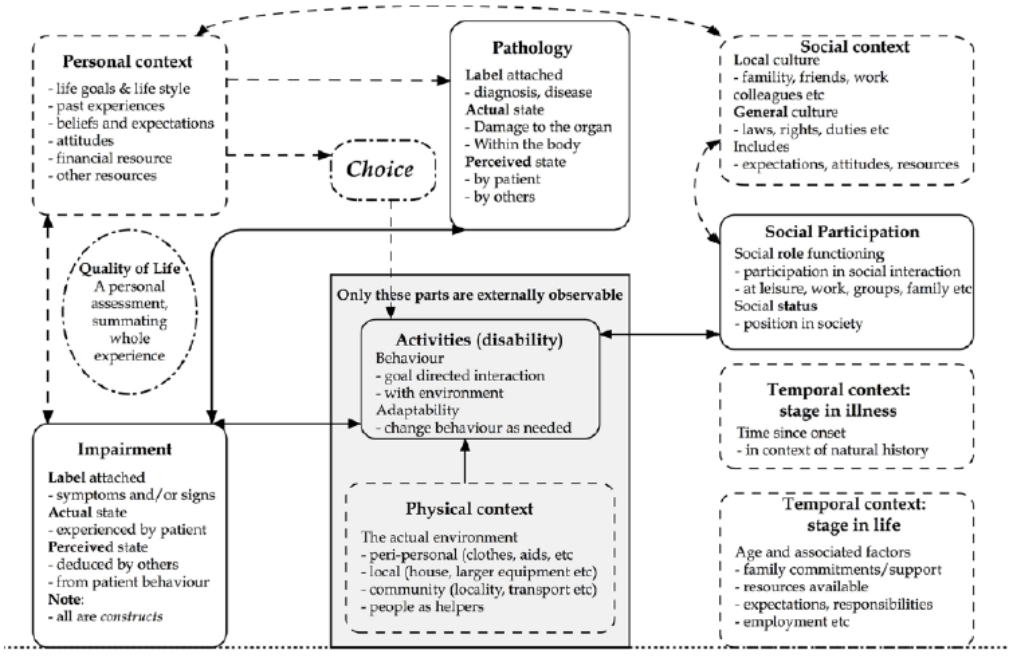
Figuur 9 Verkort stroomdiagram totstandkoming BelRAI Revalidatie instrument

Hoofdstuk 3
Operationalisering van gezondheid en welzijn

Vooraleer de onderzoeksresultaten in detail te bespreken geven de onderzoekers in dit en de volgende hoofdstukken een overzicht van de context waarin het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument moet worden gezien. Deze context helpt te begrijpen waarom en hoe keuzes werden gemaakt en hoe het instrument in de toekomst kan worden gebruikt.

Tot eind jaren 80 zag men 'ziekte' en 'handicap' vanuit het biomedische model. Dit medische model gaat ervanuit dat 'ziekte', 'handicap' en dergelijke gevolgen zijn van het afwijken van het 'natuurlijke'. Afwijken van het 'natuurlijke' gaat enkel over het afwijken van het biologische functioneren en afwijken van de biochemie. Deze visie laat geen ruimte voor de sociale, psychologische en gedragsaspecten van gezondheid. Als reactie op deze reducerende manier van denken publiceerde George L. Engel (1977) een oproep om het medische model te vernieuwen door het meer systemische, biopsychosociaal model in de psychiatrie. Met deze publicatie is de paradigmaverschuiving in de gezondheidszorg van het medisch model naar het biopsychosociaal model ingezet. Ook de WHO zet stappen in die richting. In 1980 is de ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities. and Handicaps) door de WHO gepubliceerd. De ICIDH neemt expliciet het sociale model mee in de omschrijving van 'impairment', disabilities' en 'handicap'. De populariteit van dit systeem is aanzienlijk en tegen 1993 is de ICIDH vertaald in 13 verschillende talen (J. E. Bickenbach, Chatterji, Badley, & Üstün, 1999; Van de Velde et al., 2015; WHO, 1980).

In de laatste 40 jaar is het biopsychosociaal model blijven evolueren. In 2002 publiceert de WHO dan ook een revisie van de ICIDH, de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), als reactie op de kritiek dat de ICIDH nog onvoldoende het biopsychosociaal model omarmde (J. Bickenbach, Cieza, Rauch, & Stucki, n.d.; J. E. Bickenbach et al., 1999; WHO, 2002, 2018d, 2018f).

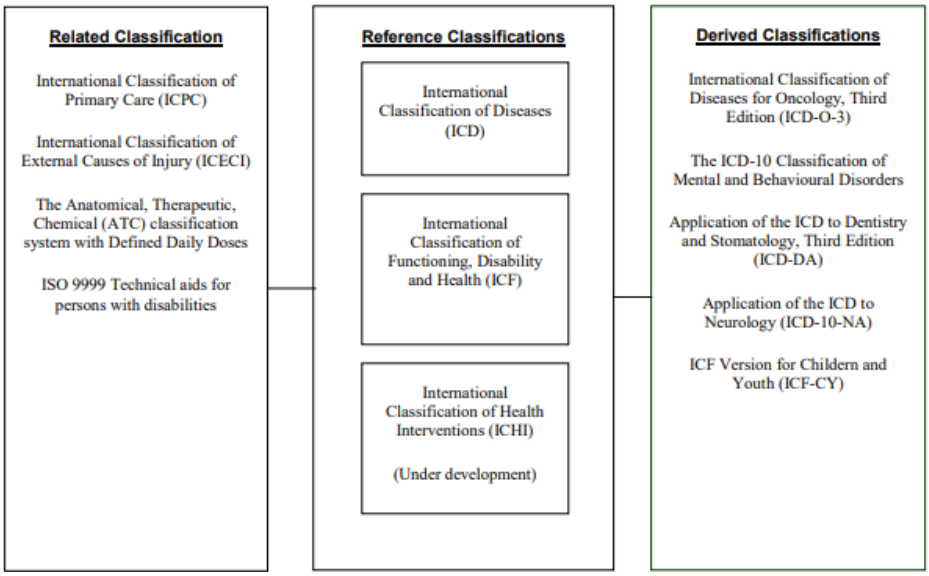


Figuur 10 Holistisch, biopsychosociaal model van ziekte (Wade & Halligan, 2017, p. 998)

1 WHO-classificatiesystemen

1.1 The WHO family of international classifications (FIC): ICF en ICD-10

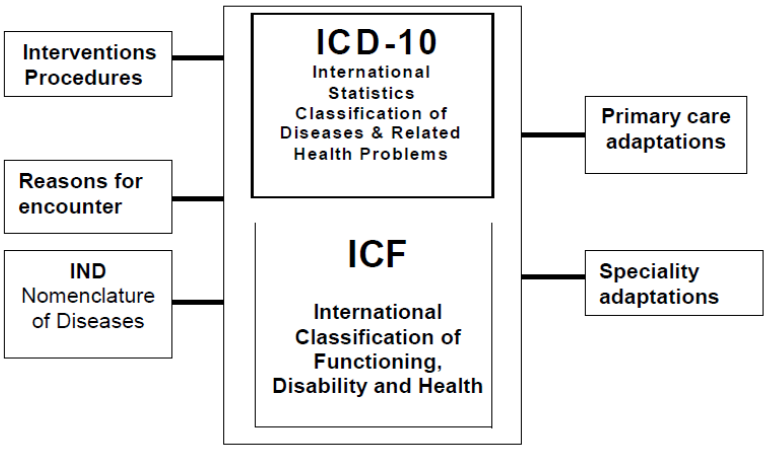
De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft verschillende classificatiesystemen en tools ontwikkeld die bruikbaar zijn in de gezondheidszorg. Voor dit onderzoek zijn twee systemen relevant: de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) en de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10) (zie ook Figuur 11).



Figuur 11 Schematisch overzicht van de WHO-FIC (Madden, Sykes, & Ustun, 2007, p. 8).

De meest recente versies van deze boeken zijn terug te vinden in de ICF browser en ICD-10 tool op de WHO website[14] (WHO, 2001a, 2016, 2018d). ICD-10 en ICF vullen elkaar aan. Waar ICD-10 de etiologische en termen van ziekte bevat, beschrijft de ICF het functioneren. Dit is gebaseerd op de idee dat twee personen met dezelfde ziekte op een zeer verschillende wijze functioneren en dat omgekeerd twee mensen hetzelfde kunnen functioneren met twee andere gezondheidsbeelden (WHO, 2001d).

14 http://www.who.int/



Figuur 12 WHO Classificatiesystemen ICD-10 en ICF (WHO, 2002, p. 4)

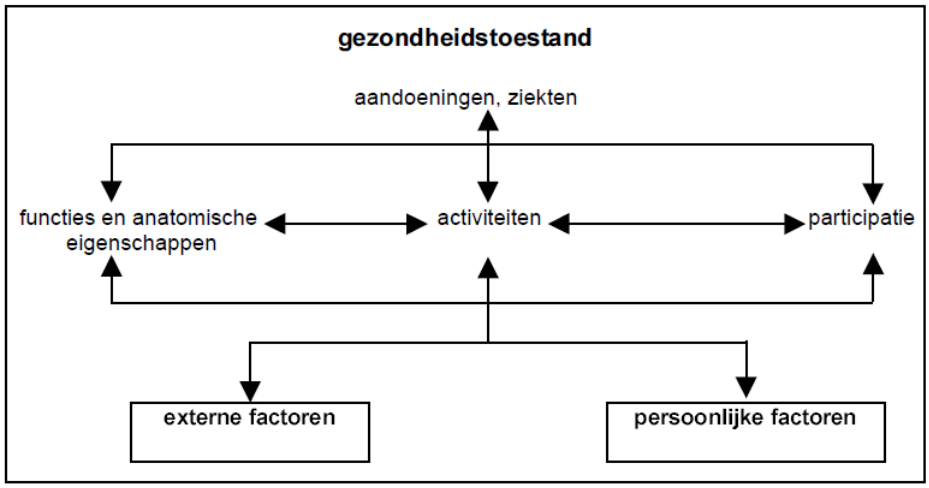
De ICF richt zich tot alle mensen en dus niet alleen tot personen met een functioneringsprobleem. Het systeem kijkt op een holistische manier naar het functioneren van de (zieke én niet-zieke) mens (WHO, 2001d) en wil een neutraal en cultureel vrij biopsychosociaal classificatiesysteem zijn *("across the world and in various disciplines and sciences"* en *"ICF has a universal application*") dat over de hele wereld gebruikt kan worden (WHO, 2001b, p. 3; 7). Bijgevolg worden continu culturele aanpassingen gemaakt. (Alford, Remedios, Webb, & Ewen, 2013; WHO, 2001c, 2001b, 2002).

De doelstelling van de ICF is:

- te voorzien in een gemeenschappelijke taal om functioneren van een persoon te beschrijven *"met als doel de communicatie tussen beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en in andere sectoren, als ook met mensen met functioneringsproblemen te verbeteren"*(WHO, 2001d, p. 6)*;*
- het vergelijkbaar maken van gegevens doorheen de tijd en over landen, vakgebieden en sectoren heen;
- het ondersteunen van wetenschappelijk onderzoek naar menselijk functioneren;
- het voorzien van een coderingsstelsel in de gezondheidssector (WHO, 2001d).

De ICF bevat twee delen of hoofdcomponenten, met name 'functioneren en functioneringsproblemen' (functies (b), anatomische eigenschappen (s), activiteiten en/of participatie (d)) en 'factoren' (externe (e) en persoonlijke factoren) (Figuur 13). *Stoornissen* slaan op het biologische principes en afwijkingen van weefsel op moleculair niveau. Zij zijn geordend naar hun aard en niet op basis van hun wijze van ontstaan of oorzaak. *Externe factoren* hebben invloed op elk domein. Het betreft de fysische en sociale omgeving waarin iemand leeft.

Persoonlijke factoren gaan over de individuele achtergrond van een persoon. Deze zijn niet verder geclassificeerd omwille van de sociale en culturele verschillen waaraan deze factoren onderhevig zijn (WHO, 2001d) (zie ook Bijlagen Bijlage 1: ICF). Het ICF-schema geeft deze verschillende componenten (zie Figuur 13) weer.



Figuur 13 Wisselwerking tussen verschillende componenten van ICF (WHO, 2001d, p. 25).

Elke component wordt neutraal geformuleerd en kan bijgevolg in positieve of negatieve zin gebruikt worden. De totaliteit van het menselijk functioneren, functioneringsproblemen en de invloed van externe factoren geven een beeld van iemands functioneren (WHO, 2001d).

Binnen 'activiteiten en participatie' maakt men een onderscheid tussen wat men effectief doet (performance, uitvoering) en wat men zou moeten kunnen (capacity, vermogen). Hierbij vergelijkt men met iemand zonder gezondheidsproblemen[15] (norm)(WHO, 2001d).

Activiteiten en participatie kunnen moeilijk worden onderscheiden van elkaar. Daarom zijn er vier verschillende manieren om activiteiten[16] (a) en participatie(p)[17] te begrijpen:

1. *een aantal domeinen aanduiden als a en andere als p, zonder dat er sprake is van overlap;*
2. *op gelijk wijze als bij 1, maar met een gedeeltelijke overlap;*
3. *alle gedetailleerde domeinen aanduiden als a en alle algemene categorieën als p;*
4. *alle domeinen zowel voor a als voor p te gebruiken* (WHO, 2001d, p. 17).

De ICF codeert items op basis van een alfanumeriek systeem. Elke component wordt met een letter aangeduid. Zo starten alle functies met een (b) (classificatieniveau 1). Deze letter kan gevolgd worden door één of meerdere cijfers (classificatieniveau 2). Het eerste cijfer verwijst naar het hoofdstuk. Zo is code b134 de code voor "*slaap: Algemene mentale functies gerelateerd aan het zich periodiek, reversibel en selectief fysisch en mentaal terugtrekken uit de eigen onmiddellijke omgeving, hetgeen gepaard gaat met karakteristieke fysiologische veranderingen"* (WHO, 2001d, p. 51).

15 Hierbij dient de aandacht te worden gevestigd dat experten bewust moeten zijn van hun eigen normen en waarden (Cup, Kinébanian, & Heerkens, 2017).

16 Ondanks de opsplitsing van uitvoeren en capaciteit neemt de ICF het subjectieve aspect of betekenis van een activiteit onvoldoende mee. 'Erbij zijn' of autonomie en zelfbeschikkingsgevoel word niet meegenomen bij activiteiten en participatie (Cup et al., 2017; Van de Veldea et al., 2010).

17 Participatie wordt in de ICF vooral als waarneembaar gedrag gezien vanuit het perspectief van de professional. Het *engagement* aspect in participatie wordt ook te weinig meegenomen (Cup et al., 2017).

Een tweede voorbeeld zijn de subonderdelen:

- d4 Mobiliteit (eerste niveau)
- d470 Gebruiken van vervoermiddel (tweede niveau)
- d4702 Gebruiken van gemotoriseerd openbaar vervoer (derde niveau) (WHO, 2001a).

Vervolgens kan een item ook nog een typering toegewezen krijgen. Dit is het cijfer achter de punt. Deze typering specifieert de mate en omvang van het probleem of geeft aan of de factor bevorderend of belemmerend is. (WHO, 2001c, 2001d, 2002). Zonder typering is de code betekenisloos (ICF Research Branch, 2012; Soberg, Sandvik, & Ostensjo, 2008). B7302**.1** staat bijvoorbeeld voor een **lichte** stoornis van de sterkte van spieren in één lichaamszijde (5-24 %) (voor alle typeringen zie Bijlage 1: ICF, Tabel 35 en verder) (WHO, 2001d, p. 226).

Tabel 12 Opbouw ICF code

b/ s/d/e	Code				.	Typering (qualifiers)
Domeinen	Hoofdstuk	Tweede niveau	Derde niveau	Vierde niveau	.	
Functies Anatomische eigenschappen Activiteiten en participatie Externe factoren	1 cijfer	2 cijfers	1 cijfer	1 cijfer		Zie ook bijlage
b7302.1						
b	7	30	2		.	1
Functies	Functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies	Spierfuncties	Sterkte van spieren in één lichaamszijde		.	LICHTE stoornis van de sterkte van spieren in één lichaamszijde (5-24 %)

In totaal zijn er 493 codes voor het domen van ‘functies en anatomische eigenschappen’, 384 codes voor het domein ‘activiteiten en participatie ‘ en 253 codes voor het domein ‘externe factoren’.

Onderzoekers verzamelen zich in het ‘WHO-FIC Network‘ en in werkgroepen. Voor Vlaanderen is er het Vlaams ICF-platform dat op regelmatige basis samenkomt en de visie volgt van het ‘Dutch WHO- Family of International Classification Collaborating Centre’ (Decuman & Boeckxstaens, 2012; WHO, 2002, 2017a).

1.2 ICF – core sets

In totaal bestaat de ICF uit meer dan 1400 categorieën. Om ICF toepasbaar en bruikbaar te maken in de praktijk werden ‘core sets’ ontwikkeld. Een ‘core set’ is een selectie van categorieën uit de ICF die het mogelijk maakt functioneren en aandoening (disability) te beschrijven voor verschillende gezondheidscontexten, cliëntendoelgroepen of aandoeningen. Een overzicht van de gevalideerde ICF core sets is opgenomen in ‘‘Bijlage 1: ICF-ICF Revalidatie set’. Een ‘core set’ is een startpunt en dient te

worden gezien als een minimum standaard voor die bepaalde doelgroep of context (ICF Research Branch, 2012).

Voor dit onderzoek is de core set 'Rehabilitation' van belang. Deze 'core set' bestaat uit de 'generieke set'(G) en alle categorieën die volgens ICF-onderzoek noodzakelijk zijn voor de revalidatiesector (zie ook 'Bijlage 1: ICF-ICF Revalidatie set') (Alarcos Cieza, Oberhauser, Bickenbach, Chatterji, & Stucki, 2014; ICF Research Branch, 2012). Gezien de revalidatiesector met ICF werkt en de 'core set' revalidatie als een minimale dataset beschouwd wordt, is het noodzakelijk om af te toetsen of de items in de 'core set' zeker gedekt worden door de items in het BelRAI Revalidatie instrument.

1.3 ICF in de praktijk

De voorziene toepassing van de ICF is zeer ruim. Het gaat onder andere over het uitwerken van sociale zekerheid, evaluatie van beleid, onderzoek en verzamelen van gegevens voor preventie, gezondheidsbevordering….(WHO, 2001d). Dit staat allemaal uitvoerig beschreven in de 'ICF Applications Service Provision'. Toch wordt ICF niet algemeen gebruikt in België (WHO, 2002). In de internationale (revalidatie)sector lijkt dit meer het geval te zijn (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h; Geertzen, Rietman, & Vanderstraeten, 2014; Lysens & Peers, 2017; Peers, 2008).

Met de ICF kan op verschillende niveaus gewerkt worden. Het kan gebruikt worden als holistisch classificatiesysteem op basis van de ICF-domeinen of men kan tot op codeniveau met de ICF werken. Ook is er een verschil in het gebruik van enkel de 'core sets' of de gehele ICF. Uit gesprekken met de sector blijkt dat de ICF vooral als gemeenschappelijke taal voor het multidisciplinair revalidatieteam wordt gebruikt. Men ziet voordelen in het feit dat ICF een internationaal erkend classificatiesysteem is en men is tevreden over de structuur ervan. Het codeersysteem zou volgens experten echter te complex zijn om te gebruiken in de praktijk. Ook zijn de typeringen (0, 1,2,3,4, 8 en 9) niet geoperationaliseerd in duidelijk observeerbare indicatoren waardoor het moeilijker is om betrouwbaar te scoren.

2 InterRAI en BelRAI Suite

2.1 Wat zijn interRAI en BelRAI Suite?

InterRAI is een non-profit organisatie van circa 70 wetenschappers uit meer dan 30 landen (Carpenter & Hirdes, 2013; Heckman, Gray, & Hirdes, 2013). Het doel van interRAI is om de *kwaliteit van leven van kwetsbare groepen te verbeteren door een volledige evaluatie van het functioneren (fysisch, psychisch en sociaal) van een persoon,* van de geboorte tot het overlijden, in één dezelfde taal over alle grenzen van sectoren en landen heen en op basis van de meest recente evidence.

De interRAI instrumenten ontstonden in de VS naar aanleiding van een onderzoek van de US National Academy of Sciences and its Institute of Medicine (IOM) eind jaren 80 naar de kwaliteit van de woonzorgcentra. Dit IOM-rapport was de aanleiding tot de 'Nursing Home Reform Act' (1987), een wetgevend kader dat de kwaliteit van zorg in de woonzorgcentra moest verbeteren (Bernabei, Landi, Onder, Liperoti, & Gambassi, 2008; Carpenter & Hirdes, 2013; C Hawes et al., 1997; Heckman et al., 2013; Vanneste & Declercq, 2014). Op basis hiervan startte een groep onderzoekers met een review van 80 bestaande assessmentinstrumenten. Deze groep onderzoekers zijn de grondleggers van de interRAI groep. De review, samen met de inzichten vanuit beroepsprofessionals, had als doel te komen tot een oplijsting van domeinen die essentieel zijn voor de zorgplanning (**eerste generatie CGA**) (Carpenter & Hirdes, 2013; C Hawes et al., 1997; Catherine Hawes et al., 1997; Vanneste & Declercq, 2014).

De eerste focus van het consortium was de kwaliteit van leven van ouderen in woonzorgcentra. In 1994 werd ook een instrument voor de thuiszorg ontwikkeld (interRAI HC). De interRAI Suite breidde al snel uit naar ander sectoren en kwetsbare groepen zoals de acute zorg, post acute zorg, palliatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, mensen met een verstandelijke beperking… (Carpenter & Hirdes, 2013; Hirdes et al., 2008; Vanneste & Declercq, 2014). Dit zijn de **tweede generatie** interRAI instrumenten (Bernabei et al., 2008; Carpenter & Hirdes, 2013; Gray et al., 2009; Hermans, 2017; Hirdes et al., 2008; Vanneste & Declercq, 2014).

In 2005 kwam de voorlopig laatste grote integratie van de interRAI instrumenten (**derde generatie interRAI instrumenten**). Hierin werden de bestaande instrumenten geïntegreerd in één suite van instrumenten, waarin gelijke aspecten (cognitie, ADL, IADL …) altijd op dezelfde manier worden gemeten. Zo kan de cliënt gevolgd worden doorheen de tijd en doorheen sectoren of organisaties (Carpenter & Hirdes, 2013; Vanneste & Declercq, 2014).

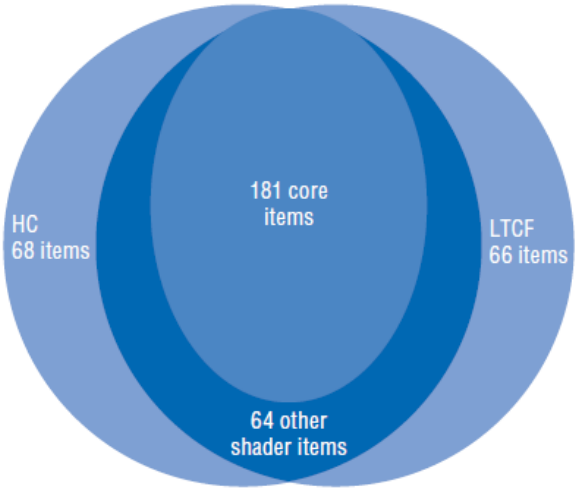
De interRAI Suite van instrumenten wordt in vele landen gebruikt en is in die landen ook getest en gevalideerd. Een validatiestudie in 12 landen en over vijf interRAI instrumenten toonde bijvoorbeeld aan dat de gemiddelde overall kappa (interbeoordelaarsvaliditeit) voor 161 items die over minimum twee instrumenten voorkomen, 0.75 is. Voor specifieke items varieert de interbeoordelaarsvaliditeit tussen 0.63 en 0.73. 60% van de items heeft een kappa groter dan 0.70 (Hirdes et al., 2008; interRAI, 2018; Sgadari et al., 1997).

Het gebruik van de interRAI instrumenten verschilt van land tot land. Er zijn landen die interRAI effectief gebruiken op grotere of kleinere schaal in de praktijk zoals België, Finland, Canada en Nieuw-Zeeland. In andere landen gebruikt men interRAI voornamelijk in kader van onderzoek, bijvoorbeeld in Polen en Tsjechië. Belangrijk is wel te weten dat de interRAI instrumenten geen diagnostische instrumenten zijn, noch een medisch dossier.

BelRAI is de Belgische versie van de interRAI instrumenten. Het zijn dezelfde instrumenten met kleine (toegelaten) aanpassingen naar de lokale situatie zoals het aanpassen van de lijst van bestaande zorgaanbieders. BelRAI bestaat in de drie landstalen.

2.2 Wat is een BelRAI instrument?

Elk instrument bestaat uit een aantal 'core items' die in elk instrument terug te vinden zijn en een aantal sectorspecifieke items. Er zijn ongeveer 70 items die in werkelijk elk instrument voorkomen. Daarbij komen ongeveer 100 items die in de meeste, maar niet alle instrumenten voorkomen. Die twee groepen samen worden de 'core items' genoemd. Tot slot heeft elke setting dus nog een aantal setting specifieke items. Deze items zijn ingedeeld in circa 20 secties (Carpenter & Hirdes, 2013; Heckman et al., 2013; Hirdes et al., 2008).



Figuur 14 Overzicht van de gelijkenissen en verschillen tussen interRAI HC en inteRAI LTCF (379 items in totaal).

In Figuur 14 worden de items van de HC (thuiszorg) en LTCF (woonzorgcentra) getoond. 181 van die items zijn core items. 64 items komen in beide instrumenten voor, maar zijn geen core items. Respectievelijk 68 en 66 items zijn interRAI HC en interRAI LTCF specifiek (Carpenter & Hirdes, 2013, p. 97).



Figuur 15 Opbouw van een interRAI/BelRAI instrument.

In Figuur 15 worden de items van de verschillende interRAI instrumenten voorgesteld door een bloem. De 'core items' zijn de bloemenkroon. De niet 'core items' die toch in verschillende instrumenten voorkomen bevinden zich aan de witte rand van de bloemenkroon. De sectorspecifieke items bevinden zich in de blaadjes (Desomer et al., 2016, p. 14).

Een overzicht van de verschillende interRAI instrumenten wordt gegeven in Tabel 13.

Tabel 13 Bestaande interRAI instrumenten en afkortingen (die ook doorheen het rapport gebruikt worden) (interRAI, 2018).

- Assisted Living (AL)
- Brief Mental Health Screener (BMHS)
- Child and Youth Intellectual/Developmental Disability (ChYIDD)
- Child and Youth Mental Health (ChYMH)
    - Adolescent Supplement
- Community Health Assessment (CHA)
- Community Mental Health (CMH)
- Contact Assessment (CA)
- Deafblind (Db)
- Emergency Department (ED)
- Emergency Screener for Psychiatry (ESP)
- Home Care (HC)
- Hospital Systems
    - Emergency Department: interRAI ED Screener, interRAI ED Contact Assessment en interRAI Emergency Screener for Psychiatry (ESP)
    - Acute Care settings: interRAI Acute Care (AC) Assessment voor volwassenen en interRAI Acute Care for Comprehensive Geriatric Assessment (AC-CGA)
    - Inpatient Mental Health settings: interRAI Mental Health of Mental Health for In-Patient Psychiatry (MH)
    - Post-Acute Care and Rehabilitation settings: interRAI Post-Acute Care and Rehabilitation (PAC-Rehab) Assessment.

- Intellectual Disability (ID)
- Long-Term Care Facilities (LTCF)
- Mental Health for Correctional Facilities (CF)
- Palliative Care (PC)
- Pediatric Home Care (PEDS-HC)
- Quality of Life (QoL)
- Wellness (WE)

Een aantal instrumenten zijn gegroepeerd in het Hospital Assessment System - instrumenten die zich vooral richten naar zorg in een ziekenhuis of acute zorg (Katherine Berg et al., 2017).

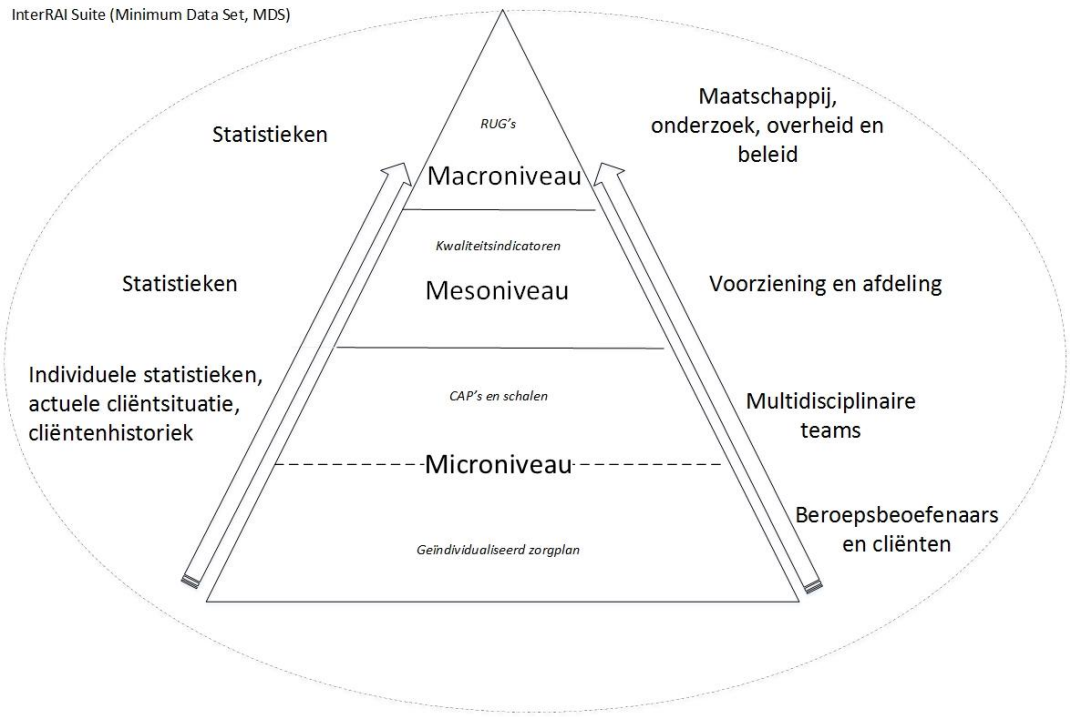
Tabel 14 Samenvatting van het interRAI Hospital Assessment System (Katherine Berg et al., 2017, pp. ix–x).

Assessment System	Target Population	Purpose
interRAI ED Screener	All older adult patients attending the ED	Identify patients who may require further assessment in the ED or (if admitted to overnight care) in the hospital
interRAI ED Contact Assessment (ED-CA)	Older adult patients requiring assessment in the ED	Assessment of functional and psychosocial issues in order to plan a coordinated, safe discharge
interRAI Emergency Screener for Psychiatry (interRAI ESP)	Adult patients presenting with psychiatric symptoms	Brief assessment, risk appraisal (where safety is an issue), and decision support
interRAI Acute Care Assessment (AC)	All adult patients admitted for overnight hospital care	Efficient assessment of functional and psychosocial issues, screening for common geriatric syndromes, risk assessment for adverse events, identification of patients who may require comprehensive assessment, post-acute care or long-term care, scoring quality indicators
interRAI Acute Care for Comprehensive Geriatric Assessment (AC-CGA)	Older and selected younger adult patients who require comprehensive assessment in hospital	Functions included in the interRAI AC, plus comprehensive assessment of medical, functional, and psychosocial issues, including detailed pre-morbid assessment
interRAI Mental Health	Adult patients who require mental health assessment in hospital	Specialized assessment for adult in-patients who require comprehensive mental health assessment
interRAI Post-Acute Care and Rehabilitation (PAC-Rehab) Assessment	Adult patients requiring rehabilitation or post-acute care	Comprehensive assessment of medical, functional, and psychosocial issues, screening and risk assessment, scoring quality indicators

Voor elk instrument wordt er ook een handboek voorzien (Katherine Berg et al., 2017; C Hawes et al., 1997).

2.3 Output

Uit een correct ingevulde interRAI kunnen er verschillende soorten output (resultaten) worden berekend met gespecialiseerde software ten dienste van een geïndividualiseerd zorgplan (zie Figuur 16).



Figuur 16 De outputpiramide van interRAI Suite[18].

Op individueel niveau biedt de interRAI Suite een overzicht doorheen de tijd van het functioneren van de cliënt. De standaardisatie en gemeenschappelijke taal tussen beroepsbeoefenaars zorgt ervoor dat de kans op blinde vlekken sterk afneemt, wat preventie van (verslechtering van) problemen ten goede komt. De output kan het *team* ondersteunen om een zorgplan op te stellen.

In een latere fase kan de output van interRAI gebruik worden door de *organisatie* om afdelingen en instellingen te vergelijken en zo 'best practices' te identificeren en de kwaliteit van zorg te monitoren. Ten slotte kan de *maatschappij* (de overheid) de output eventueel gebruiken voor beleidsplanning.

De interRAI output is maar valide en betrouwbaar als de *beroepsbeoefenaar* het nut en de meerwaarde in de praktijk ervaart, erkent en inziet (Vanneste, De Almeida Mello, Macq, Van Audenhove, & Declercq, 2015).

De output die door de beroepsbeoefenaars kan worden gebruikt bij zorgplanning betreft schalen en CAP's (clinical assessment protocols). Schalen geven de ernst van een probleem of het goed functioneren van een cliënt aan zoals cognitieproblemen of incontinentie. CAP's screenen eerder naar een (potentieel) probleem zoals depressie of overbelasting van de mantelzorger. De output geeft een eerste beeld van het klinisch functioneren van de cliënt. De schalen zijn ook telkens gevalideerd en getest (Carpenter & Hirdes, 2013).

18 Figuur mede naar (1) Bronfenbrenner ecological model (Brofenbrenner, 1977) in (Christiansen, Baum, Carolyn, & Haugen, 2005), (2) Conceptual framework for integrated people-centred health services (WHO, 2015) in (Vandeurzen, 2015) en (3) Ecologische systeemmodellen in ergotherapie (Howe & Briggs, 1982).

Tabel 15 Voorbeelden van interRAI schalen (BelRAI, 2017; Carpenter & Hirdes, 2013; Dalby et al., 2009; interRAI, 2018; Vanneste et al., 2013)

- ADL en IADL
  - ADL Hierarchy Scale (ADLH)
  - ADL Short Form Scale (ADLSF)
  - IADL Scales
- Age Years Scale
- Aggressive Behaviour Scale (ABS)
  - Deze schaal weerspiegelt de mate van dagelijks agressief gedrag, gescoord van 0-12. Hoe hoger de score, hoe meer agressiviteit.
- Body Mass Index (BMI)
- Changes in Health, End-Stage Disease and Signs and Symptoms Scale (CHESS)
  - De CHESS detecteert instabiliteit in de gezondheid Score gaat van 0 (geen gezondheid instabiliteit) tot 4 (zeer instabiele gezondheid) (BelRAI, 2017; Dalby et al., 2009).
- Communication Scale
- Cognitive Performance Scale (CPS)
  - De CPS is een hiërarchische schaal die gevalideerd is tegen de MMSE (Mini-Mental State Examiniation) en Test for Severe Impairment. De range gaat van 0 (intact) tot 8 (zeer ernstig verstoord) (Dalby et al., 2009; Morris et al., 2016).
- Deaf-blind Severity Index (DbSI)
  - De score varieert van 0 (geen beperking in een zintuig) tot 6 (ernstige beperking in beide zintuigen) (Dalby et al., 2009).
- Depression Ration Scale (DRS)
  - Deze schaal gaat over depressie. Een score van 3 of hoger is voorspellend naar minstens lichte symptomen van depressie. Betrouwbaarheid en validiteit zijn gedocumenteerd (Dalby et al., 2009).
- Method for Assigning Priority Levels (MAPLe)
  - Deze schaal ondersteunt de besluitvorming voor allocatie van diensten. De mate van hoogdringendheid en de noden van de cliënt worden meegenomen (BelRAI, 2017).
- Pain Scale
  - Deze schaal brengt de frequentie en intensiteit van pijn in kaart. Score gaat van 0 (geen pijn) tot 4 (dagelijks vreselijke of ondraaglijke pijn). De Pain Scale is gevalideerd ten opzichte van de VAS (Visual Analogue Scale) (BelRAI, 2017; Dalby et al., 2009).
- Pressure Ulcer Risk Scale (PURS)
  - Deze schaal gaat het risico op een doorligwonde na (BelRAI, 2017).
- Revised Index of Social Engagement of Herziene Index voor Sociale Betrokkenheid (RISE) (voorheen Index of Social Engagement (ISE)
  - Deze schaal meet de betrokkenheid in sociale activiteiten in kaart. Dit geeft een score van 0 (ernstige afwezigheid) tot 6 (hoog niveau van initiatief en participatie (BelRAI, 2017; Dalby et al., 2009).

Meer informatie over de items op dewelke deze schalen worden berekend en welke scores deze genereren is terug te vinden op de BelRAI Wiki en interRAI website :
http://wiki.belrai.org/nl/attach/Downloads/Resultaten%20Scales.pdf en www.interRAI.org

Voor het functioneren in het dagelijkse leven zijn er verschillende schalen ontwikkeld in de interRAI Suite zijnde de Activities of Daily Living Hierarchy Scale (ADL-H), de Instrumental Activities of Daily Living

Involvement Scale (IADLI) en de IADL Difficulty Scale (Dalby et al., 2009). De ADL-H varieert van 0 (zelfstandig) tot 6 (totale afhankelijkheid). De schaal baseert zich op de hiërarchie in activiteiten van dagelijks leven gaande van early-loss ADL (bv. persoonlijke hygiëne) tot late-loss ADL (bv. eten) (Dalby et al., 2009; Morris, Berg, Fries, Steel, & Howard, 2013).

De IADL schaal geeft de mate van zelfstandigheid aan bij de uitvoering van routine activiteiten zoals beheer van financiën en bereiden van een maaltijd in de eigen leefomgeving. Scores variëren tussen 0 en 9, met een hogere afhankelijk bij een hoge score (Dalby et al., 2009; Morris et al., 2013).

De sterkte van de interRAI Suite is dat het andere items (verschillende (I)ADL-items, CPS schaal, …) meeneemt in de inschatting van functioneren doorheen de tijd. Dit maakt een vergelijking met andere functioneringsinstrumenten juist moeilijk omdat er meerdere constructen worden in kaart gebracht.

Tabel 16 Overzicht van de beschikbare BelRAI GGZ clinical assessment protocols (CAP's) onderverdeeld in vijf levensdomeinen met toestemming uit (Van Eenoo, Cuyper, Declercq, & Van Audenhove, n.d.) op basis van (Hirdes et al., 2011).

CAP	BelRAI GGZ instrument	
	MH	CMH
VEILIGHEID		
Schade aan anderen	X	X
Zelfmoordgedrag en opzettelijke zelfverwonding	X	X
Zelfzorg	X	X
SOCIAAL LEVEN		
Sociale relaties	X	X
Mantelzorg		X
Ondersteuningskader bij ontslag	X	
Intermenselijke conflicten	X	X
Traumatische levensgebeurtenissen	X	X
Criminele activiteiten	X	X
ECONOMISCHE FACTOREN		
Persoonlijke financiën	X	X
Opleiding en werk	X	X
AUTONOMIE		
Vrijheidsbeperkende maatregelen	X	
Geneesmiddelenbeheer en therapietrouw	X	X
Heropname	X	X
GEZONDHEIDSPROMOTIE		
Roken	X	X
Middelengebruik	X	X
Gewichtsmanagement	X	X
Beweging	X	X
Slaapstoornissen	X	X
Pijn	X	X
Valincidenten	X	X

Voor de gehele beschrijving van alle CAP's uit alle instrumenten en bijhorende triggerende items wordt verwezen naar de handleiding van de verschillende instrumenten, de interRAI website en het CAP handboek (interRAI, 2018; Morris et al., 2010).

Output op het meso- en macro-niveau (RUG's en QI's) wordt in dit rapport niet verder besproken, gezien dit ons te ver zou leiden van het doel van voorliggend onderzoek.

2.4 Klinische mogelijkheden

Het invullen van een interRAI instrument gebeurt door de zorgprofessional. Het is geen vragenlijst die moet worden afgenomen maar brengt het perspectief van de zorgprofessional in kaart. Voor het invullen van ongeveer 90 tot 95% van de items kan de zorgprofessional zich baseren op de eigen observaties. Deze worden aangevuld met informatie uit het medische dossier en eventueel uit gesprekken met de cliënt, de familie, de mantelzorgers… (5 à 10%) (Wellens, Milisen, Flamaing, & Moons, 2012b). Bij voorkeur werkt men multi- en interdisciplinair. Het is niet zo dat één persoon alles moet invullen. De secties kunnen worden verdeeld over verschillende functies en beroepen.

Hoe iets dient te worden gescoord, staat beschreven de interRAI handleiding. Beroepsbeoefenaars krijgen ook een opleiding om BelRAI correct te leren gebruiken in de praktijk.

Voor de inschaling van IADL wordt er een onderscheid gemaakt tussen wat de persoon effectief doet (performance, uitvoering) en wat die zou moeten kunnen met zijn gezondheidstoestand (capacity, capaciteit) (Carpenter & Hirdes, 2013).

De klinische voordelen van BelRAI Suite zijn al volgt (zie ook Figuur 17):

1. Dezelfde taal spreken over de cliënt
2. Diagnostische informatie vernieuwen en aanvullen
3. Invulling vorige beroepsbeoefenaar gaat niet verloren
4. Overzicht doorheen de tijd
5. Overzicht van gekregen hulp tot op professioneel niveau
6. Op langetermijn efficiëntie en verhogen kwaliteit van zorg

BelRAI Suite maakt het mogelijk dat zorgaanbieders en beroepsbeoefenaars onafhankelijk van bevoegdheid of discipline met elkaar in dezelfde taal kunnen spreken en geen verwarring meer mogelijk is over terminologie. BelRAI Suite kan ook als basis dienen voor een gemeenschappelijk dossier om een multisectoriële teamvergadering (op afstand) te organiseren. Bovendien heeft elke beroepsbeoefenaars door het gebruik van ICT direct toegang tot de meest up-to-date informatie en kan hij/zij altijd kijken naar het assessment van een collega-beroepsbeoefenaar. Zo is het premorbide functioneren ook helder en kan men zo ver terug kijken als men wenst. Bij onduidelijkheid of voor meer diepgang kan direct met de juiste collega-beroepsbeoefenaar contact worden opgenomen. Hiervoor is uiteraard een veilige ICT omgeving nodig én een werkwijze die is getoetst aan de privacywetgeving. Het Sectoraal Comité van de Belgische Privacy Commissie heeft in verschillende beraadslagingen BelRAI Suite geëvalueerd. Deze beraadslagingen zijn terug te vinden op: https://www.privacycommission.be/nl.

Doordat het functioneren centraal staat en niet diagnostiek onderscheidt BelRAI Suite zich van het globaal medisch dossier (GMD)[19] dat door de huisarts wordt beheerd (Belgische Federale Overheidsdiensten, 2018; RIZIV, 2015).

19 *Uw globaal medisch dossier (GMD) bevat al uw medische gegevens (operaties, chronische ziekten, lopende behandelingen, enz.)* (RIZIV, 2015).

To clinicians	Facilitate improved patient outcomes
	Access to comprehensive, standardized and reliable clinical information to improve efficiency of care and promote inter-professional collaboration through a common assessment language
	Improve the efficiency of comprehensive geriatric assessment and geriatric consultation by reducing time required to perform the assessment
	Clinical Assessment Protocols to inform care planning
	Embedded scales to assist in diagnosis and monitor patient progress
	Risk assessment algorithms to ascertain patient-level risk and inform management urgency
	Assessment of the quality of care provided
	Ability to assess reliably at a distance/online
To organizations	Facilitate earlier identification of geriatric syndromes and targeting of interventions to improve outcomes in high-risk seniors
	Case-mix algorithms to more accurately and appropriately target resources
	Assessment of the quality of care provided
	Promote efficient use of resources
To the health care system	Facilitate system integration though standardized and common assessment systems compatible with electronic medical records
	Standardized platform for telemedicine
	Facilitate cross-sectoral comparisons and outcomes measurement
	Improve the efficiency of the health care system and potentially reduce costs
To researchers	Access to high-quality data on patients who otherwise would typically be excluded from clinical trials
	As CIHI is the Canadian repository for this data, researchers are able to link interRAI data to other health databases

Figuur 17 Potentiële voordelen van de interRAI Suite (Heckman et al., 2013, p. 14)

2.5 Onderzoek met BelRAI

Omdat de interRAI Suite 'core items' heeft en in verschillende talen gevalideerd en vertaald is, zijn intersectorale en internationale vergelijkingen en onderzoek mogelijk (K Berg et al., 1997; Hermans, Cohen, Spruytte, Van Audenhove, & Declercq, 2016; Hirdes et al., 2008; Noro et al., 2011; Van Eenoo et al., 2018). Ook effecten van interventies kunnen gemeten worden op grote schaal en op langere termijn. Kwaliteit van leven verbetert significant bij het gebruik van de interRAI Suite en de CAP's door het aanpassen van het zorgproces, zoals onderzoek in Nederland, Zweden, de VS en Japan (Achterberg et al., 2001) aantoont.

Ook in België werd het interRAI HC gebruikt voor de evaluatie van 66 (wave 1) en 18 (wave 2) verschillende thuiszorgprojecten in kader van het Protocol 3 project om het effect van verschillende thuiszorginterventies bij kwetsbare ouderen (n= 4607 + 3633) in kaart te brengen (longitudinaal quasi-experimenteel onderzoek) (de Almeida Mello et al., 2016; De Almeida Mello, Hermans, Van Audenhove, Macq, & Declercq, 2015).

2.6 Beleidscontext

De Vlaamse en de federale overheden hebben ervoor gekozen om één comprehensief assessment-instrument te gebruiken in alle sectoren van welzijn en gezondheid, met name BelRAI (https://www.health.belgium.be/nl/news/interministeriele-conferentie-volksgezondheid-van-26-maart-2018). Daarnaast is BelRAI opgenomen in het E-Gezondheidsplan (actiepunt 8) en ondersteunt het zo de paradigmashift naar preventieve en proactieve geneeskunde (in plaats van curatieve geneeskunde) (eGezondheid, n.d.; Moerenhout, Devisch, & Cornelis, 2017; Vandeurzen, 2015).

In de deelstaten wordt BelRAI specifiek ingezet voor de Vlaamse Sociale Bescherming (zie ook 3. 'Decreet Vlaamse Sociale Bescherming (VSB)').

3 ICF en interRAI

Tussen de ICF en interRAI Suite zijn er duidelijke gelijkenissen. Beide systemen ondersteunen beroepsbeoefenaars in het uniform communiceren over grenzen van sectoren en beleid heen. InterRAI heeft als pluspunt het aanbieden van gevalideerde instrumenten voor de zorgplanning en kwaliteitsmonitoring. ICF heeft dan weer via de WHO een breder draagvlak in de gezondheidszorg (Katherine Berg et al., 2009). Wat betreft het in kaart brengen van capaciteiten en uitvoering gebruiken interRAI en ICF dezelfde conceptuele basis. Zowel BelRAI Suite als de ICF vertrekken vanuit de idee dat experten niet vertrekken van iemands diagnose, maar vanuit de mogelijkheden van die persoon in het dagelijks leven. BelRAI Suite is evenwel beter geoperationaliseerd dan de ICF. De ICF is dan weer beter gekend in de revalidatiesector en is ruimer gedefinieerd. Beide systemen gebruiken een minimale set van thema's die in kaart dienen te worden gebracht. In interRAI gaat het over de 'core items' en in de ICF om de 'ICF-core sets' (Prodinger et al., 2015).

Er is reeds in twee studies (Katherine Berg et al., 2009; Prodinger et al., 2015) gekeken naar de inhoudelijke gelijkenissen en verschillen tussen de ICF en interRAI. Er zijn heel wat overeenkomsten, maar ook enkele verschillen. Met betrekking tot verschillen wordt vooral gewezen op het verschil in detail. ICF definieert items meer gedetailleerd. Dit heeft voordelen, maar wellicht ook nadelen. De kritiek op de ICF is dat het de mens te gefragmenteerd en te versnipperd weergeeft. Dit maakt de ICF niet werkbaar om op participatieniveau te gebruiken in de dagelijkse praktijk. Heel concreet bedoelt men hiermee dat een cliënt bij wijze van spreken in één zin kan beschreven worden, terwijl men dit in de ICF moet beredeneren na het samenvoegen van ICF-componenten.

InterRAI laat niet hetzelfde niveau van detail toe als ICF, maar staat dan weer verder met het objectiveren van codering van mogelijkheden en beperkingen (Prodinger et al., 2015). De ICF is enkel en alleen een classificatietool. InterRAI geeft output die direct kan worden gebruikt bij de zorgplanning. De experten erkennen daarom wel dat er nood is aan tools en standaardisatie in de revalidatiesector. Daarom is het linken van de BelRAI Suite items met de ICF wel wenselijk. Experten zien in de combinatie van interRAI en ICF een meerwaarde om alsnog ICF bruikbaar te maken in de dagelijkse praktijk (ICF Research Branch, 2017).

> *"In summary, our objective to demonstrate compatibility between the ICF and the interRAI HC systems was primarily met. While assigning codes and achieving agreement between the coders was not straight forward, a consensus was reached. Future work would be required to convert interRAI response codes to ICF qualifier codes. Health professionals involved with interRAI assessments can be reassured that they cover substantial domains of the ICF, particularly in the domains of Activities/Participation and Body Function. The ability to cross-walk items and scales within the RAI-HC assessment to the ICF framework shows great potential for the systems to co-exist and complement each other to serve the common purpose of standardizing functional status information."*(Katherine Berg et al., 2009, p. 11).

Beide matchen is dan ook nodig om tot een goed BelRAI Revalidatie instrument te komen.

Hoofdstuk 4
Revalidatie in het gezondheidszorgsysteem

1 Acute dienstverlening

Om te begrijpen wat rehabilitation/revalidatie inhoudt is een goed begrip van gezondheid, gezondheidszorg als dienstverlening en de acute dienstverlening essentieel.

> *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."* (WHO, 2018b)[20] [21]

Gezondheidszorg is een systeem, een netwerk, een economische markt… bestaande uit beroepsbeoefenaars (al dan niet verbonden aan een zorgaanbieder) die goederen en/of diensten aanbieden. Deze diensten dragen bij tot de gezondheid van de burger of burgers.

> *"Gezondheidszorg is dan het geheel van activiteiten dat gericht zijn op de verbetering van de gezondheid van mensen. Onder deze noemer worden niet alleen het onderzoek en de kennis van gezondheid begrepen, maar ook de toepassing van deze kennis om de gezondheid van mensen te verhogen, ziekten te voorkomen of te genezen en het lichamelijke en psychosociaal functioneren te verbeteren."*(Lysens & Peers, 2017, p. 17).

Dienstverlening in het gezondheidszorgsysteem wordt volgens de WHO al volgt gedefinieerd:

> *"Service delivery: in any health system, good health services are those which deliver effective, safe, good quality personal and non-personal care to those that need it, when needed, with minimum waste. Services – be they prevention, treatment or* ***rehabilitation*** *– may be delivered in the home, the community, the workplace or in health facilities"*(WHO, 2007, p. 24).

De dienstverlening in de gezondheidszorg kan gebeuren in de thuisomgeving (ambulante zorg) of in een residentiële setting (ziekenhuisdienst e.d.). Een service kan preventie, diagnose, behandeling of revalidatie voor ogen hebben.

---

20 "*The bibliographic citation for this definition is: preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948."* (WHO, 2018b).

21 Deze definitie is niet meer aangepast sinds 1948 waarop de suggestie is gekomen om deze te vervangen door "*Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysische en emotionele uitdagingen van het leven"* (Huber et al., 2011; In voor zorg!, 2015).

Bij de aanwezigheid van een acuut probleem komt men terecht in de acute dienstverlening. Hierbij wordt het aanwezige probleem aangepakt via curatieve interventies. Hierbij is de regel, hoe sneller hoe beter (effectiever en minder kostelijk). Efficiëntie en betere resultaten van de acute dienstverlening of acute zorg[22] worden bepaald door tijdig de cliënt op het juiste moment op de juiste plaats (triage) te verkrijgen zodat het proces van dood of 'handicap/beperking' (disability) kan vermeden worden of uitgesteld kan worden(European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018c; Hirshon et al., 2012)..

De acute dienstverlening bestaat uit zes componenten:

1. Trauma en acute chirurgie zorg: levensbedreigende letsels die operaties nodig hebben zoals een acute appendicitis
2. Noodhulp: acute levensbedreigende of ledemaat-verliezende medische urgentie met een potentieel operatienood bijvoorbeeld CVA
3. Zeer dringende hulp: acute ambulante zorg buiten intensieve zorgen zoals een verstuikte enkel of griep bij een kind.
4. Korte termijn stabilisatie: behandelingen die acute opvolging vereisen voor een meer definitieve behandeling zoals het toedienen van vocht voordat een cliënt naar de operatiezaal gaat.
5. Prehospitalisatie zorg: zorgen toegediend in de gemeenschap tot de meer definitieve behandeling kan gegeven worden (bijvoorbeeld de diensten door de ambulanciers).
6. Kritieke zorg: intensieve zorgen of zeer directe levensreddende interventies zoals intubatie (Hirshon et al., 2012).

Naargelang de specifieke nood komt de cliënt in een van deze componenten terecht.

Acute zorg maakt deel uit van de *geïntegreerde zorg*. De oorzaak van de acute gezondheidstoestand is niet relevant voor de coördinatie tussen diensten (horizontale aanpak), wat anders is dan bij zorg die zich richt tot het verbeteren van de uitkomst van een specifieke aandoening (verticaal programma) (Hirshon et al., 2012). Merk hierbij op dat door de doelstelling (leven/dood – beperking/geen beperking) de organisatie traditioneel (meer) ziekte gericht is (medisch). De acute fase[23] en het tijdelijke aspect voor *het redden van het leven of ledenmaten binnen de voorhanden middelen* zijn de core business van acute zorg (Hirshon et al., 2012).

22 *"Acute services therefore include all promotive, preventive, curative, rehabilitative or palliative actions, whether oriented towards individuals or populations, whose primary purpose is to improve health and whose effectiveness largely depends on time-sensitive and, frequently, rapid intervention. "* (Hirshon et al., 2012, p. 386).

23 *"Acute phase: refers to the period during an acute hospital admission following injury or illness, or after complex medical treatment or its complications. It can also apply to an acute event in a person with an established disability "*(European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h, p. 137).

Er is een tendens om zelfs op de spoedafdeling bij stabilisatie al acute revalidatie[24] (met als doelstelling 'het optimaliseren van functioneren'), hoe beperkt dan ook, aan te bieden naast de acute dienstverlening (met als doelstelling 'overleven'). De bedoeling is om vanaf dag één te werken aan de optimale revalidatie-outcome (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018g). Om dit mogelijk te maken, is een paradigmaverschuiving van het medische model (medisch denken) naar het biopsychosociaal model nodig. Voor een verbetering van de dienstverlening is communicatie in eenzelfde taal wenselijk.

2 Acuut – postacuut en langetermijn

Om duidelijkheid te scheppen welke interventie wanneer dient te gebeuren, gebruikt men de termen acute, postacute en chronische zorg zowel in gezondheidszorg (en beleid) als in de revalidatiesector. In de revalidatiesector spreekt men over de acute fase als men verwijst naar de periode op intensieve zorgen waar overleven (mortaliteit) centraal staat met het minste verlies aan functies.

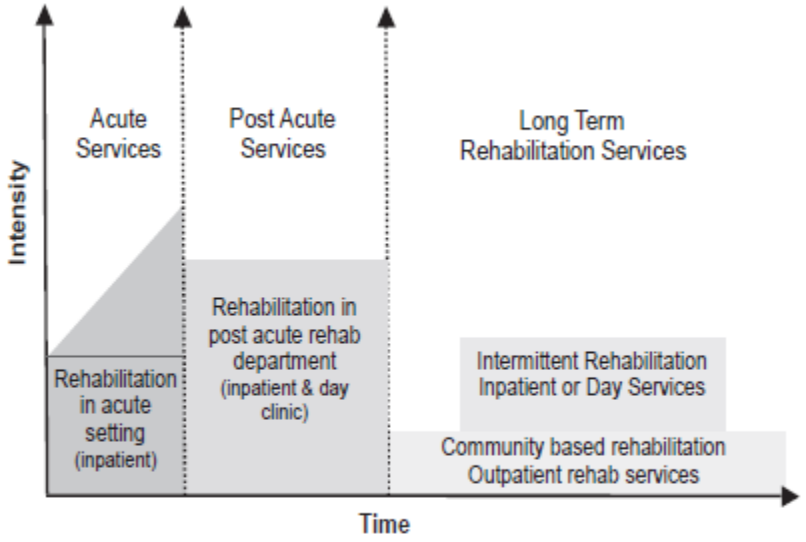
> *"The definition of PRM-programmes in post-acute settings concerns activities that start when the patient is medically stable and no longer requires to be in an acute hospital. This is usually within the first month after a patient's acute admission for illness or injury, but may be longer in very severely injured patients following acquired brain injury"* (Ward et al., 2012, p. 290).

Van zodra de gezondheidstoestand het toelaat zal men werken naar het herwinnen van functionaliteit en in bed starten met 'revalidatie'. Dit is de zogenoemde **subacute of post-acute fase**[25]. In België/Vlaanderen zal men eerst van de intensieve zorgen naar een post-acute afdeling worden doorverwezen. Vanaf daar gaat men gericht op zoek naar een gespecialiseerde revalidatieafdeling of revalidatieziekenhuis dat de intensieve, specifieke multidisciplinaire revalidatie **(langetermijn-revalidatie)** met als doel re-integratie opneemt. In de literatuur speekt men zowel van langetermijn-revalidatie, chronische zorg en post-acute revalidatie (De Vriendt, Gorus, Bautmans, & Mets, 2012; IHPA, n.d.; Peers, 2008).

---

24 "*Acute rehabilitation aims to prevent complications of immobilization (e.g. sarcopenia, orthostatic dysfunction, contractures, thrombosis) and of secondary conditions (e.g. neurogenic bladder and bowel, heterotopic ossification or spasticity) and improve functions and activities (e.g. mobility, coordination, activities of daily living)"* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018g, p. 268).

25 *"Post-acute phase: refers to the period following the acute phase after a sudden onset condition, when the patient is medically sufficiently stable; also patients with intermittent, progressive or stable conditions can benefit in phases of changing needs; in this phase the patient is still evolving. "*(European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h, p. 140).



Figuur 18 Verloop van acute naar langetermijnrevalidatie (Ward et al., 2012, p. 290).

De overgang van acute/post-acute zorgen naar langetermijndienstverlening moet als een continuüm worden gezien. De revalidatie kan evolueren van gehospitaliseerde dienstverlening naar ambulante dienstverlening verbonden aan revalidatiecentrum en naar revalidatie in de thuisomgeving. De uitgangspunten zijn de hulpvraag en noden van de cliënt.

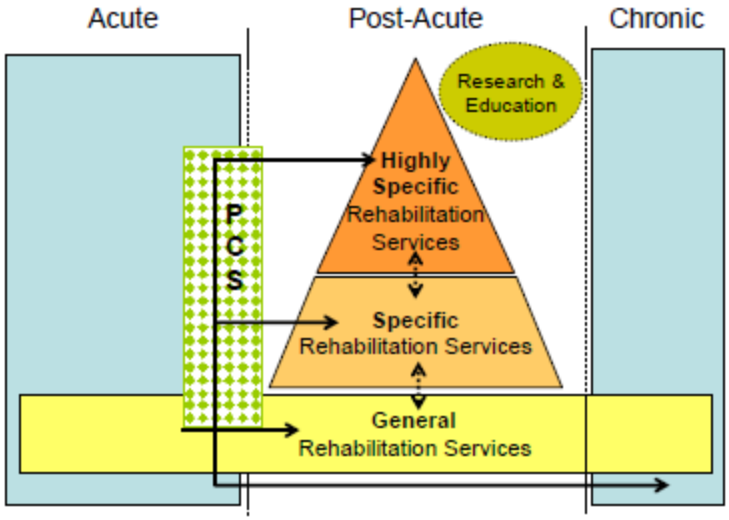
De overgang naar de chronische fase (langetermijnrevalidatie of langetermijnonderhoudsfase - follow-up) is evenwel niet duidelijk omlijnd. Vaak is dit de fase van ontslag[26] uit het revalidatieziekenhuis, waarna de persoon thuis verder wordt opgevolgd. Het kan ook het punt zijn waarop men eerder werkt naar behoudt van aanwezige functionaliteit dan naar het echt herwinnen van functionaliteit. Uit individuele gesprekken met experten blijkt dat er voor deze follow-up geen financieel kader is in de multidisciplinaire revalidatie. Men kan zich de vraag stellen of chronisch, post-acute revalidatie niet eerder institutionele grenzen of grenzen in tijd zijn dan effectieve revalidatietermen. Bij revalidatie is de term chronische zorg niet gebruikelijk of minder gebruikelijk dan in andere sectoren, op basis van de idee dat niemand ooit volledig klaar is met revalideren. Anderen experten spreken over de acute fase als de fase waar herstel van functies de doelstelling is. De fase waar herhaaldelijk momenten van opstoot van klachten zijn en waarbij behoud van aanwezige functies en functioneren het doel is, is dan de chronische fase.

Experten zien revalidatie als de dienstverlening na de acute fase die bijdraagt aan de maatschappelijke re-integratie op zowel professioneel gebied als in het gezin en de directe omgeving. Zo krijgt men zijn eigenwaarde terug en draagt men terug bij aan de maatschappij. Hierbij staan rollen en betekenisvol handelen voorop. De ultieme doelen van revalidatie zijn re-integratie, kwaliteit van leven en zelfredzaamheid. Cliënten zien revalidatie ook zo, maar zij geven aan dat hun revalidatie start vanaf het moment dat men hulpverlening vraagt. Voor verworven aandoeningen is dit bij aankomst van de ambulanciers. Voor aangeboren aandoeningen is dit vanaf de aanmelding bij de hulpverlening. Cliënten maken geen onderscheid tussen acuut, post-acuut en langdurige revalidatie. Zij stellen zelfs dat ze levenslang revalidatie nodig hebben. Betrokkenen geven aan dat het revalidatieproces een zeer

26 Waarbij de revalidatiefinanciering is ‘opgebruikt’.

intensief[27] en intiem[28] proces is. Hierbij is de therapeutische relatie cliënt-beroepsbeoefenaar intenser dan in andere sectoren.

In de revalidatiesector zijn er ook verschillende pogingen ondernomen om de revalidatiesector te herorganiseren zowel wat betreft triage (opbouw) als wat betreft financiering (zie Figuur 19) (Kiekens et al., 2007; Nolis, Vanhaute, & De Nutte, 2016).



Figuur 19 Voorbeeld van andere opbouw (voorstel) van de revalidatie voor België (Nolis et al., 2016): Stratified rehabilitation model uit (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018g, p. 269) op basis van (Kiekens et al., 2007, p. 206).

Acute, postacute, langetermijnrevalidatie, chronische fase en follow-up zijn zeer relatieve begrippen die per aandoening of zelfs per organisatiestructuur anders kunnen zijn. Revalidatie is een continuüm waarin er wordt gewerkt aan functioneren.

27 Van maanden tot jaren.

28 Beroepsbeoefenaars weten zowat alles van de cliënt.

3 Na de acute fase: rehabilitation

Wanneer de onderzoekers de werking van de revalidatie in acht nemen is het efficiënter om te spreken van de acute fase (overleven centraal) en de niet-acute fase (herwinnen van functioneren centraal). Doelstelling is en blijft de verbetering van de levenskwaliteit en het bespoedigen van het herstel (Nolis et al., 2016).

Rehabilitation (revalidatie) als term op zichzelf dient dan ook duidelijk te zijn.
De WHO (2017) heeft de volgende definitie uitgewerkt van 'rehabilitation':

> "*Rehabilitation is a set of interventions designed to **optimize functioning and reduce disability** in individuals **with health conditions in interaction with their environment**. Health condition refers to disease (**acute or chronic**), disorder, injury or trauma. A health condition may also include other circumstances such as pregnancy, ageing, stress, congenital anomaly, or genetic predisposition. **Rehabilitation thus maximizes people's ability to live, work and learn to their best potential**. Evidence also suggests that rehabilitation can reduce the functional difficulties associated with ageing and **improve quality of life**.*
> *Rehabilitation may be needed by anyone with a health condition who experiences some form of **limitation in functioning**, such as in mobility, vision or cognition.*
> *Rehabilitation is characterized by interventions that **address impairments, activity limitations and participation restrictions**, as well as personal and environmental factors (including assistive technology) that have an impact on functioning. Rehabilitation is a highly person-centred health strategy; treatment caters to the underlying health condition(s) as well as goals and preferences of the user"* (WHO, 2017b, p. 2).

Kijkt men naar de oorzaak (acuut, chronisch…), het moment in het leven van het ontstaan van het probleem (congenitale of verworven) of naar het effect op het leven (functioning, participation), dan wordt er weer over rehabilitation of habitation[29] gesproken.

Met andere woorden is revalidatie alles dat gaat over metingen, interventies/therapie/behandelingen, beleidsacties, … die de moeilijkheden opheffen die een persoon door gezondheidsproblemen ondervindt in zijn maatschappelijke participatie. Dit is een zeer ruim begrip, wat maakt dat elke beroepsbeoefenaar theoretisch gezien zijn cliënten 'revalideert'.

Met deze definiëring van rehabilitation, of revalidatiedienstverlening kan de vraag gesteld worden in hoeverre thuiszorgdiensten, eerstelijnsdienstverlening en palliatieve zorg als niet-revalidatie-dienstverlening gezien kunnen worden. In de huidige beleidscontext worden deze als aparte sectoren gezien en vallen deze buiten de scope van dit rapport.

---

29 Bij congenitale aandoeningen spreekt men eerder van habilitatie en bij verworven aandoeningen over revalidatie. Habituatie verwijst naar het proces om iemand met aangeboren beperkte mogelijkheden optimaal te laten ontwikkelen en functioneren (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018g; Nolis et al., 2016; WHO, 2011). Of zoals de WHO dit definieert "*Habilitation Within PRM this term refers to the part of rehabilitation dealing with growing age, when not all functions have been developed and when consequently diseases and impairments can negatively impact on the correct development of some otherwise normal functions"*(European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h, p. 138).

Healthcare level	Types of services		
	A. Acute care	B. Post-acute care	C. Long-term care
Tertiary level of healthcare	A.1: Acute rehabilitation wards A.2: Mobile acute rehabilitation teams	B.1: In-patient post-acute rehabilitation units	C.1: Intermittent in-patient rehabilitation services
Secondary level of healthcare	A.1: Acute rehabilitation wards A.2: Mobile acute rehabilitation teams	B.1: In-patient post-acute rehabilitation units B.2: Out-patient post-acute rehabilitation units B.3: Mono-professional post-acute services under supervision/leadership of a PRM Physician	C.1: Intermittent in-patient rehabilitation services
Primary level of healthcare	–	B.2: Out-patient post-acute rehabilitation units B.3: Mono-professional post-acute services under supervision/leadership of a PRM physician	C.2: Primary care rehabilitation centers C.3: Mono-professional long-term services under supervision/leadership of a PRM physician C.4: Community-based rehabilitation (CBR) services

Figuur 20 Overzicht van de rehabilitation services vanuit een Europees perspectief (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018g, p. 263).

3.1 Revalidatie in de Nederlandse taal

Maar wat is het nu rehabilitation of revalidatie en is dit een letterlijke vertaling van het Engels naar het Nederlands?

> *"Re-validatie : zelfstandig naamwoord… 1926–1950, gevormd van Latijn re- [op-nieuw] + valide [sterk, gezond]. : geheel van medische en sociale maatregelen, die tot doel hebben de validiteit van patiënten zo ver mogelijk te herstellen resp. de invaliditeit te verminderen en personen met een arbeidshandicap weer terug te brengen tot voor hen geschikt werk*
> *ook als tweede lid in samenstellingen als de volgende, waarin het eerste lid een lichaamsdeel, orgaan noemt: heuprevalidatie, huidrevalidatie, knierevalidatie, longrevalidatie, stem-revalidatie"* (Van Dale, 2018).

In de Nederlandse taal gebruikt men het construct revalidatie voor het *doel van revalidatie* met vooral de nadruk op arbeidsre-integratie. De samengestelde woorden doen meer denken aan de fysische geneeskunde en revalidatie[30]. Merk hierbij op dat deze definitie reeds van 1950 dateert. Invaliditeit en arbeidshandicap zijn twee begrippen die ondertussen ook anders worden gedefinieerd.

30 Fysische geneeskunde (fysische geneeskunde en revalidatie (FGR)): *PRM is the primary medical specialty responsible for the prevention, medical diagnosis, treatment and rehabilitation management of persons of all ages with disabling health conditions and their co-morbidities, specifically addressing their impairments and activity limitations in order to facilitate their physical and cognitive functioning (including behavior), participation (including quality of life) and modifying personal and environmental factors."*(European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018, p. 139).
Fysische geneeskunde en revalidatie wordt op Europees niveau gedefinieerd als een onafhankelijke medische specialiteit die streeft naar een optimaal niveau van fysisch en cognitief functioneren, activiteiten (inclusief gedrag) en participatie (inclusief levenskwaliteit), rekening houdend met persoonlijke en omgevingsfactoren. Dit omvat de componenten van de International Classification of Functioning, Disability & Health (ICF). Nederland en Canada zijn de enige landen waar de definitie van fysische geneeskunde en revalidatie niet in overeenstemming is met de ICF. (Leclercq et al., 2008).

Dit is van voor de introductie van ICF en dus vóór er sprake was van een paradigmaverschuiving naar het biopsychosociaal[31] denken. Het medisch denken staat nog te veel centraal. Bijgevolg geeft het vertalen van de huidige term rehabilitation (Engels) naar het Nederlands als revalidatie per definitie problemen wat betreft inhoud, construct en visie. Daaruit volgt een risico naar spraakverwarring in het Nederlands tussen experten en niet-experten zoals burgers en cliënten die niet op de hoogte zijn van het ruimere biopsychosociaal denken.

Daarbij komt dat naargelang de *bevoegdheid* ook een andere invulling wordt gegeven aan revalidatie. Hoe het beleid revalidatie invult, verschilt naargelang het wettelijk kader. En in dit wettelijk kader is de volledige paradigmaverschuiving ook nog niet verwezenlijkt.

Dit alles maakt dat men naargelang de bevoegdheid of context spreekt over de revalidatie binnen in de geestelijke gezondheidszorg (psychosociale revalidatie) en de fysische revalidatie. De definitie uit het ZnI Cahier spreekt over de fysische revalidatie die enkel de *' multidisciplinaire behandeling onder leiding van een arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie' of 'musculoskeletale en neurologische revalidatiegeneeskunde'* omvat (Nolis et al., 2016). Echter volgens ZnI is het ook mogelijk om andere *'multidisciplinaire behandelingen onder leiding van een arts'* te omschrijven, zodat ook de behandeling van personen met visusprobleem, gehoorprobleem, cardiorespiratoire problemen, oncologie, diabetes… onder revalidatie valt. De beperking van het onderzoeksdoel tot fysische geneeskunde en revalidatie was enkel praktisch van aard. Een uitbreiding van de doelgroepen is dan ook theoretisch mogelijk. Het werk kan dan zo toepasbaar gemaakt worden naar andere vormen van revalidatie zoals er zijn, gehoorproblematiek, visusproblematiek, cardiopulmonaire problematieken… mogelijk te maken.

Uit de internationale literatuur blijkt immers dat het niet noodzakelijk is dat de geneesheer hierbij de leiding of coördinatie op zich neemt. Deze rol van de arts is historisch zo gegroeid in België/Vlaanderen. Dit ideeëngoed wordt ook bevestigd in de conventies gezien deze zich intussen tot meer dan enkel de fysische geneeskunde en revalidatie richten (Vandenbroeck et al., 2018).

31 Voor meer informatie over het ontstaan van het biopsychosociaal model wordt verwezen naar de literatuur van George Engel (1977) en bijhorende vakliteratuur (Lysens & Peers, 2017).

Naargelang het criterium kunnen de inhoud van de revalidatiedienstverlening en bijhorende doelgroep dus sterk variëren (zie Tabel 17).

Tabel 17 Niet limitatieve lijst van doelgroepen van revalidatie (Bellemans & Broos, 2008; Christiaens et al., 2014; Geertzen et al., 2014; Integraal Kankercentrum Nederland, 2011; Jonckheer et al., 2017; Kos et al., 2013; Leclercq et al., 2008; Peers, 2008; Revant, n.d.; Van Cranenburgh, 2017; Van den Heede et al., 2017).

Op basis van leeftijd of specifieke noden	**Op basis van therapienoden**	**Diagnosegroepen**	**Diagnosegroeperingen**
Kind- en jongerenrevalidatie	Vocational rehabilitation of arbeidsre-integratie	Cerebrovasculaire aandoening (CVA)	Neurologische revalidatie of neuromusculaire revalidatie: NAH, minimum of beperkt responsieve cliënten (coma), MS, ziekte van Parkinson, CP, CVA, ALS, dwarslaesie, Guillain-Barré, spierziekte...
Revalidatie voor personen met meervoudige beperking	Cognitieve revalidatie	Traumatisch hersenletsel	Revalidatie bij verminderd bewustzijn
Revalidatie voor ouderen (geriatrische revalidatie)	Gangrevalidatie	Dwarslaesie	Cardiopulmonaire revalidatie, hartrevalidatie, pulmonaire revalidatie: revalidatie na hartlijden (hartinfarct, pacemaker plaatsen, harttransplantatie,…) of longlijden (COPD, sarcoïdosis, longtransplantatie)
Revalidatie voor personen met een ontwikkelingsproblematiek	Handrevalidatie	Neurodegeneratieve aandoeningen	Orthopedische revalidatie of revalidatie na chirurgische ingrepen aan heup, knie, mastectomie, urine-incontinentie
Revalidatie voor comateuse personen	Revalidatie bij chronische pijn	Neuromusculaire aandoeningen	Oncologische revalidatie
Revalidatie bij palliatieve personen	Recovery en rehabilitation in de GGZ	Traumatisch zenuw- en plexus-brachialisletsel	Traumarevalidatie: hand of polsletsel, botbreuken, orgaanletsel, letsel aan spieren en gewrichten of amputatie aan één of meerdere ledematen
		Traumatologie (armamputatie of transversaal congenitaal reductiedefect, handrevalidatie	Revalidatie na brandwonde
			Revalidatie van (lage) rugpijn
		(acute) revalidatie bij brandwonde	Diabetes revalidatie

		Revalidatie in pijncentra	Revalidatie bij pijn en gewrichtsaandoeningen: whiplashsyndroom, fibromyalgie, CVS/ME, CRPS,…
		Amputatie en prothesiologie van de onderste extremiteit	Revalidatie bij gehoorproblemen
		Gewrichtsaandoening	Revalidatie bij visuele problemen
		Hartrevalidatie	Revalidatie van chronische aandoeningen
		Oncologische revalidatie	Revalidatie in de geestelijke gezondheidszorg
		Respiratoire revalidatie	
		Diabetes revalidatie	

Deze indeling en de bijbehorende beschrijving zijn voorwerp van discussie en er is ook overlap. In de dagelijkse (Belgische) praktijk worden bovendien financiering en de plaats van de revalidatie-dienstverlening meegenomen in de beslissing tot doorverwijzing van de cliënt. Dit heeft gevolgen voor de soort revalidatie die men krijgt: multidisciplinair (onder leiding van fysische geneesheer, oncoloog, handchirurg, cardioloog, longarts,….) of monodisciplinair. Cliënten krijgen vaak al tijdens de hospitalisatie - monodisciplinaire - kinesitherapie en dit blijft bij vier op vijf van de gevallen de enige vorm van revalidatie zoals bij incontinentie, distale breuken, meniscusproblemen en het carpale-tunnelsyndroom. Op het einde van de hospitalisatie stoppen veel behandelingen met fysische geneeskunde en revalidatie, terwijl kinesitherapiebehandelingen voortgezet worden na ontslag (Leclercq et al., 2008).

Daarom wordt *revalidatie* het best op basis van zijn doel gedefinieerd, namelijk *het reïntegreren, het herstellen van de optimale staat van functioneren in interactie met zijn omgeving* (Medica et al., 2017; Meyer et al., 2014).

3.2 Revalidatie en fysische geneeskunde en revalidatie (FGR)

De omschrijving van revalidatie in het Nederlands in te eng en achterhaald. Daarom wordt er verder gebouwd op de WHO[32] definiëring van rehabilitation. Iedereen die een gezondheidstoestand heeft die het functioneren belemmert, komt in aanmerking voor revalidatie.

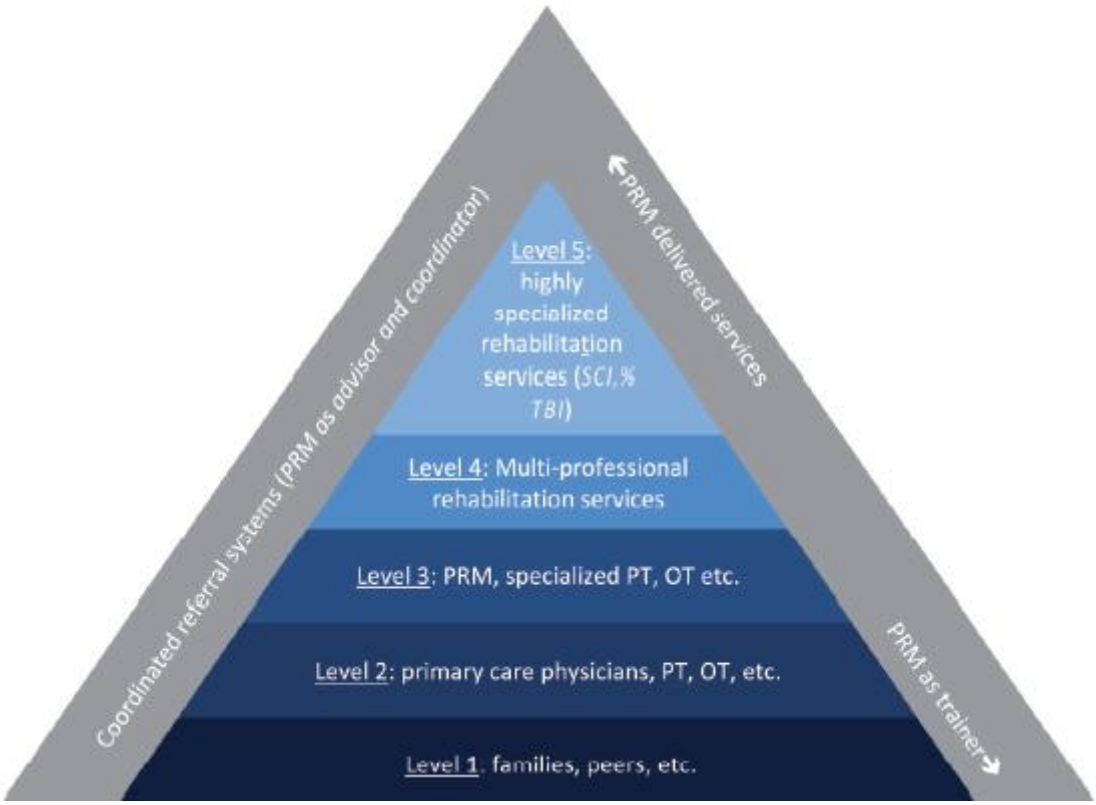
32 *"Rehabilitation is a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment. Health condition refers to disease (acute or chronic), disorder, injury or trauma.* ***A health condition may also include other circumstances such as pregnancy, ageing, stress, congenital anomaly, or genetic predisposition.*** *Rehabilitation thus maximizes people's ability to live, work and learn to their best potential. Evidence also suggests that rehabilitation can reduce the functional difficulties associated with ageing and improve* ***quality of life.*** *Rehabilitation may be needed by anyone* ***with a health condition who experiences some form of limitation in functioning****, such as in mobility, vision or cognition. Rehabilitation is characterized by interventions that address impairments, activity limitations and participation restrictions, as well as personal and environmental factors (including assistive technology) that have an impact on functioning. Rehabilitation is a highly person-centred health strategy; treatment caters to the underlying health condition(s) as well as goals and preferences of the user"* (WHO, 2017b, p. 2)

In Vlaanderen heeft ZnI - zich baserend op de definities van (Kiekens et al., 2007, p. ii) en van de European Union of Medical Specialists (UEMS) - een Nederlandstalige definitie uitgewerkt:

> *"Revalidatie is een **actief proces** gericht op een geheel van multidisciplinaire*, doelgerichte en zinvolle activiteiten om een **optimaal niveau van onafhankelijkheid en functioneren** te bereiken en te behouden voor personen met een lichamelijke of functionele beperking, gerelateerd aan het **musculoskeletale en neurologische systeem die activiteits- en/of participatiebeperkingen t**ot gevolg hebben, in interactie met **persoonlijke en omgevingsfactoren**, met een redelijke verwachting van **functionele verbetering en/of verbetering van de levenskwaliteit.***
>
> - *Multidisciplinariteit en doelgerichtheid wijzen op de noodzakelijke gelijkgerichte teambenadering in een goed georganiseerd revalidatiecentrum;*
> - *De zinvolheid wijst op de voorwaardelijke redelijke mogelijkheid om te komen tot functionele winst of verbetering van de levenskwaliteit;*
> - *Wetende dat de revalidatie een discipline is die aangestuurd wordt vanuit de **dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie**;*
> - *Revalidatie wordt in **deze context gespecificeerd als neurologische en musculoskeletale revalidatie,** waarbij de neurologische revalidatie ook de neuropsychologische revalidatie omvat, en dient te worden gesitueerd naast de cardiale en respiratoire revalidatie.*
>
> *Revalidatie houdt zich actief bezig met al deze factoren bij de inventarisatie van de beperkingen. * Multidisciplinaire zorg is gericht op het voorkomen (zowel primaire als secundaire preventie), reduceren en behandeleng (diagnose, therapie) van de te verwachten fysische of functionele gevolgen voor de revalidanten"* (Nolis et al., 2016, p. 7).

In deze definitie komen duidelijk de aspecten van het biopsychosociaal denken aan bod, met een afbakening naar *people with disabling medical conditions.* De fysische geneeskunde en revalidatie richten zich vooral op de musculoskeletale en neurologische aandoeningen naast de cardiorespiratoire aandoeningen, obesitas, oncologische aandoeningen, chronische pijn en chronische vermoeidheids-syndroom (Kiekens, Beyens, & Peers, 2008). Personen met CVA, ruggenmergletsels, MS, een totale heupprothese en amputatie van een onderste ledemaat vertegenwoordigden voor de zesde staatshervorming samen 75% van de locomotorische en neurologische SP-bedden (Kiekens et al., 2007). Locomotorische revalidatie wordt in België (zie ook Hoofdstuk 5) ook wel gebruikt voor de neuromusculaire revalidatie, musculoskeletale revalidatie en neurologische revalidatie. Dit is wat ongelukkig, gezien musculaire en neurologische revalidatie niet los van elkaar gezien kunnen worden (Kiekens et al., 2007). De sterkte van de definitie van ZnI is dat de biopsychosociale visie (ICF) en revalidatieproces herkenbaar zijn. Een beperking van deze definitie is wellicht de beperking tot de doelgroep van fysische geneeskunde en revalidatie. Uit de WHO-definitie blijkt immers dat het geen vereiste is dat de dienst fysische geneeskunde en revalidatie instaat voor de revalidatie (zie ook Figuur 21).

Indien de paragrafen verwijzend naar de musculoskeletale revalidatie en fysische arts worden aangepast naar 'revalidatie' en er wordt losgekomen van de afdeling fysische geneeskunde en revalidatie, is deze definitie wél breed inzetbaar in België. Er is echter bewust door ZnI gekozen om de omschrijving verder te specifiëren in het kader van hun onderzoeksdoel (zie ook supra).



Figuur 21 Piramide van niveaus van specialisaties in gezondheidszorg gerelateerd aan revalidatie en de rol van de fysische geneesheer in het bieden van diensten zoals coördinatie, training en opleiding (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 232).

De ICF is dan ook het kernconcept van PRM (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018e). Congruent met de WHO definitie is revalidatiedienstverlening niet diagnose-afhankelijk. Naast de neuromusculaire revalidatie (volgens de Nederlandstalige definitie) behoren ook de psychosociale revalidatie, de sensoriële revalidatie, de cardiopulmonaire revalidatie, cognitieve revalidatie, revalidatie na brandwonden …. tot revalidatie. De WHO definities is dan ook heel erg breed.

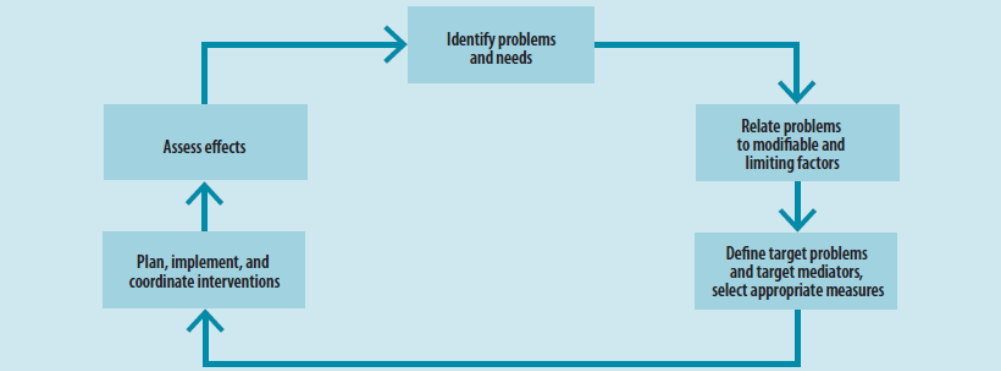
In conclusie blijkt de definitie van ZnI te eng en de WHO definitie te breed voor de context van dit onderzoek.

Het instrument dat de onderzoekerswillen ontwikkelen moet het volgende kunnen bewerkstelligen:

1. preventie van verlies van functioneren,
2. vertragen van de hoeveelheid aan verlies van functioneren,
3. verbeteren of herwinnen van functioneren,
4. compensatie van verloren functionaliteit en
5. behouden van het huidig functioneren.

3.3 Revalidatieproces

De WHO stelt dat het revalidatieproces vijf stappen omvat in een 'rehabilitation cycle'. Het revalidatieproces start als de doelstelling van de dienstverlening zich niet meer richt op overleven maar op het optimaliseren van functioneren.



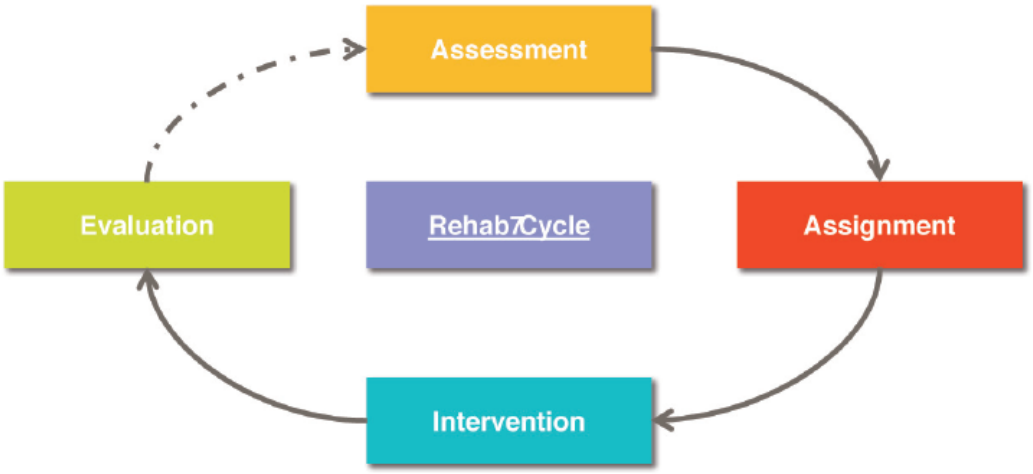
Figuur 22 Revalidatiecyclus (WHO, 2011, p. 96), aangepaste versie van (Steiner et al., 2002, p. 2002).

De WHO en experten vullen de verschillende stappen als volgt in:

- **Identify problems and needs**: de cyclus start met het bepalen van het revalidatiepotentieel, globale revalidatienoden en *medische diagnoses* om in een goede doorverwijzing te voorzien (triage). Medische diagnoses zijn in het ICF terug te vinden onder 'gezondheidstoestand, stoornissen en anatomische eigenschappen' (de 'bio' uit het biopsychosociale model).
- **Relate problems to modifiable and limiting factors:** eens de cliënt doorverwezen is naar een revalidatieziekenhuis dat kan voldoen aan de revalidatienoden, kan gestart worden met de intake en het therapeutisch bilan om de *revalidatiediagnose* te bepalen. De revalidatiediagnose valt in de ICF op het 'activiteiten- en op participatieniveau' en houdt rekening met de externe en persoonlijke factoren (psychosociale aspect uit het biopsychosociale model). Disciplines die hieraan deelnemen zijn onder andere fysische geneeskunde en revalidatie, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, logopedisten, psychologen, sociaalassistenten, diëtisten… In de fase van diagnose of herevaluatie hebben alle disciplines en alle subgroepen van revalidatie specifieke assessment-instrumenten nodig. ICF en interRAI Suite kunnen hieraan bijdragen, met een gemeenschappelijke taal voor de verschillende disciplines.
- **Define target problems and target mediators, select appropriate measures**: het assessment, de wensen/doelen/noden van de cliënt en eventueel van de familie én het pre-morbide functioneren zoals weergegeven in de interRAI geschiedenis, zullen de basis vormen voor de *revalidatieprognose* en het bepalen van de effectieve revalidatiedoelen op lange en korte termijn. De interRAI output aan de hand van CAP's en schalen, biedt ondersteuning om problemen en mogelijkheden te identificeren.
  De doelen, diagnostiek en bilan per discipline zullen op de multidisciplinaire teamvergadering samengebracht worden in de vorm van de ICF en bij voorkeur in de toekomst ook via het BelRAI Revalidatie instrument, om een holistisch en volledig beeld te hebben van het huidig functioneren van de cliënt zowel naar mogelijkheden en beperkingen als naar belemmerende en faciliterende factoren.

Met andere woorden vormen de revalidatiediagnose en de revalidatieprognose de uitgangspunten. Dit gaat verder dan de indicatiestelling[33].

- **Plan, implement, and coordinate interventions**: de stoornissen die langdurig of permanent een beperking vormen maar die een goede kans op verbetering hebben, worden in kaart gebracht op basis van de specifieke kennis en kunde van het revalidatieteam. Dit team kan in de toekomst ondersteund worden via de CAP's en schalen van interRAI. Op die manier kan het participatieprobleem worden voorkomen of gereduceerd. De revalidatiediagnose en de prognose zijn nodig om te kunnen starten met een effectieve *revalidatiebehandeling.* De revalidatiebehandeling is de gecombineerde inzet van verschillende disciplines, methode(s) en materiële middelen om de *revalidatiedoelstellingen* te behalen. Het gecoördineerde overzicht van de verschillende therapieplannen is het revalidatieprogramma[34], dat op zijn beurt al dan niet een onderdeel is van het zorgprogramma of zorgpad. Doorheen de cyclus zullen deze doelen geëvalueerd en bijgestuurd worden. Hierbij kan er beroep worden gedaan op specifieke experten zoals orthopedist/ orthopedisch technicus , seksuoloog, audioloog…. of artsen-specialisten zoals dermatologie, urologie, hart- en vaatziekte, neurologie… (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f; Lysens & Peers, 2017; Peers, 2008; Steiner et al., 2002; WHO, 2011). InterRAI draagt in dit proces bij tot het ondersteunen van de zorgplanning.
- **Asses effects:** de revalidatie wordt continu gemonitord en bijgestuurd waar nodig. Ook hieraan kan de interRAI output een bijdrage bieden.



Figuur 23 Rehab Cycle met vier basisstappen: assessment, assignment, intervention en evaluation (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 232).

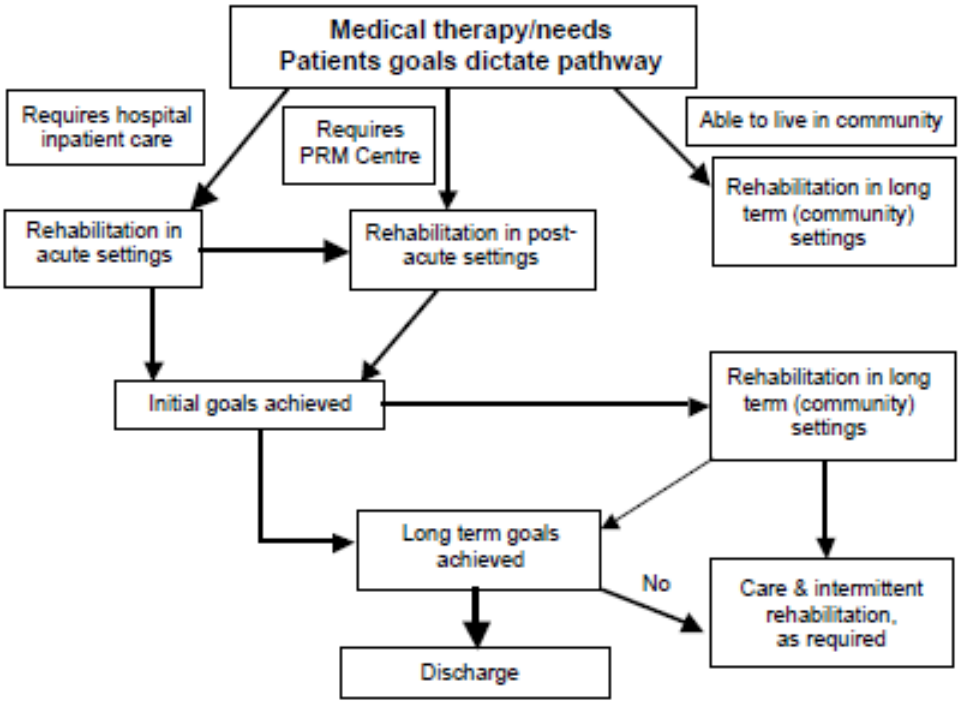
Het revalidatieproces start opnieuw indien uit de evaluatie nieuwe of bijgestuurde revalidatiedoelen ontstaan (zie Figuur 23).

---

33 Indicatiestelling: *"onder indicatiestelling verstaan we het vaststellen van de zorgzwaarte en/of ondersteuningsnood zowel met het oog op het verlenen van zorg als met het oog op het vaststellen van een recht op een financiële tegemoetkoming voor zorg."* (Vandeurzen, 2015, p. 2).

34 "*Rehabilitation programme: a rehabilitation programme is the chronological list of diagnostic and therapeutic actions and interventions needed to respond to a patient's rehabilitation needs and goals; this can be for a specific phase or over the continuum of care* "(European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018h, p. 140).

De cliënt/revalidant kan hierdoor met veel verschillende diensten en afdelingen in contact komen. De tijdsfactor is essentieel om tot een optimale revalidatie-outcome te komen. Omwille hiervan worden de revalidatiedienstverlening en de gezondheidszorg in het algemeen meer en meer in zorgprogramma's[35] en zorgpaden[36] uitgewerkt. Het zorgprogramma is 'wat' er moet gebeuren en het zorgpad 'hoe' het moet gebeuren (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018d; Lysens & Peers, 2017; Ward et al., 2012).



Figuur 24 Rehabilitation pad (Ward et al., 2012, p. 292)

Het ultieme doel van het revalidatieproces is dat de hulpvraag voor re-integratie wordt beantwoord. Dit is waarneembaar doordat de cliënt zijn betekenisvolle activiteiten[37] of het geoptimaliseerde activiteiten- en participatieniveau (ICF) terug kan opnemen. Hiervoor dient men gericht belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen. Er wordt daarom aan de slag gegaan met de aanwezige stoornissen (ICF) en de context van de persoon (ICF). Hierbij wordt rekening gehouden met hun mogelijkheden en beperkingen om zo barrières te minimaliseren of te compenseren. Er wordt dus niet gesproken over een diagnose-specifieke doelgroep die enkel en alleen van deze cyclus kan begeleid worden.

35 Zorgprogramma (ZP): "is een geheel van (multidisciplinaire) zorgprocessen gericht op een homogene doelgroep van patiënten met als doel kwaliteit van zorg" *(Lysens & Peers, 2017, p. 59)*.

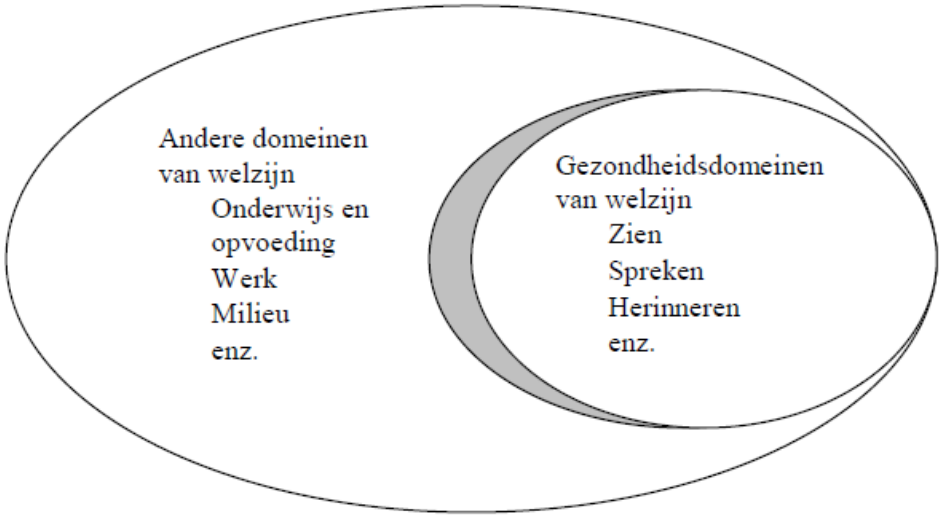
36 Zorgpad:*" is een 'complexe interventie' om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader*" (Lysens & Peers, 2017, p. 61).

37 Hierbij dienen begrippen zoals *engagement* en de verschillende componenten van participatie niet worden vergeten (Cup et al., 2017; Townsend & Polatajko, 2007; Van De Velde et al., 2012).

Liaison	Medical specialists/ Professionals involved	Systems required
Referrals in	PRM specialist in acute setting Acute care physicians, (e.g. neurologist and others) Acute care surgeons (e.g. neuro and orthopaedic surgeons) Psychiatrists	Direct from PRM service in acute setting Establishment of referral team, e.g. rehabilitation coordinator, specialist nurse, PRM specialist (see similar system for rehabilitation specialist in acute settings)
Liaison out	Primary care team (general practitioner) care services, institutional care (nursing homes, etc.) Vocational and employment services Other health services	PRM services including Resettlement officer/service Occupational therapy, rehabilitation engineering, etc. PRM services including vocational and occupational therapists Depending on individual service facilities

Figuur 25 Overzicht van interactie tussen het revalidatieteam en andere (medische) diensten vanuit een internationaal perspectief (Ward et al., 2012, p. 293)

Uit Figuur 25, Figuur 26 en Tabel 21 blijkt duidelijk dat revalidatie niet stopt bij de curatieve sector. In het gezondheidszorgsysteem of in de welzijnssector zijn er verschillende zorgaanbieders en disciplines aanwezig die direct of indirect revalidatiedienstverlening aanbieden of met wie gecommuniceerd moet worden over de cliënt, rekening houdend met het beroepsgeheim. Het aantal zorgactoren dat betrokken is bij revalidatie, is dan ook hoog.



Figuur 26 Welzijnsuniversum op basis ICF(WHO, 2001c)

Tabel 18 Aanwezige actoren waaronder beroepsbeoefenaars en zorgaanbieders en zorgnoden al dan niet in het gezondheidssysteem met een directe link met de revalidatiedienstverlening (niet limitatief).

Zelfstandige paramedici	Thuisverpleging, familiehulp, thuishulp, gezinshulp, thuiszorgdiensten
Residentiële zorg in de GGZ	Ambulante dienstverlening in de GGZ
Ouderenzorg: WZC	VAPH: permanente opvang, erkenning handicap, hulpmiddelen
UZ	AZ
VDAB/GTB/GOB, Dienst preventie en welzijn op het werk (arbeidsgeneesheer), maatwerkbedrijven, HR diensten in bedrijven, vakbonden, opleidingscentra, maatwerkbedrijven, …	CLB en onderwijs
Verzekeringsgeneeskunde: ziekte (arbeidsongeschiktheid en invaliditeit), arbeidsongevallen (politie en leger, onderwijs, ….) privéongevallen, beroepsziekte,…	Mobiliteitshulpmiddelen: rolstoelen (RIZIV/ VAPH) en hulpmiddelen (VAPH) en aanpassingen thuis (renovatiepremie)
Huisartsen	Arts-Specialist
Diensten eerstelijns verbonden aan de mutualiteiten	OCMW
GGZ: externe psychologe, CGGZ	CARA
Diensten van tegemoetkomingen en sociale zekerheid en bescherming (FOD percentage handicap, VSB, VAPH)	Oppasdiensten en vrijwilligers
Dagcentra voor personen met een beperking	Gehoorcentra en audicienzorg Opticiens

Hoofdstuk 5
Revalidatie in België

Tot nu toe is revalidatie vrij theoretisch benaderd vanuit een internationaal perspectief, los van de structuur van de revalidatiedienstverlening in België en Vlaanderen. Daarom dient ook de beleidscontext waarin dit onderzoek zich situeert te worden geschetst. Om een antwoord te bieden aan de uitdagingen waarvoor de gezondheidszorg staat, is er onder andere nood aan een geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (integreo, 2018a; RIZIV, 2018; WHO, 2008).

De ministers van Volksgezondheid van de deelstaten en de federale overheid hebben op 19 oktober 2015 daarom een *gemeenschappelijk plan voor chronisch ziekten* goedgekeurd (integreo, 2018b). Dit plan kwam er onder andere naar aanleiding van het KCE-rapport 190 door de federale regering in 2012 en de keuze van de Vlaamse overheid om meer in te zetten op de organisatie van een vraaggestuurde zorg[38] (integreo, n.d., 2018a; Paulus, Van Den Heede, & Mertens, 2012; Vandeurzen, 2015).

De definitie van de WHO van **chronische ziekten**[39] wordt overgenomen door initiatieven van integreo. Hierbij wordt **geïntegreerde zorg**[40] als cruciaal gezien bij chronische ziekte. Een chronische ziekte of aandoening wordt gekenmerkt door multimorbiditeit en kwetsbaarheid wat betreft inkomensverlies, invaliditeit, verminderd deelnemen aan sociaal leven, enz. Geïntegreerde zorg vraagt een paradigmashift in het gezondheidsbeleid waarbij de gezondheidszorg niet meer georiënteerd wordt op het ziektebeeld, maar waarbij de cliënt centraal staat. De nadruk ligt hierbij op de capaciteiten en doelstellingen van de cliënt, op preventie en op voorkomen van versnippering van de zorg (integreo, 2018a).

Op 24 april 2015 maakte de huidige minister van volksgezondheid, Maggie De Block, bekend dat zij een plan van aanpak voor de hervorming van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering uitwerkt. Hierbij kondigde zij aan dat de term 'ziekenhuis' niet meer een 'beddenhuis' dekt en dat ziekenhuizen zich in netwerken dienen te organiseren via een transmurale zorg. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen basisziekenhuizen, referentieziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen. Dit heruitvinden van 'het ziekenhuis' kadert in het bieden van diensten op maat van de cliënt van vandaag (De Block, 2015a, 2015b, 2016; De Pourcq et al., 2016; Van de Sanden et al., 2010).

---

38 *"Vraaggestuurde zorg: zorg met het cliëntenperspectief als vertrekpunt, waarbij door een gelijkwaardige interactie tussen cliënt en zorgaanbieder of zorgverlener, de vraag van de cliënt via overleg en onderhandeling leidt tot een (voor de cliënt) passend aanbod en daarmee tot consequenties voor het organiseren van de zorg, waarbij de cliënt als eindgebruiker de keuze heeft"* (Vandeurzen, 2015, p. 2).

39 *"Noncommunicable diseases (NCDs), also known as chronic diseases, are not passed from person to person. They are of long duration and generally slow progression. The four main types of noncommunicable diseases are cardiovascular diseases (like heart attacks and stroke), cancers, chronic respiratory diseases (such as chronic obstructed pulmonary disease and asthma) and diabetes. "* (WHO, 2018c).

40 *"Integrated service delivery is "The management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services, according to their needs over time and across different levels of the health system."* (WHO, 2008).

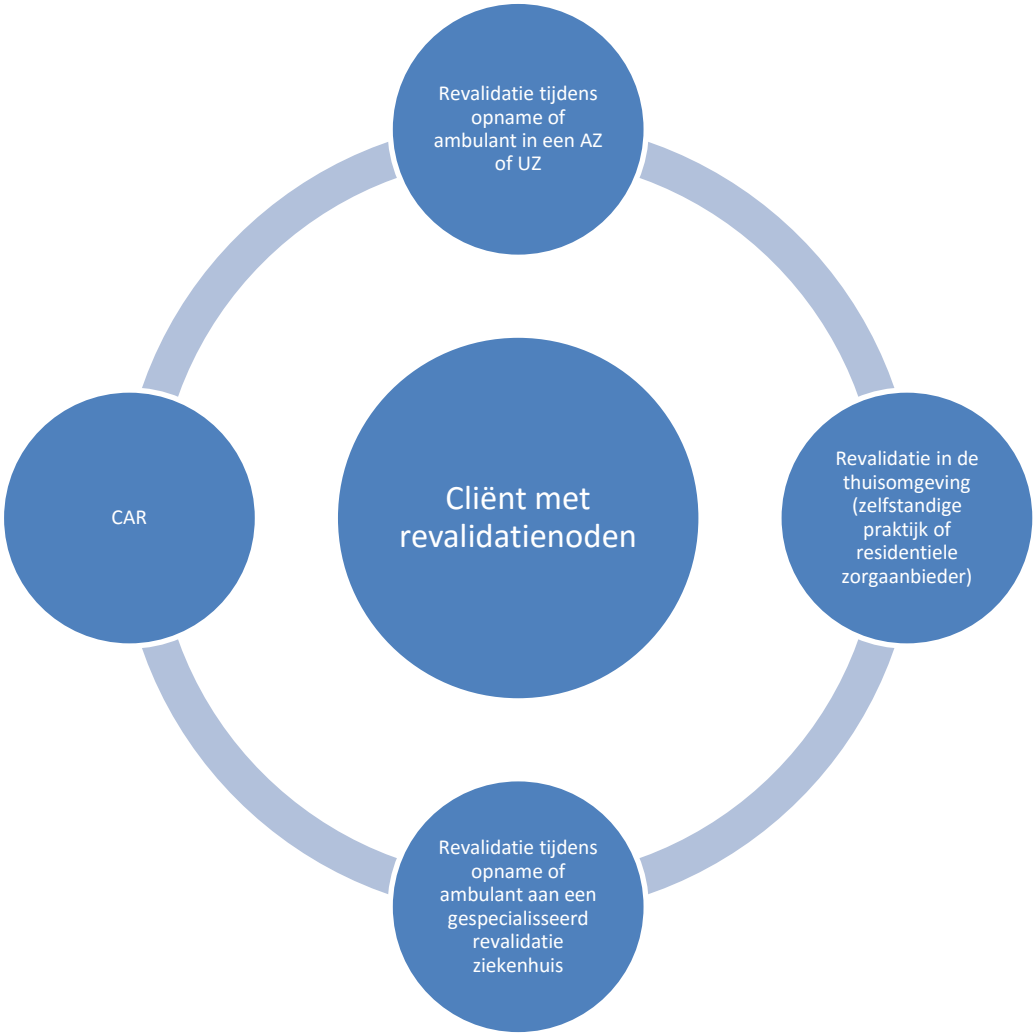
Naast dit gegeven dient er rekening te worden gehouden met het feit dat de ziekenhuisdienstverlening zich meer en meer in zorgprogramma's organiseert en dat er wordt gewerkt aan transmurale/ transversale zorg. Transversaal *betekent dat meerdere zorgverleners en verschillende disciplines samenwerken, over de grenzen van het ziekenhuis heen en tussen de zorginstellingen onderling* (FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

Om tegemoet te komen aan de uitdagingen van de toekomst past het beleid zich ook continu aan. Men werkt samen met de sector om oplossingen uit te werken om de kwaliteitsvolle gezondheidszorg te behouden en nog te verbeteren, via het opstellen van actiepunten (Interministeriële Conferentie, 2015). De BelRAI Suite projecten kaderen in dit geheel en laten toe om te werken aan minstens twee actiepunten: (1) communicatie tussen de zorgvoorzieningen en sectoren optimaliseren en (2) ondersteunen van zorgplanning. BelRAI Suite draagt hierdoor bij aan de defragmentatie van de zorg door transversaal en multidisciplinair handelen te ondersteunen.

1 Revalidatiebeleid en Nederlandstalige niet-Vlaamse bevoegdheden

Om te kunnen toelichten welke revalidatiezorgaanbieders onder de Vlaamse bevoegdheid vallen sinds de zesde staatshervorming en om inzicht te krijgen in de Vlaamse revalidatiesector, is er een basiskennis van de gehele Belgische revalidatiedienstverlening noodzakelijk. In dit hoofdstuk wordt de revalidatie-dienstverlening voor de zesde staatshervorming beschreven zoals die, in een overgangsperiode, in de praktijk op dit moment nog wordt uitgevoerd. Voor de Vlaamse revalidatiesector zal de werking wellicht veranderen in de komende jaren. De Nederlandstalige niet-Vlaamse revalidatiedienstverlening blijft ongeacht de staatshervorming een belangrijke partner voor de Vlaamse revalidatiesector.

De revalidatiedienstverlening is per definitie multidisciplinair onder leiding van een arts-specialist, maar kan uitgevoerd worden door verschillende zorgaanbieders (zie Figuur 27). Ondanks het feit dat de ICF als biopsychosociaal kader meer en meer wordt gebruikt, wordt de organisatie van de gezondheidszorg nog steeds vooral vanuit een medische visie aangestuurd. Dit creëert een kloof tussen beleid en praktijk. In de praktijk blijkt dat naargelang de specialisatie van de arts-specialist (bv. kennis naar biopsychosociaal denken) en de setting (beleid en financiering) er andere accenten gelegd worden in het revalidatieproces.



Figuur 27 Revalidatiedienstverlening in België / Vlaanderen onafhankelijk van de bevoegdheid

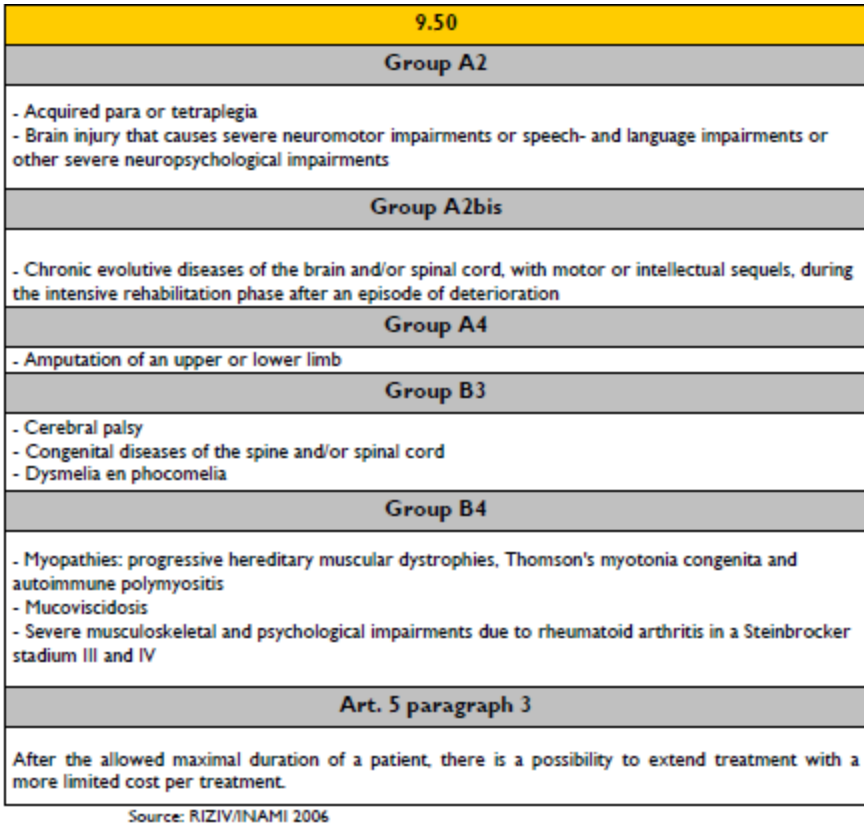
De financiering van de revalidatie is zeer divers. De verklaring hiervoor is terug te vinden in de historiek van de Belgische gezondheidszorg en ziekteverzekering (voor revalidatie). Deze financiering is niet gebaseerd op de kenmerken van de populatie. Beleidsmatig vindt men de revalidatie een complexe sector. Nochtans worden er bij revalidatie niet veel hoogtechnologische of intensieve medische zorgen ingezet. De complexiteit is eerder te zoeken in de ondoorzichtigheid en onduidelijkheid van de revalidatiedienstverlening voor beleidsmakers. Een gebrek aan standaardisatie en vooral de overlappende financieringssystemen verklaren dit gevoel (Kiekens et al., 2007).

In België is vooral de federale overheid (RIZIV) bevoegd via 34 conventies en nomenclatuurnummers (K/M) (Tabel 19). Dat impliceert dat de musculaire en neuromusculaire revalidatie gefinancierd wordt volgens - een variant van - prestatiefinanciering (Kiekens et al., 2007; Van de Sanden et al., 2010).

Tabel 19 Overzicht van de verschillende financieringstypes

- M-nomenclatuur kinesitherapie
  - E-lijst zware aandoeningen
  - Fa-lijst specifieke acute aandoeningen
  - Fb-lijst specifieke chronische aandoeningen
- K-nomenclatuur fysische geneeskunde
  - K15
  - K20 monodisciplinair max 48 sessies
  - K30 en K60: specifieke aandoeningen MT
- Conventies (7.71 / 9.50)
  - voor specifieke - aangeboren en verworven - zware neurologische, pulmonaire en musculoskeletale aandoeningen (Kiekens et al., 2007; Leclercq et al., 2008).

De revalidatiebehandeling uit bijvoorbeeld conventies 9.50 en 7.71 kan gebeuren in zowel algemene (AZ), universitaire (UZ) als revalidatieziekenhuizen (RZ) (Nolis, 2015).



9.50
Group A2
- Acquired para or tetraplegia - Brain injury that causes severe neuromotor impairments or speech- and language impairments or other severe neuropsychological impairments
Group A2bis
- Chronic evolutive diseases of the brain and/or spinal cord, with motor or intellectual sequels, during the intensive rehabilitation phase after an episode of deterioration
Group A4
- Amputation of an upper or lower limb
Group B3
- Cerebral palsy - Congenital diseases of the spine and/or spinal cord - Dysmelia en phocomelia
Group B4
- Myopathies: progressive hereditary muscular dystrophies, Thomson's myotonia congenita and autoimmune polymyositis - Mucoviscidosis - Severe musculoskeletal and psychological impairments due to rheumatoid arthritis in a Steinbrocker stadium III and IV
Art. 5 paragraph 3
After the allowed maximal duration of a patient, there is a possibility to extend treatment with a more limited cost per treatment.

Source: RIZIV/INAMI 2006

Figuur 28 Doelgroepen conventie 9.50 (Kiekens et al., 2007, p. 75)

Source: RIZIV/INAMI 2006

Pathologiec	1	2	3	4	5	6	7
Paraparesis					X	X	X
Tetraparesis					X	X	X
Paraplegia					X	X	X
Tetraplegia					X	X	X
Traumatic brain injury			X	X	X	X	X
Neurosurgical intervention on the brain					X	X	X
Guillan-Barré syndrome					X	X	X
amyotrofic lateral sclerosis	X	X			X	X	X
Wilson's disease	X	X			X	X	X
Friedreich's ataxia	X	X			X	X	X
olivopontocerebellar atrophy	X	X			X	X	X
multiple sclerosis	X	X			X	X	X
leukodystrophy	X	X			X	X	X
Arnold-Chiari deformity	X	X			X	X	X
syringomyelia	X	X			X	X	X
Hemiplegia/hemiparesis with severe neuropsychological impairments that can be shown objectively					X	X	X
Complete monoplegia of an upper limb					X	X	X
Amputation of an upper limb above the hand					X	X	X
Amputation of an lower limb at the thigh in the proximal 1/3 or with desarticulation of the hip					X	X	X
Amputation of both lower limbs at the tibia or femur					X	X	X
rheumatoïd arthritis in a Steinbrocker stadium III and IV					X	X	X
spondylitis with peripheral lesions in a Steinbrocker stadium III en IV, with eventual neurological complications					X	X	X
Multiple trauma: bone-, articular or neuromuscular lesions at several limbs, or complex wounds at the head, trunk or pelvis with lesions of the internal organs					X	X	X
Epilepsy					X		

Figuur 29 Doelgroepen conventie 7.71 (Kiekens et al., 2007, p. 84).

Een tweede manier om (voor een aantal) aandoeningen revalidatiedienstverlening terugbetaald te krijgen, is via de K / M nomenclatuur.

K-Nomenclature	Cost (€)	Max. number of treatments
Central Nervous System		
101 A Cerebral lesions with neurological deficits	61	120
102 A Spinal cord injury/parapiegia-paresis/tetrapiegia-paresis	61	120
103 A Progressive neurological disease after a clear change in functional autonomy	61	120
Peripheral Nervous System		
201 A Peripheral nerve lesion/radiculopathy/plexus lesion	61	120
202 A Polyneuropathy after a clear change in functional autonomy	61	120
Muscular system		
301 A Myopathy/myositis after a clear change in autonomy	61	120
Orthopedic diseases		
401 A Algodystrophy (Südeck), Frozen Shoulder (complex regional pain syndrome)	61	120
402 A Prosthesis of large + intermediate joints of the limbs	61	60
403 A Amputations UL/LL (except finger D2-D5)	61	60
404 A Orthopedic-functional impairment concerning the large + intermediate joints of the limbs	61	60
405 B Functional impairments due to severe tendon lesions with partial or complete interruption of continuity	31	60
406 B Vertebral crush fractures	31	60
407 B Fractures of the pelvis with illo- and ischiopubic fracture with sacroiliacal dislocation after surgical correction	31	60
-Varia-		
501 B Postoperative or postintensive rehabilitation after an intervention >K180 or N 300 or after a stay of > 7 days in intensive care	31	60
501 A Scars of widespread burns with functional impairments during evolutive phase or after surgical/plastic correction	61	60
503 A Chronic rheumatic-evolutive joint diseases after a clear change in functional autonomy	61	60
504 B respiratory rehabilitation for obstructive of restrictive respiratory insufficiancy with a FEV1 < 60 % and/or proven desaturation, at demand of the pneumologist	31	60

Source: RIZIV/INAMI 2006

Figuur 30 Limitatieve lijst van pathologieën die met de K-nomenclatuur (K30/K60) kunnen worden gefinancierd (Kiekens et al., 2007, p. 89).

Deze vorm van financiering zorgt ervoor dat de huidige structuren onvoldoende zijn aangepast aan het multidisciplinaire karakter van revalidatie. Er bestaat momenteel bijvoorbeeld geen goede vergoeding voor groepssessies. De multidisciplinaire follow-up wordt evenmin vergoed, ondanks de duidelijke nood. Een laatste voorbeeld is dat een verblijf tijdens het (proef)weekend niet wordt gestimuleerd door een 7/7 SP-bedden financiering (Kiekens et al., 2007; Nolis, 2015).
Daarnaast blijkt uit een recent rapport van het KCE (2017) dat er een tekort aan geriatrie- en revalidatiebedden zal zijn tegen 2025 en 2030 (Van de Voorde et al., 2017).

De termen fysische (neuromusculaire en revalidatie, vaak ook cardiologische) en geestelijke (psychosociale) revalidatie komen voort uit het federale beleid. De dienstverlening voor personen met een verstandelijke beperking of een ontwikkelingsproblematiek is dan eerder een gemeenschaps-bevoegdheid en is moeilijk in die twee termen te plaatsen.

Daarnaast is er ook de mogelijkheid om revalidatie te volgen bij een diagnose van kanker, diabetes … Dit behoort eerder tot de 'fysische revalidatie'. Dit is waarschijnlijk ook historisch gegroeid uit het medisch denken, maar dit klopt ook niet. Bijgevolg is fysische revalidatie op beleidsniveau een zeer relatief en onduidelijk begrip. De geestelijke gezondheidszorg heeft zich de term rehabilitatie met de nadruk op herstel en terug opnemen van activiteiten in de maatschappij toegeëigend. De Engels term rehabilitation omvat echter meer dan herstel. Alle sectoren werken op een bepaald punt naar re-integratie in de maatschappij toe. De scheiding tussen fysische en geestelijke revalidatie is bijgevolg achterhaald. Niettemin zijn de financiering en de organisatie nog steeds gebaseerd op dit onderscheid.

Ondanks de goede revalidatiezorgen in België gebeurt het nog steeds dat cliënten te laat of op een verkeerd moment bepaalde revalidatiezorgen krijgen. Dat komt door een gebrek aan afstemming en doordat de verschillende revalidatiepaden te veel zijn gevormd vanuit de historiek van de sector en minder vanuit de revalidatienoden.

Betrokkenen (interviews en focusgroepen) merkten op dat kan geconcludeerd worden dat voor de multidisciplinaire langetermijn opvolgingsfase of nazorg (follow-up) geen concrete financiering wordt voorzien. Ideaal zou zijn dat elke cliënt, wanneer dit nodig blijkt, op multidisciplinaire consultatie kan rekenen. Het gaat immers vaak om cliënten met chronische noden, die bijvoorbeeld een volgende stap in hun leven zetten zoals veranderen van werk, gaan werken of een verandering van woning. Momenteel kan men zeer moeilijk beroep doen op ondersteuning voor de integratie in deze nieuwe context. Omgekeerd heeft men naar het einde van de revalidatie toe niet altijd nood aan zorgen van alle disciplines, maar moet men voor de terugbetaling steeds op therapie komen bij elke discipline. Interessanter zou zijn om een zekere vrijheid te hebben in de keuze van het aantal sessies, of te beschikken over een aantal vrij inzetbare sessies. Zo kunnen personen met spraakproblemen bijvoorbeeld meer logopedie krijgen en minder kinesitherapie, of kan er meer ergotherapie worden voorzien om een huisbezoek te kunnen organiseren in plaats van intensieve logopedie.

2 Zesde staatshervorming

Men kan via drie kanalen fysische revalidatie ontvangen in België: kinesitherapie[41], fysische geneeskunde en revalidatie[42] en via conventies[43] van specifieke aandoeningen. Dat maakt dat voor dezelfde courante aandoening verschillende terugbetalingssystemen mogelijk zijn, met de keuze tussen monodisciplinaire kinesitherapie en monodisciplinaire fysische geneeskunde en revalidatie. Daarnaast is er ook een overlap tussen aandoeningen voor multidisciplinaire fysische geneeskunde en revalidatie en de lijst van aandoeningen per conventie. Bovendien is er een overlap in de F-en E lijsten (kinesitherapie) en de multidisciplinaire fysische geneeskunde en revalidatie (Leclercq et al., 2008). De residentiële revalidatie, die voornamelijk bestaat uit musculoskeletale en neurologische revalidatie (onder andere conventies 7.71 en 9.50), is wat betreft financiering versnipperd. De revalidatie-interventies worden in de conventies of in de nomenclatuur betaald door het RIZIV.

Met de zesde staatshervorming zijn een aantal conventies overgeheveld naar de gewesten (Vlaanderen), waarbij de financiering vanaf 01 januari 2019 overkomt van het RIZIV naar Vlaanderen. De SP-bedden zijn ofwel federaal gebleven ofwel overgekomen naar Vlaanderen.

Tabel 20 Overzicht van de RIZIV conventies die met de zesde staatshervorming Vlaamse bevoegdheid zijn geworden (Desomer et al., 2016, pp. 8–9)

NIHDI convention number starting with	Description	N of involved institutions Source: lists updated on 22/02/16 from www.riziv.be (accessed 24/02/16)			
		Flanders	Wallonia	Brussels	Total
• 770 & 7840:	Institutions for rehabilitation of people with cerebral palsy	0	3	1	4
• 771: (only selection, n=8)	Institutions for locomotor rehabilitation	4	2	2	8
• 772:	Psycho-social rehabilitation for adults	12	14	8	34
• 773:	Addiction care	13	10	6	29
• 7740:	Children with psychiatric disorders	3	11	3	17
• 7745:	Functional rehabilitation for parent-children interaction problems	2	0	1	3
• 7746:	Care for people with autism	3	2	3	8
• 7765:	Institutions for the rehabilitation of children with respiratory and neurological disorders	1	0	0	1
• 7767:	Units for respite care	2	0	1	3
• 779:	Care for people with hearing impairment	0	0	1	1
• 790:	Services who make multidisciplinary assessments	76	32	12	120
• 953 of 965:	Centers for ambulant rehabilitation	48	22	9	79
• 969:	Care for people with visual impairments	4	3	1	8

41 M-nomenclatuur: E-lijst (zware aandoeningen), Fa-lijst (specifieke acute aandoeningen) en Fb-lijst (specifieke chronische aandoeningen.

42 K15, K20 (mono disciplinair maximum 48 sessies) en K30/K60 specifieke aandoeningen.

43 Specifieke zware neurologische, pulmonaire en musculaire aandoeningen (aangeboren en verworven).

Gezien het feit dat de parallelfinanciering nog steeds bestaat via de K en M-nomenclatuur voor een aantal aandoeningen, zorgt dit ervoor dat de revalidatie voor twee cliënten die zijn opgenomen met dezelfde aandoening en hulpvraag naargelang de voorziening bij wie men is opgenomen in theorie zeer verschillend kan worden gefinancierd (bestuurd). Daarnaast kunnen deze twee cliënten op termijn nood hebben aan ambulante therapie. Die therapie kan zowel aangeboden worden in de thuissituatie door zelfstandige paramedici, via ambulante revalidatie bij therapeuten verbonden aan een (Vlaams) revalidatieziekenhuis of men kan worden doorverwezen naar een CAR. De revalidatie is in België bijgevolg beleidsmatig erg complex (Van de Sanden et al., 2010; Vandeurzen, 2015).

3 Decreet Vlaamse Sociale Bescherming (VSB)

Met de zesde staatshervorming is het departement WVG vergroot en heeft de Vlaamse revalidatiesector ook directer toegang tot zijn Vlaamse welzijnspartners (zie Figuur 31). Zonder een volledig overzicht van de historiek van de VSB te geven, is een kader en context nodig om de veranderingen in de revalidatiedienstverlening te bevatten.

> *"Het welzijn- en gezondheidsbeleid van de Vlaamse Gemeenschap moet streven naar een inclusief Vlaanderen. Deze Vlaamse Regering heeft de ambitie om een sociaal beleid te voeren dat alle Vlamingen maximaal ondersteunt en in staat stelt om volwaardig te participeren aan de samenleving.*
>
> *We zijn er ons van bewust dat er nog een hele weg is af te leggen om deze ambitie waar te maken. Meer dan ooit moet het perspectief van de patiënt, cliënt of hulpvrager de organisatie van de geboden zorg en hulp bepalen*
>
> *Tijdens de vorige regeerperiode werden hiervoor al heel wat structurele hervormingen op spoor gezet, o.a. op het vlak van persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, kinderopvang, pleegzorg, gegevensdeling, algemeen welzijnswerk, integrale jeugdhulp, … De Vlaamse Regering ziet deze bewegingen als fundamenten voor het nieuwe beleid en bouwt hierop verder, maar evalueert en stuurt bij waar nodig. Het uitgangspunt bij dit alles, zoals ook geconcretiseerd in de reeds aangevatte hervormingen, is een evolutie naar een meer vraaggestuurd zorg en welzijnsmodel, dat (intersectorale) samenwerking, continuïteit, efficiëntie en toegankelijkheid waarborgt"* (Vlaamse Regering, 2014, p. 104)



Figuur 31 Partners in het Vlaams Zorglandschap (Dewolf, 2016, p. 7).

In 2001 werd de Vlaamse zorgverzekering gecreëerd om antwoord te bieden aan de groei in zorgkosten. Elke Vlaming ouder dan 25 jaar dient verplicht aan te sluiten. In de vorige Vlaamse regeerperiode (2009-2014) keurde men een Basisdecreet Vlaamse Sociale Bescherming (2012) goed. De zesde staatshervorming bracht nieuwe bevoegdheden naar de deelstaten, onder meer de eerstelijnsgezondheidszorg, ouderenzorg, hulp aan bejaarden (THAB), psychiatrische verzorgingstehuizen en beschut wonen en een aantal revalidatieovereenkomsten.

In het algemeen is de 'cure[44]' (behandelen) vooral federaal gebleven en kwam 'care[45]', ook wel long term care genoemd, in hoofdzaak naar de deelstaten (Vandeurzen, 2015; Verschuere & Hermans, 2016). Het nieuwe decreet VSB moet dan ook inspelen op de nieuwe bevoegdheden en op het realiseren van een goed zorgbeleid. Hierbij worden langdurige zorg, hulpmiddelen en revalidatie als geheel bekeken (Vandeurzen, 2015; Verschuere & Hermans, 2016):

> *"De nieuwe bevoegdheden bieden ons de komende regeerperiode een unieke kans om de Vlaamse sociale bescherming verder uit te bouwen. Deze vertrekt vanuit een visie van versterking van de cliënt en geeft prioriteit aan thuiszorg, preventie en het verhogen van de zelfredzaamheid. Op die manier concretiseert de Vlaamse overheid een volwaardig 'zorg'-beleid. Dit geldt voor alle zorg voor personen die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze – om welke reden dan ook – gedurende een lange periode om de een of andere reden afhankelijk zijn van anderen en geholpen moeten worden bij het inrichten van hun dagelijks leven en bij de uitvoering van diverse dagdagelijkse activiteiten."* (Vlaamse Regering, 2014, p. 107)

In oktober 2015 werd de conceptnota goedgekeurd en in mei 2016 werd het ontwerp tot kaderdecreet ingediend. In 2016 start ook de uitrol van VSB. VSB richt zich hoofdzakelijk (maar niet uitsluitend) naar

---

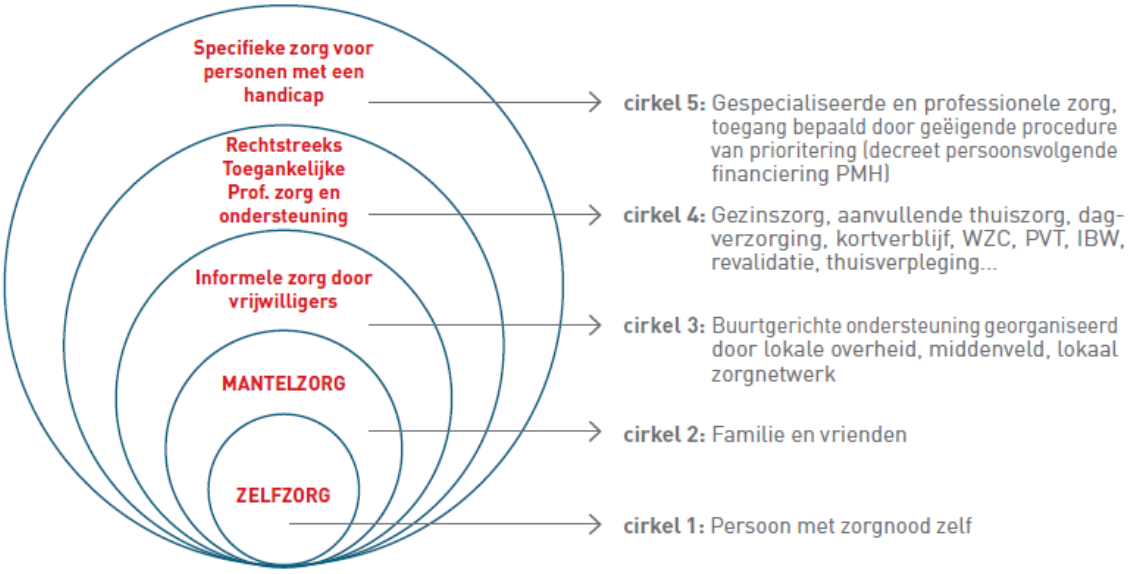
44 Cure: *"die onderdelen van de gezondheidszorg die grofweg met de behandeling van ziekten te maken hebben. Dikwijls is de interventie van tijdelijke aard en met als doelstelling om te komen tot genezing/bevordering van herstel, met de daarbij behorende verpleging en verzorging. De financiering hiervan vindt plaats via de federale ziekteverzekering."*(Vandeurzen, 2015, p. 2).

45 Care: "*de onderdelen van zorg voor personen die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze – om welke reden dan ook – (dikwijls) gedurende een lange periode om de één of andere reden afhankelijk zijn van anderen en geholpen moeten worden bij het inrichten van hun dagelijks leven en bij de uitvoering van diverse dagdagelijkse activiteiten"* (Vandeurzen, 2015, p. 2).

niet-medische zorgkosten[46] en kosten voor zorggerelateerde uitgaven zoals rolstoelen en woning-aanpassingen.

> *"In het Regeerakkoord is ervoor gekozen om de in het kader van de zesde staatshervorming overgedragen bevoegdheden op vlak van (langdurige) zorg, hulpmiddelen en revalidatie niet te versnipperen maar als één geheel te bekijken. Dit geeft de deelstaten de kans om een meer coherent beleid te voeren op vlak van zorg. Op die manier wordt een soort Vlaamse sociale zekerheid uitgebouwd die de federale sociale zekerheid aanvult"* (Vlaams Parlement, 2018, p. 446).

De visie achter de VSB is het cirkelmodel van de AAMR (American Association on Mental Retardation) en de WHO. Het cirkelmodel stelt de cliënt centraal. De ondersteuningssystemen bouwen op elkaar verder. Het is geen rigide systeem waarbij een cirkel volledig uitgeput moet zijn voordat men naar de volgende cirkellaag kan gaan. De toepassing van dit model vraagt (1) een goede beoordeling van de ondersteuningsbehoefte en (2) *goede gegevensuitwisseling tussen actoren met instemming van de cliënt* (Vandeurzen, 2015; Verschuere & Hermans, 2016; WHO, 2015).



Figuur 32 Cirkelmodel zoals in conceptnota VSB p.16 en verder (Van den Broeck, 2017, p. 15).

Specifiek voor de revalidatiesector moet er in overeenstemming met de persoonsvolgende financiering een nieuw kader gecreëerd worden, met aandacht voor de specifieke opdracht voor revalidatie en met complementariteit tussen het ambulante en het residentiële aanbod (Vandeurzen, 2015).

Vanuit de idee dat revalidatie op zichzelf geen splitsing psychosociale revalidatie en fysische revalidatie vereist, spreekt men in de Vlaamse overheid over langetermijnrevalidatie. Dit houdt inclusie in van re-validatie na een acute problematiek, chronische ziekte of psychosociale revalidatie (Vandeurzen, 2015).

---

46 *Het betreft niet uitsluitend niet- medische kosten, aangezien sommige medische kosten in de forfaitaire financieringen zitten die zijn overgedragen.*
Medische kosten ten laste van de ziekteverzekering: thuisverpleging, huisarts en/of Specialist, medicatie, medische materialen, kiné in de ROB, huisarts/specialist thuis en residentieel (behalve CRA in WZC), tandarts, medicatie, (Zorg)kost ten laste van Vlaanderen: gezinszorg, aanvullende thuiszorg, oppas, maatschappelijk werk, - kine, ergo en logo in de RVT en ergo en logo in ROB, psychiater in PVT en IBW in de forfaitaire financiering, verpleging in de residentiële setting (Vandeurzen, 2015, p. 16)

*"Art 1 25° **revalidatie**: de behandeling, de diagnostiek of de ondersteuning die verleend wordt in een revalidatieziekenhuis of in een revalidatievoorziening, waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is conform artikel 128, §1, van de Grondwet;*
*26° **revalidatievoorzienin**g: zorgvoorziening, andere dan een revalidatieziekenhuis, die revalidatie aanbiedt, vermeld in punt 25°;*
*27° **revalidatieziekenhuis**: een zorgvoorziening voor gezondheidszorg waarin passende zorg aangeboden wordt aan patiënten van wie de gezondheidstoestand de opname of het verblijf vereisen, met als doel de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren door de ziekte te bestrijden of de patiënt te revalideren als vermeld in artikel 5, §1, I, eerste lid, 3° en 4°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen…*

*44° **zorg**: alle vormen van zorg en ondersteuning gefinancierd in uitvoering van dit decreet, inclusief revalidatie;*
*45° **zorgbehoeft**e: de behoefte van een gebruiker aan zorg, objectief vastgesteld aan de hand van een indicatiestelling"* (Vlaams Parlement, 2018, p. 377)

"'Revalidatie' wordt gedefinieerd als diagnostiek, behandeling of ondersteuning verleend in een revalidatieziekenhuis of in een revalidatievoorziening, uiteraard binnen de bevoegdheidsgrenzen van de Vlaamse Gemeenschap.
Een revalidatieziekenhuis is een zorgvoorziening die de zogenaamde geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie of de geïsoleerde geriatriediensten aanbiedt. Elke zorgvoorziening voor revalidatie die geen revalidatieziekenhuis is, is een revalidatievoorziening.
Er bestaan evenwel revalidatieziekenhuizen die ook een revalidatieovereenkomst hebben gesloten met de overheid en dus tezelfdertijd moeten worden beschouwd als een revalidatievoorziening. Dat is ook het geval wat het ontwerp van decreet betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieconventies en revalidatieziekenhuizen betreft. Het is dat decreet dat vanaf 1 januari 2019 de bepalingen zal bevatten die van toepassing zijn op de revalidatiesector. De revalidatie wordt immers slechts in een latere fase ingekanteld in de Vlaamse sociale bescherming.

Wat revalidatie betreft, wordt bovendien nog een onderscheid gemaakt tussen revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten enerzijds en revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysische functies anderzijds.

De revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten hoort binnen het landschap van de Vlaamse sociale bescherming thuis onder de bredere pijler van de geestelijke gezondheidszorg. De toepassing van deze tweedeling op het huidige landschap heeft het volgende resultaat:

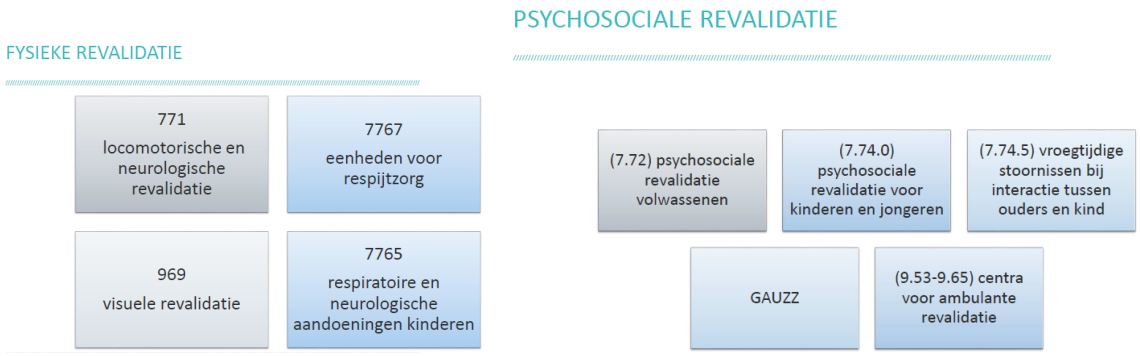
- *de revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten heeft betrekking op de conventies 953-965, 773, 772,7740, 7745 en 7746;*
- *de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysische functies heeft betrekking op de conventies 969, 771 en 7765 en op de revalidatieziekenhuizen.*

Hieronder de toelichting bij deze verschillende revalidatievormen, die werden overgeheveld en waarvan er een Vlaams aanbod bestaat:

- *953 of 965: Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);*
- *773: verslaafden (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);*
- *969: gezichtsstoornissen (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);*
- *772: psychosociale revalidatie voor volwassenen (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);*
- *7745: functionele revalidatie vroegtijdige stoornissen interactie ouders-kinderen (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);*
- *7746: autisme (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);*
- *771: instellingen van motorische revalidatie;*
- *7740: kinderpsychiatrische aandoeningen (overdracht van het geheel van de overeenkomsten);*
- *7765: inrichtingen voor kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen (overdracht van het geheel van de overeenkomsten).*

De respijtzorg (776.6) zal in de toekomst opgenomen worden in de thuiszorgondersteunende diensten." (Vlaams Parlement, 2018, pp. 34–35).

Deze definiëring is dan weer gebaseerd op bevoegdheden en niet op biopsychosociale aspecten of literatuur over revalidatie. Er wordt zeer duidelijk een onderscheid gemaakt tussen fysische en psychosociale revalidatie, waarbij men ervan uit gaat dat vooral in de psychosociale revalidatie wordt gewerkt aan arbeidsre-integratie (Vlaams Parlement, 2018).



Figuur 33 Fysische en psychosociale revalidatie in het Agentschap Zorg en Gezondheid (Frans & Oosterlinck, 2016, p. 11; 2).

Merk hierbij op dat op beleidsniveau over fysische revalidatie wordt gesproken met inclusie van de 969 visuele revalidanten en niet van personen met een gehoorproblematiek . De CAR - inclusief personen met gehoorproblemen - behoren tot de psychosociale revalidatie.

Hoofdstuk 6
Resultaten

In dit hoofdstuk worden eerst de profielen van de respondenten beschreven (§1) en vervolgens de opmerkingen en bezorgdheden die vanuit de sector werden aangekaart (§2). De feedback en de ideeën over het BelRAI Revalidatie instrument komen aan bod in de daarop volgende paragrafen. In de discussie wordt dieper ingegaan op de mate waarin het BelRAI Revalidatie instrument aan alle verwachtingen kan voldoen.

In totaal is er circa 33,25 uur aan geluidsopnames verzameld, waarvan 13 uur interviews en 20,25 uur focusgroepen (acht uur met professionals en 12,25 uur met cliënten). Elk interview en elke focusgroep is – met toestemming van de betrokkenen – opgenomen met twee verschillende opnametoestellen. Hierdoor was er ruwweg 66,5uur geluidsopname beschikbaar voor het onderzoek.

1 Responsgraad juni 2017-december 2017

In totaal zijn er 13 experten (over zes verschillende organisaties) aangesproken voor een interview of gesprek. Drie personen hebben de onderzoekers de contactgegevens van een collega bezorgd die volgens hen beter geplaatst was voor het interview/gesprek. Drie personen (uit twee verschillende organisaties) hebben zich verontschuldigd. Eén expert is enkel informeel (zonder opname) betrokken geweest. Elke potentiële deelnemer voor een interview is gevraagd om ook collega's warm te maken om deel te nemen aan het onderzoek. Vier geïnterviewde personen hebben de vraag gekregen of ze interesse hadden in het ontvangen van een informatiemappen voor collega's. De overige interviews zijn omwille van organisatorische redenen doorgegaan kort na het afsluiten van de inschrijvingsperiode voor de informatiemoment en focusgroepen. Het had op dat moment geen zin meer om nog informatie-mappen te verspreiden.

Twee federale voorzieningen hebben de vraag gesteld om het onderzoek op een interne vergadering voor te stellen. Er is maar op één uitnodiging ingegaan omwille van praktische redenen.

Drie koepelorganisaties (Federatie van de CAR, Vlaams Welzijnsverbond en Zorgnet-Icuro) werden gevraagd om de uitnodiging tot deelname aan het onderzoek te verspreiden onder hun leden. Twee organisaties hebben rechtstreeks op de uitnodiging van de Federatie van de CAR's gereageerd. Eén organisatie heeft direct gereageerd op de uitnodiging van het Vlaams Welzijnsverbond.
Zorgnet-Icuro bezorgde de onderzoekers een lijst van organisaties. De ontvangen contactlijst bevatte 77 contactpersonen. Hiervan zijn er vier stafleden van Zorgnet-Icuro, drie medewerkers van Agentschap Zorg en Gezondheid en één medewerker van FOD. De overige 69 contactpersonen zijn actief in de revalidatiesector in 37 verschillende organisaties. Acht van de 37 organisaties zijn actief onder Vlaamse bevoegdheid. 12 organisaties - van de 29 actief onder de federale bevoegdheid - hebben contact opgenomen met de onderzoekers (zie ook verder, 'Beschrijving van het profiel van de respondenten (augustus 2017 – februari 2018)').

Iedereen die reageerde op een uitnodiging vanuit een koepelorganisatie of werd aangereikt door een collega, heeft een persoonlijke mail ontvangen met in bijlage de informatiemap. Iedereen kon op verzoek een onbeperkt aantal informatiemappen ontvangen via post.

Initieel leek de respons op deze uitnodiging op zich te laten wachten, vooral vanuit de Vlaamse revalidatiesector. 27 sites met een CAR (mogelijks actief met cliënten van 15 jaar en ouder), de zeven revalidatieziekenhuizen, Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren Pulderbos, Revalidatiecentrum NAH Turnhout en de vier low vison centra zijn bijgevolg telefonisch gecontacteerd. Hierbij hebben zes CAR's aangegeven enkel kinderen jonger dan 14 jaar te begeleiden. Vier sites hebben expliciet hun wens geuit niet deel te nemen aan het onderzoek.

De overige CAR waren bereid om deel te nemen, maar hadden weinig tot geen volwassen personen in begeleiding. Men voelde zich daarom ook niet de meest ideale gesprekspartner. Drie voorzieningen hebben in kader van de NAH werking hun expertise gebundeld om alsnog kwaliteitsvolle input te kunnen bieden aan het onderzoek (zie ook bijlage 2). Er hebben zes verschillende CAR's deelgenomen aan de focusgroepen. Eén hiervan vertegenwoordigde drie CAR's (actief in de neurocognitieve revalidatie). De drie universitaire CAR's zijn door organisatorische misverstanden pas uitgenodigd voor het onderzoek na de focusgroepen. Voor het feedbackmoment en de feedbackfiches zijn zij als eerste uitgenodigd (twee via mail, één via post bij gebrek aan een mailadres).

In welke mate de CAR's uiteindelijk reageerden naar aanleiding van het telefoongesprek of de uitnodiging via de Federatie van de CAR of het Vlaams Welzijnsverbond is niet duidelijk. Hierbij dient er rekening te worden gehouden dat de rekrutering voornamelijk doorging in de periode juni-augustus 2017. De CAR's zijn in de zomermaanden zeer beperkt open of zelfs gesloten.

De revalidatieziekenhuizen, low vision centra, Revalidatiecentrum NAH Turnhout en Pulderbos reageerden positief (100% respons) op het telefoongesprek.

De revalidatiesector was initieel eerder terughoudend naar het onderzoek toe. Omwille daarvan zijn zij uitgenodigd voor een informatiesessie. Er bleek wat onrust te zijn over het doel van het onderzoek en de belasting die deelname met zich mee zou brengen (zie ook fase 3).

Vervolgens is hen gevraagd om hun engagement te bekrachtigen met een bevestigingsfiche.

Ook het ICF-platform is uitgenodigd voor het onderzoek. Hierop hebben twee ICF-platformleden gereageerd.
Eén expert heeft kennis gekregen over het BelRAI Revalidatieonderzoek via een BelRAI project ouderenzorg.

2 Beschrijving van het profiel van de respondenten (augustus 2017 – februari 2018)

2.1 Cliënten

In totaal participeerden 47 cliënten, verspreid over zeven focusgroepen.

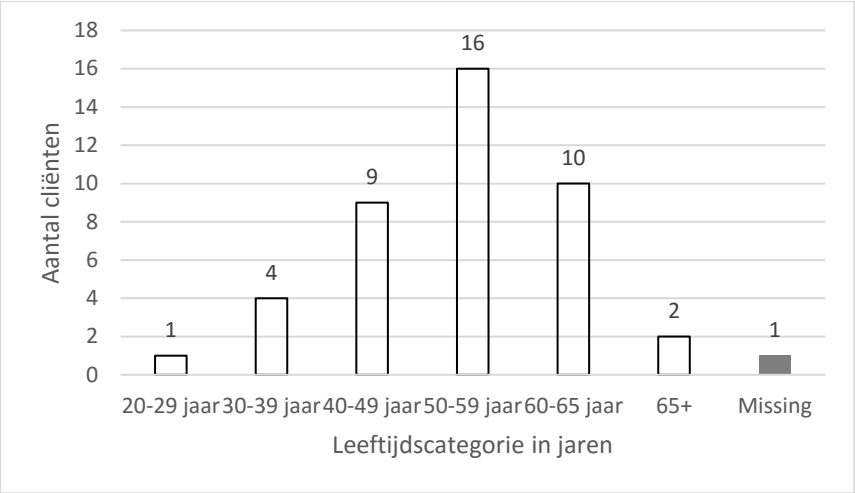
Tabel 21 Focusgroepen cliënten : rekrutering, aanwezigheid en gebruik voor itemgeneratie en gebruik voor demografische analyse.

Focusgroep	Rekrutering	Aantal aanwezige cliënten	Gebruikt voor item generatie	Gebruikt voor demografische analyse
Focusgroep 1	Niet gekend	5	5	4
Focusgroep 2	Niet gekend	9	9	8
Focusgroep 3	Niet gekend	10	9	9
Focusgroep 8	Minstens 5	3	3	3
Focusgroep 9	Minstens 8	7	7	7
Focusgroep 10	Minstens 14	8	8	8
Focusgroep 11	Niet gekend	5	4	4
Totaal	Niet gekend	47	45	43

Bij analyse van de data bleek dat toch drie cliënten boven de 65 jaar hebben deelgenomen. De antwoorden van twee cliënten van 68 en 77 jaar zijn niet afwijkend van die van jongere cliënten. Deze data zijn dan ook meegenomen in de analyse van zowel de items als demografische fiche. De derde cliënt was 85 jaar. Deze cliënt heeft zijn/haar leeftijd handmatig toegevoegd op de demografische fiche en was dus te traceren in de data. Hij/zij is volledig geëxcludeerd uit zowel de itemanalyse als de analyse van de data uit de demografische fiches (zie Tabel 21).

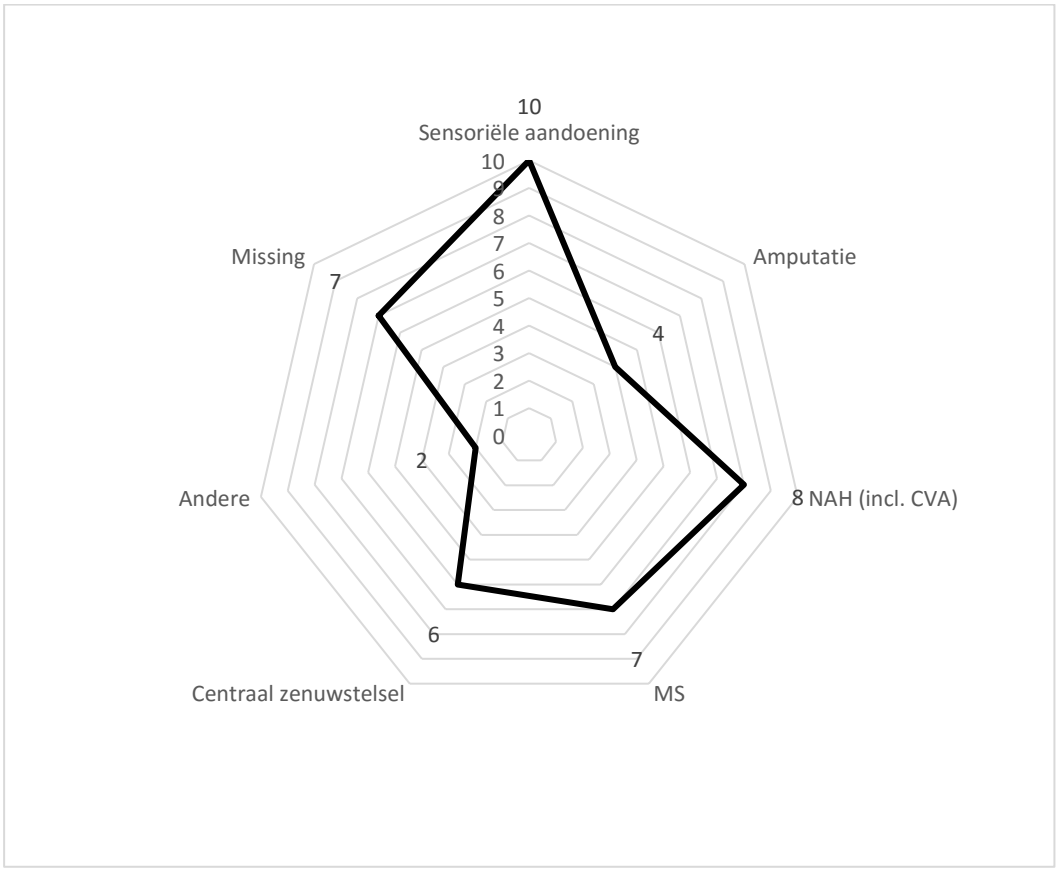
Dit brengt het totaal aantal demografische fiches voor analyse op 43 cliënten.
Onder de cliënten waren er 31 revalidanten (72%), 12 ex-revalidanten (28%).

Het merendeel zijn vrouwen (25/43, 2 missing). Ook al werden personen vanaf 15 jaar uitgenodigd, toch waren geen adolescenten aanwezig. Zij zijn wel vertegenwoordigd door de experten. De jongste cliënt was 27 jaar en de oudste 64 jaar.



Figuur 34 Leeftijdscategorieën van cliënten aanwezig op de focusgroep (n= 43), geïncludeerd voor analyse.

De reden voor de nood aan revalidatie is in 70% van de gevallen een verworven/niet aangeboren aandoening (30/43; 7 missing). Hierbij wordt steeds uitgegaan van het standpunt van de cliënt. Zo wordt MS door cliënten aanzien als een verworven, niet-aangeboren aandoening.

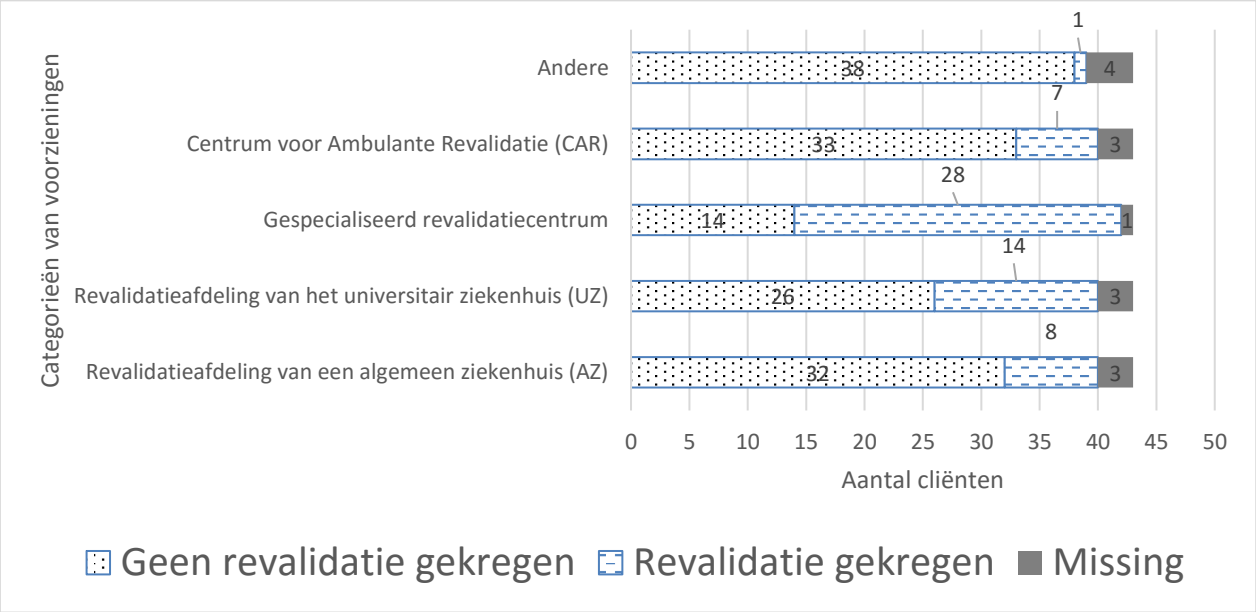


Figuur 35 Aandoening(en) van de cliënt die aanleiding had tot de revalidatie uitgedrukt in aantallen (n=44)

(NAH= niet-aangeboren hersenletsel, CVA= Cerebrovasculair accident of beroerte, MS= Multiple sclerose).

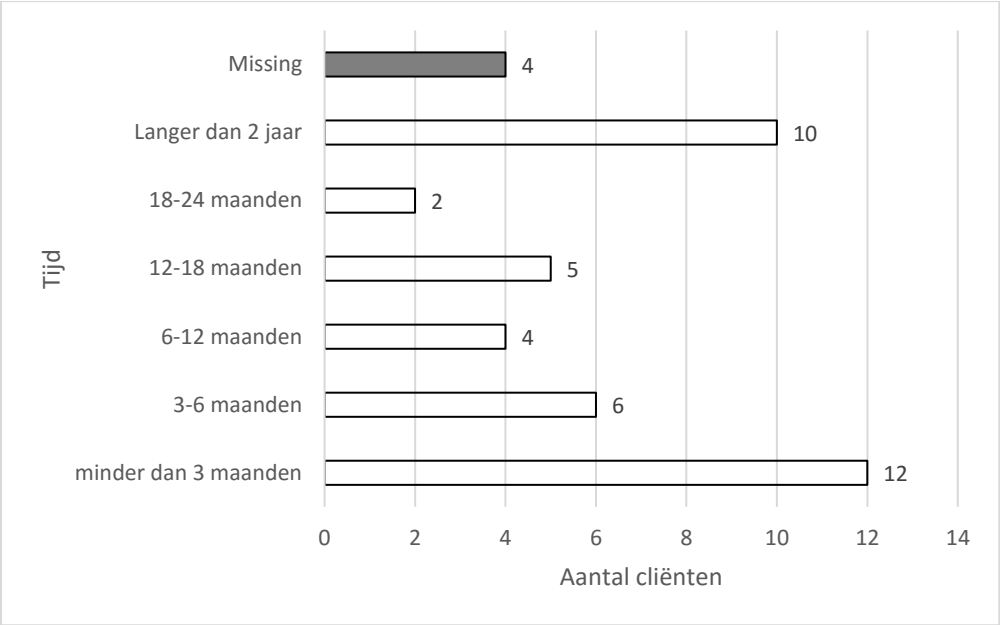
23% van de aandoeningen behoren tot de categorie ‘sensoriële aandoening’, gevolgd door 18% (8/44) ‘NAH’ (incl. CVA) en 16% ‘MS’. In de categorie ’centraal zenuwstelsel’ zijn alle andere centraal neurologische aandoeningen ondergebracht die geen NAH, CVA of MS zijn, zoals de dwarslaesie en hersenstamontstekingen e.d. Eén cliënt had zowel een rugproblematiek (‘andere’) als CVA doorgemaakt. 21/44 (48%) van de aandoeningen (NAH/CVA; MS en centraal zenuwstelsel) situeren zich op neuromusculaire vlak.

Er is aan de respondenten ook gevraagd bij welk soort zorgaanbieder men revalidatie kreeg of krijgt. De meesten ontvingen of ontvangen zorg in een ‘gespecialiseerde revalidatiecentrum’ (de Vlaamse revalidatieziekenhuizen) (28/43; 65%).



Figuur 36 Het revalidatietraject van de cliënten in aantallen (n=43).

Vervolgens werd de duur van de revalidatie bevraagd. De cliënten die regelmatig revalidatie krijgen omwille van een chronische aandoening, hebben de tijd genomen tussen de focusgroep en hun laatste opstoot en dus de start van een nieuwe revalidatieperiode. Opvallend is dat cliënten die deelnemen ofwel langer dan twee jaar (10/43; 23%) revalidatie krijgen (kregen) ofwel bij invulling van de demografische fiche minder dan drie maanden revalideerden (12/43; 28%).

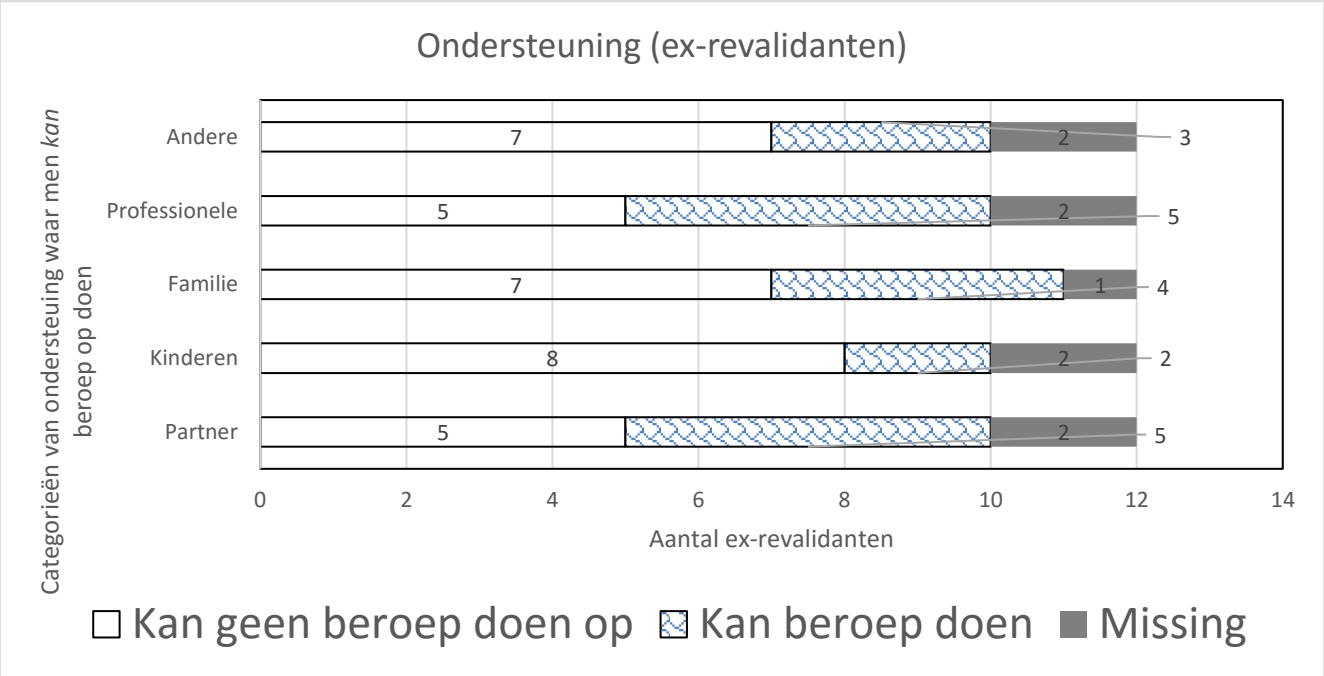


Figuur 37 Duurtijd van de revalidatie van cliënten vanaf het stellen van de hulpvraag tot invulling van de demografische fiche (n= 43).

De professionele hulp vóór de revalidatie werd niet bevraagd. De informele hulp is wel in kaart gebracht voor zowel revalidanten (31/43) als ex-revalidanten (12/43). 25/31 (81%, 10% missing) van de revalidanten en 10/12 (83%; 8% missing) van de ex-revalidanten konden beroep doen op informele hulp voor de aandoening waarvoor men revalidatie krijgt of kreeg. Twee revalidanten konden naast familiale en professionele hulp ook een beroep doen op vrienden.



Figuur 38 Ondersteuningsnetwerk waar een revalidant beroep op kan doen (n=31).



Figuur 39 Ondersteuningsnetwerk waar een ex-revalidant op beroep kan doen (n=12).

De vraag over de arbeidssituatie is niet meegenomen in de data-analyse. De vraag was vaak niet of verkeerd ingevuld. Wellicht was de vraag te moeilijk geformuleerd voor een deel van de doelgroep en zorgde ook het ontbreken van een antwoordmogelijkheid 'geen tewerkstelling' voor verwarring.

De respondenten hadden ook moeilijkheden met vraag 5b over het opleidingsniveau. Zij gaven aan dat het diploma dat behaald is, hetzelfde is gebleven. Sommige cliënten beschouwden zichzelf echter niet langer als hoogopgeleid omwille van hun beperking. In hun beleving functioneren ze niet meer zoals verwacht wordt bij dit opleidingsniveau. Er zijn ook respondenten die hun scholing niet hebben kunnen afmaken omwille van de fysische beperkingen. Dit maakt dat zij op papier nog geen middelbaar diploma hebben, maar cognitief redeneren als iemand die verder gestudeerd heeft, bijvoorbeeld door het lezen van boeken. Bijgevolg is de vraag naar opleidingsniveau, mede op vraag van cliënten, niet meegenomen in de analyse.

Twee cliënten hebben hun deelname aan de focusgroep ingetrokken omwille van persoonlijke redenen. Op het einde van focusgroep 3 heeft één cliënt het informed consent niet ondertekend. Deze cliënt heeft wel zijn/haar mondelinge toestemming gegeven en heeft deelgenomen aan de gehele focusgroep. De itemgeneratie van deze cliënt is niet sterk afwijkend. Conform ethisch handelen werd zijn/haar bijdrage toch uit het transcript en verdere analyses geschrapt. Doordat de demografisch fiches niet op naam waren, kon niet achterhaald worden of hij/zij een demografische fiche heeft achtergelaten en welke dit zou zijn. Bijgevolg is in de data-analyse van de demografische fiche voor de beschrijving van cliënten (groep 3) zijn/haar data (mogelijks) meegenomen.

2.2 Experten

2.2.1 Betrokkenheid en engagement in de sector

In totaal namen minstens 104 individuele experten in de periode van september 2017 tot en met februari 2018 deel aan een activiteit, namelijk een informatiesessie, focusgroep, interview en/of feedbacksessie. Hiernaast maakten nog eens 16 experten hun interesse kenbaar, maar door omstandigheden namen zij niet actief deel aan een activiteit in deze periode.

Tabel 22 Activiteiten voor experten in het BelRAI Revalidatieonderzoek

Aangekondigde activiteit	**Inschrijvingen** op basis van bevestigingsfiches	**Aantal aanwezig**	**Opmerking**
Aantal interviews		7	
Informatiesessie	57	41	4 experten waren afwezig ondanks inschrijven. 2 experten waren aanwezig zonder inschrijven.
Focusgroep 4	13	11	
Focusgroep 5	11	10	
Focusgroep 6	12	9	
Focusgroep 7	11	8	
Feedbackmoment	59	57	

43 verschillende experten participeerden aan een focusgroep (36), een interview (5) of een focusgroep en een interview (2). 41 personen namen deel aan de informatiesessie. 11 experten waren zowel op de informatiesessie, focusgroep of interview als op het feedbackmoment aanwezig. Eén expert was ook aanwezig bij een focusgroep voor cliënten omdat deze persoon zowel cliënt als expert is. In het kader van ethisch handelen participeerde deze expert-cliënt in een focusgroep met cliënten die niet in begeleiding zijn/zijn geweest bij deze cliënt-expert.

Tabel 23 Aantal experten die deelnamen aan de verschillende activiteiten

Activiteit	**Aantal experten**	**Opmerking**
Aantal uitgevoerde interviews	7	
Aantal aanwezige experten focusgroepen	38	
Aantal aanwezig experten op informatiesessie en feedbackmoment	17	
Aantal aanwezige experten op de feedbacksessie dat niet aanwezig was op de informatiesessie	40	waarvan 30 nieuw gerekruteerde en 10 afwezig op de informatiesessie maar wel eerder betrokken in het onderzoek

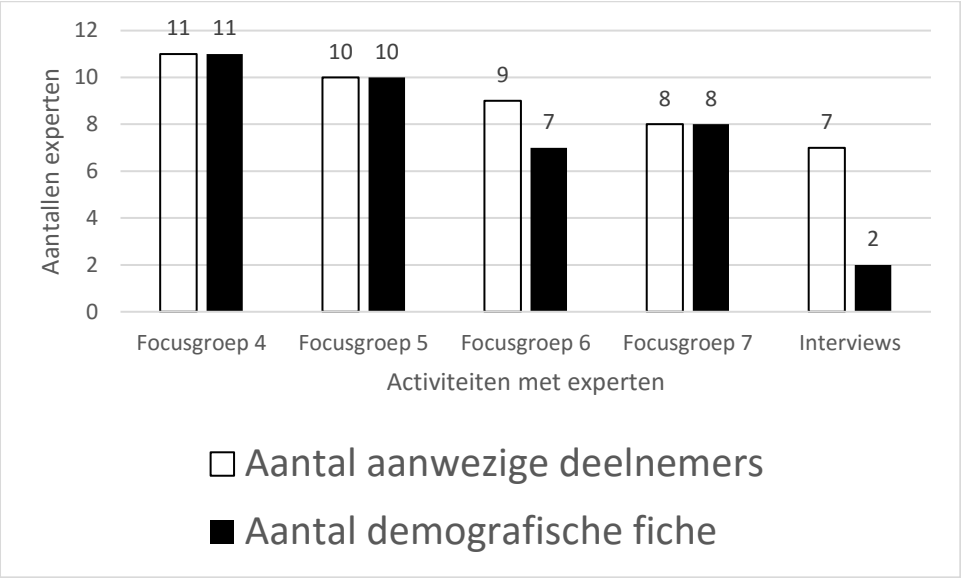
Dat geeft een totaal van minstens 120 experten verspreid over minstens 60 instellingen en organisaties die direct betrokken waren, in meer of minder mate, bij dit onderzoek. Velen onder hen vertegenwoordigden een medisch team en/of een voorziening. Een aantal experten zijn in dienst van twee zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders zijn apart vernoemd. Onder hen zijn er ook experten die naast hun functie in de sector ook of enkel actief waren in volgende organisaties: Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, Universiteit Antwerpen (UA), UGent, KUL, VUB, Universiteit Hasselt, Hogeschool Howest (in totaal 7). Ook experten uit andere organisaties actief in de gezondheidszorg zijn betrokken, met name Ergotherapie Vlaanderen, Federatie van CAR vzw, Shiftn, Vlaams Patiëntenplatform en ZnI (in totaal 5). De vermelding van de instellingen en organisaties in Tabel 24 is alfabetisch en weerspiegelt niet de mate van betrokkenheid.

Tabel 24 Zorgaanbieders betrokken tijdens de periode april 2017 - februari 2018 (alfabetisch)

1. AZ Alma
2. AZ Damiaan
3. AZ Groeninge
4. AZ Klina campus De Mick
5. AZ Monica
6. AZ Sint Jan Brugge Oostende
7. AZ Sint-Lucas Brugge
8. BZIO Oostende
9. CAR Bolt
10. CAR Buggenhout
11. CAR De Hert vzw
12. CAR Halle en Asse
13. CAR Impuls
14. CAR Sint-Lievenspoort
15. CAR Ter Kouter Deinze
16. CAR Turnhout
17. Centrum voor Visuele Revalidatie De Markgrave
18. CRF HORUS visuele revalidatie - uvc Brugmann
19. De Dennen vzw
20. DVC sint-Jozef
21. Jessa Ziekenhuis Hasselt
22. Jessa-ziekenhuis
23. Koningin Elisabeth Instituut (KEI
24. Low Vision UZ Gent
25. Revalidatiecentrum NAH Turnhout
26. Nationaal Multiple Sclerose Centrum Melsbroek
27. OLVZ Aalst
28. Provinciaal Zorgcentrum Lemberge
29. RC Overleie Kortrijk
30. RC Ter Sprake UZ Gent
31. RC Zele CAR Kapelhof
32. Revalidatie en MS-centrum Overpelt
33. Revalidatie Ziekenhuis Inkendaal
34. Revalidatiecentrum AZ Nikolaas
35. Revalidatiecentrum Overleie vzw
36. Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren Pulderbos
37. Revalidatieziekenhuis RevArte
38. To Walk Again
39. Universitair Revaldiatiecentrum communicatiestoornissen UZA (CAR UZA)
40. Universitair Ziekenhuis Antwerpen – low vision
41. UZ Antwerpen Dienst Oogheelkunde - UZA
42. UZ Gent
43. UZ Leuven
44. Visuele Revalidatie De Markgrave
45. Vlaams OogPunt Antwerpen - revalidatie team UZA / Licht en Liefde
46. vzw Zeplin CAR
47. Ziekenhuis Oost Limburg
48. ZNA Middelheim/Paola Kinderziekenhuis

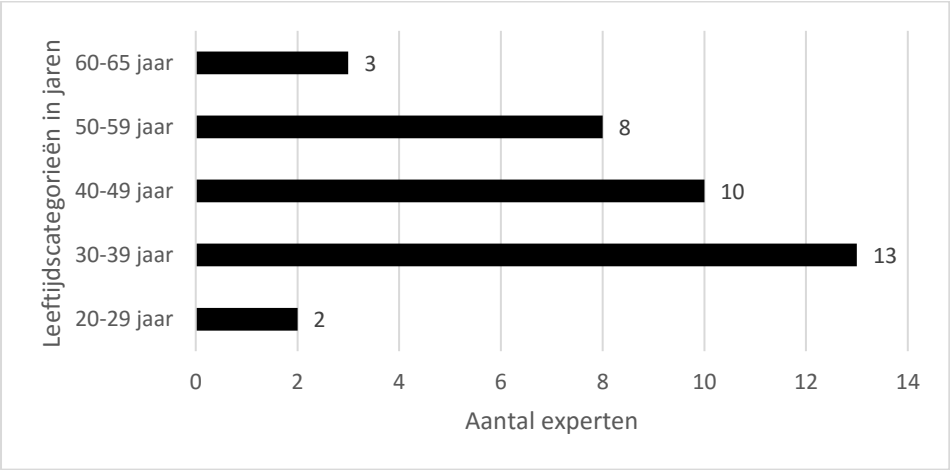
2.2.2 Demografische analyse focusgroepen met experten

Er werden in totaal zeven interviews afgenomen. Vijf van de zeven geïnterviewde experten hebben geen demografische fiche ingevuld, omdat de demografische fiche op dat moment nog niet beschikbaar was. Twee geïnterviewden hebben ook deelgenomen aan een focusgroep en hebben dan alsnog een demografische fiche ingevuld.



Figuur 40 Aantal demografische fiches ten opzichte van het aantal aanwezige experten.

De fiches zijn zeer volledig ingevuld. Er zijn alleen missings bij de vraag naar het aantal uren tewerkstelling en bij de vraag naar de functie waarin men werkt. Alle overige vragen zijn volledig ingevuld. Twee experten (2/38; 5%) hebben geen demografisch fiche ingevuld.

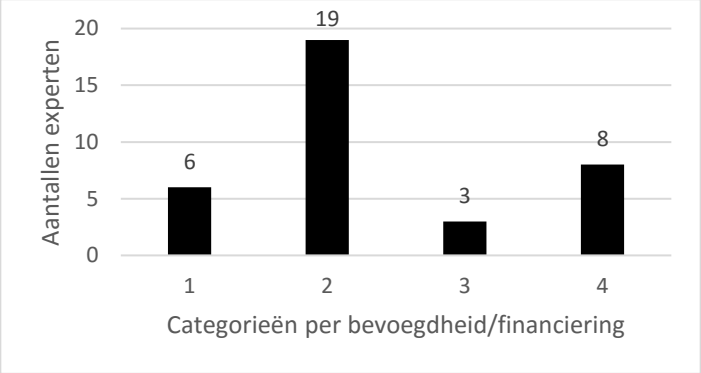


Figuur 41 Leeftijdscategorieën van de experten (n= 36).

De leeftijdscategorieën uitgedrukt in percentages is als volgt verdeeld: 6% (20-29 jaar); 36 % (30-39 jaar); 28% (40-49 jaar); 22% (50-59 jaar) en 8% (60-65 jaar) van experten op basis van de antwoorden in de demografische fiche

58 % (21/36) van de experten van de focusgroep is vrouw. De meeste experten bevinden zich in de leeftijdscategorie van 30-49 jaar (64%).

Aan de experten is gevraagd onder welke bevoegdheid (Vlaams, federaal,…) ze denken te werken en dus waar de financiering van de instelling vandaan komt.



Legende

1: door de federale overheid gefinancierd

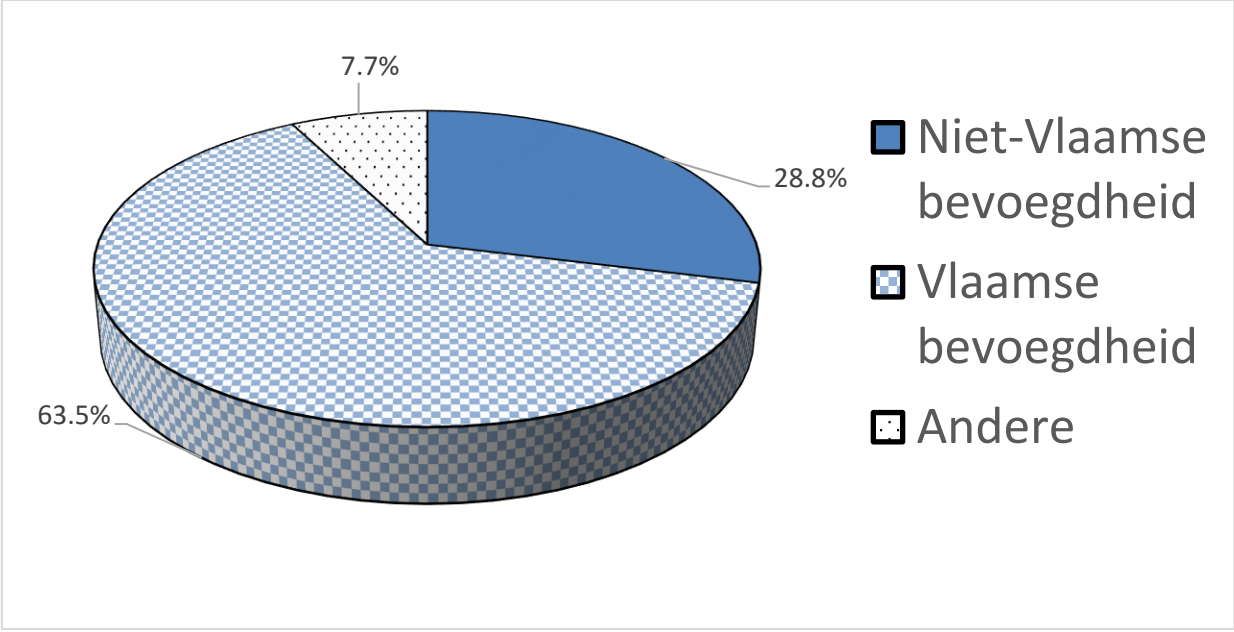
2: momenteel door de federale overheid gefinancierd. De zesde staatshervorming maakt dat de instelling in de toekomst door de Vlaamse overheid gefinancierd zal worden

3: door de Vlaamse overheid gefinancierd

4: overige

Figuur 42 Bevoegdheid op basis van de antwoorden in de demografische fiche in aantallen uitgedrukt (n= 36).

17% en 61% van de experten behoren volgens henzelf respectievelijk tot de federale en Vlaamse overheid. De categorie ‘overige’ bevat de antwoorden ‘andere’, ‘ik weet het niet’ en het aankruisen van meer dan een antwoordmogelijkheid. Acht van de 36 experten (22% van de antwoorden) zijn niet volledig op de hoogte van de huidige financiering van hun organisatie.



Figuur 43 Betrokken experten in de periode april 2017- februari 2018, weergegeven volgens bevoegdheid op basis van de bevestigingsfiches in aantallen uitgedrukt (n=104).

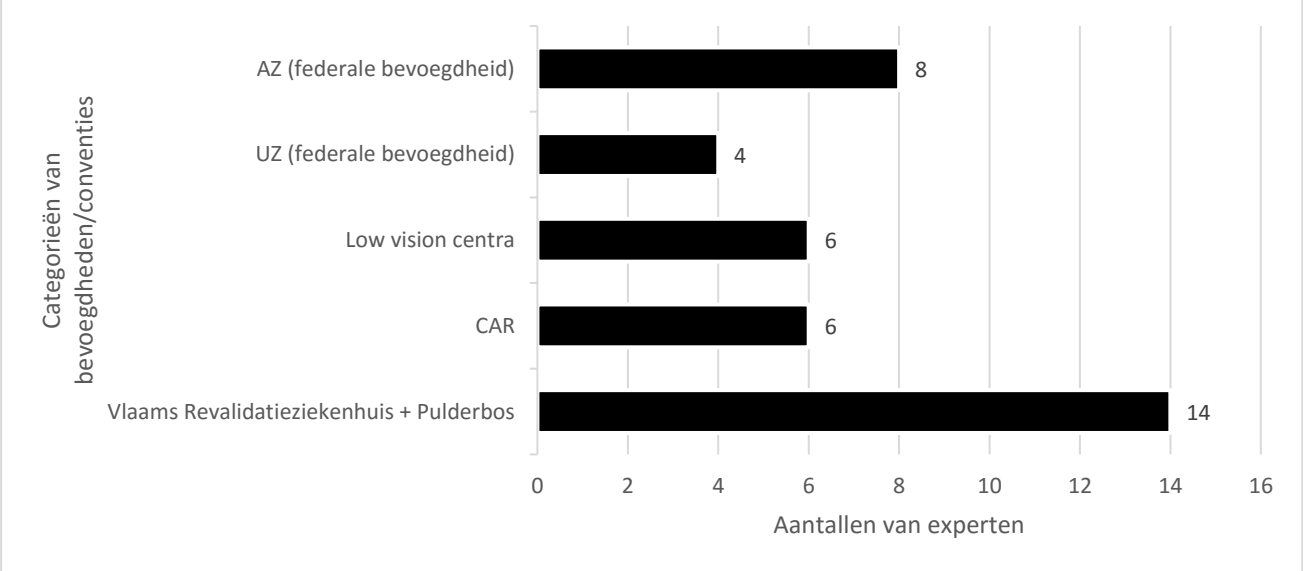
Op basis van de conventies, nomenclatuur en terugbetalingsmodaliteiten – de onderzoekers laten de ziekenhuis-financiering buiten beschouwing – stelden de onderzoekers vast onder welke bevoegdheid de betrokken experten (totale groep) effectief werken. Bij experten die zowel actief zijn als clinicus en als academicus, is het klinisch werk in aanmerking genomen.

In de categorie 'andere' (8/104) bevinden zich de experten die enkel actief zijn als academicus of verbonden zijn aan een niet-zorgverlenende organisatie (belangengroepen e.d.). Zorgaanbieders die reeds voor de zesde staatshervorming evenals de zorgaanbieders die sinds de zesde staatshervorming overgekomen zijn naar Vlaanderen, bevinden zich in de categorie 'Vlaamse bevoegdheid' (66/104; 63.5%). In de categorie 'niet-Vlaamse bevoegdheid' bevinden zich experten die onder de bevoegdheid van de federale overheid actief zijn.

De experten aanwezig bij de focusgroepen kunnen op basis van hun deelnameformulier ook worden toegewezen aan organisaties (Tabel 25 en Figuur 44).

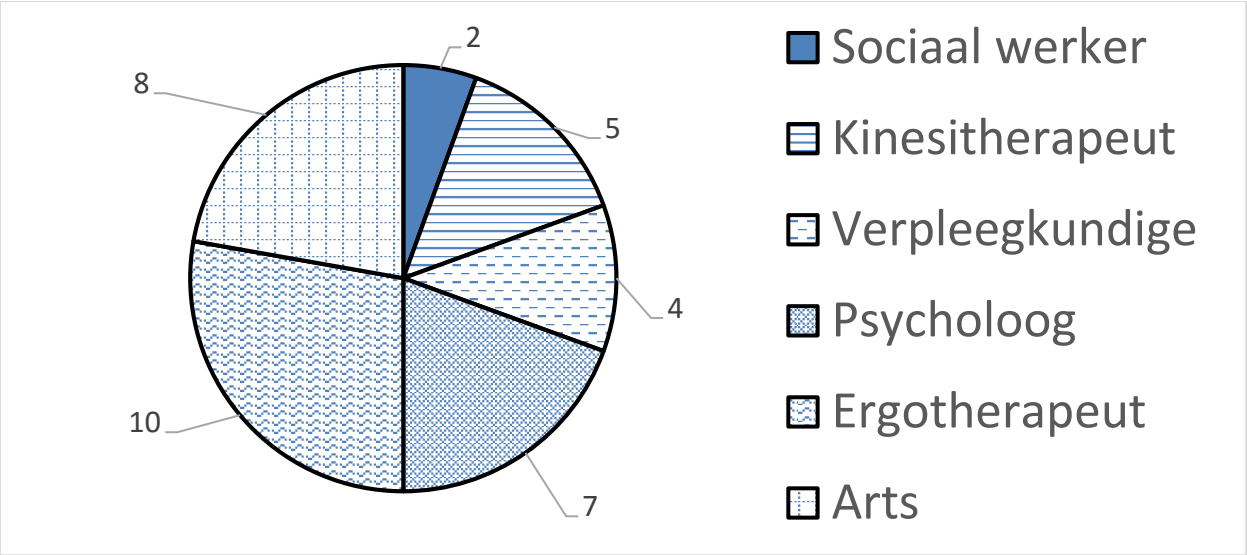
Tabel 25 Aanwezigen op de focusgroepen (experten)

Aantal aanwezige	38
Aantal verschillende organisaties	27 Waarvan 6 CAR's (incl. UZ CAR) 4 Low vison centra 8 Vlaamse Revalidatieziekenhuizen+ Pulderbos Revalidatiecentrum voor Kinderen en Jongeren 7 AZ 2 UZ (federaal)



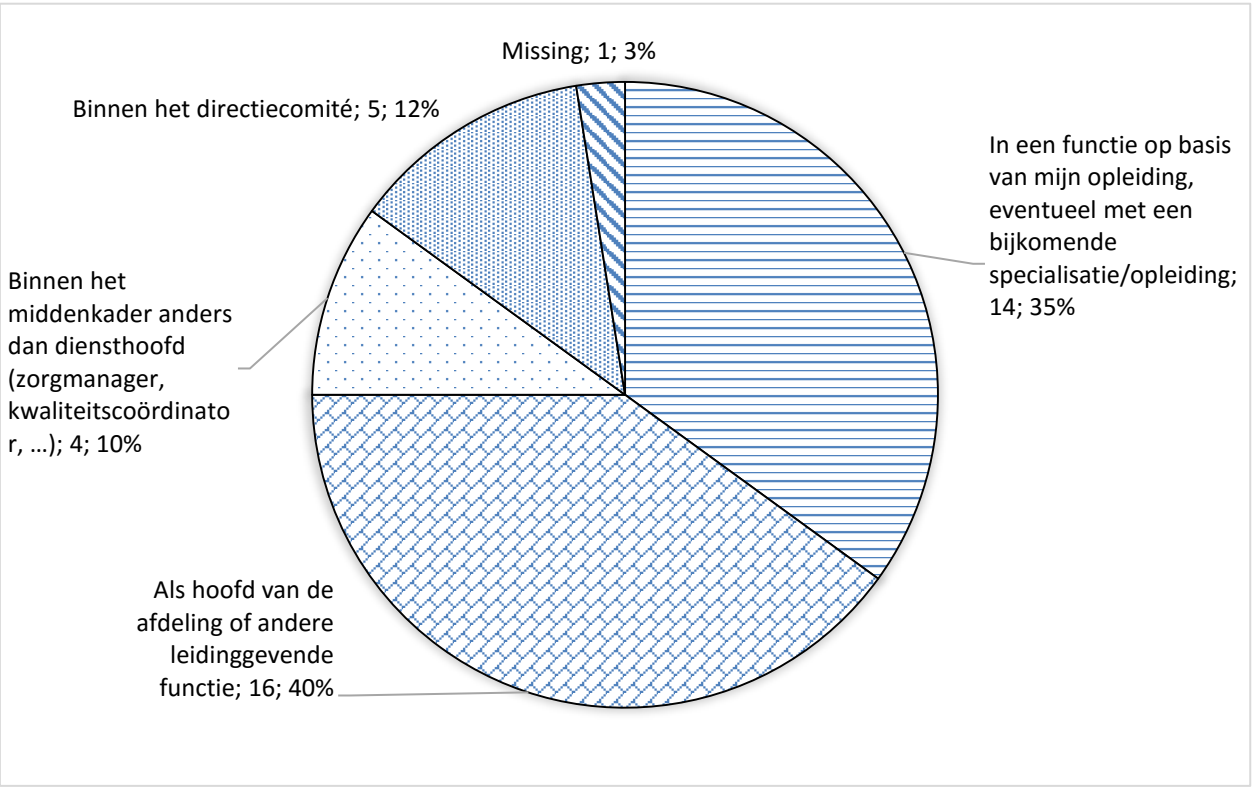
Figuur 44: Spreiding van experten dat heeft deelgenomen aan de focusgroepen (n=38)

Vervolgens is gevraagd naar de basisopleiding van de expert, om de diversiteit van de disciplines aanwezig bij de focusgroepen in kaart te kunnen brengen.



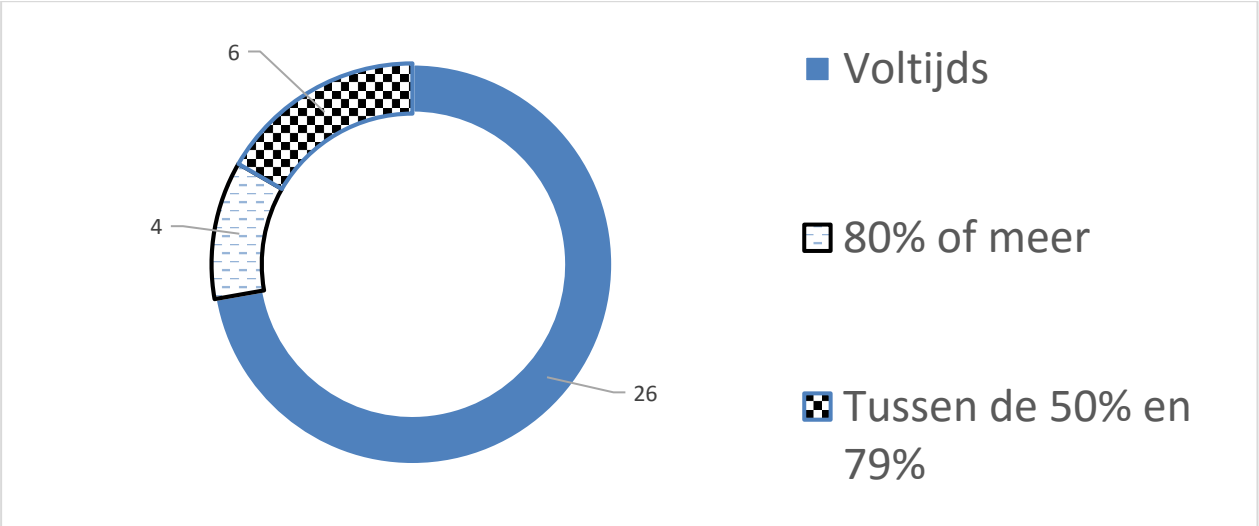
Figuur 45 Aanwezige disciplines (basisopleiding) van de aanwezige experten tijdens de focusgroepen basis van de antwoorden in de demografische fiche uitgedrukt in aantallen (n=36).

Er waren geen logopedisten, bandagisten, audiologen of diëtisten aanwezig. De artsen zijn het sterkst vertegenwoordigd met 28%. Alle artsen hebben de specialisatie revalidatiearts of fysische geneesheer, één arts had een extra specialisatie in kinderrevalidatie. Twee ergotherapeuten hadden een bijkomend diploma van orthopedist. Eén expert meldde een bijkomend diploma van 'licentiaat medische sociale wetenschappen'. De onderzoekers bevroegen de experten ook over de mate waarin zij nog in deze basisopleiding actief waren en of zij ook actief waren in een andere functie.



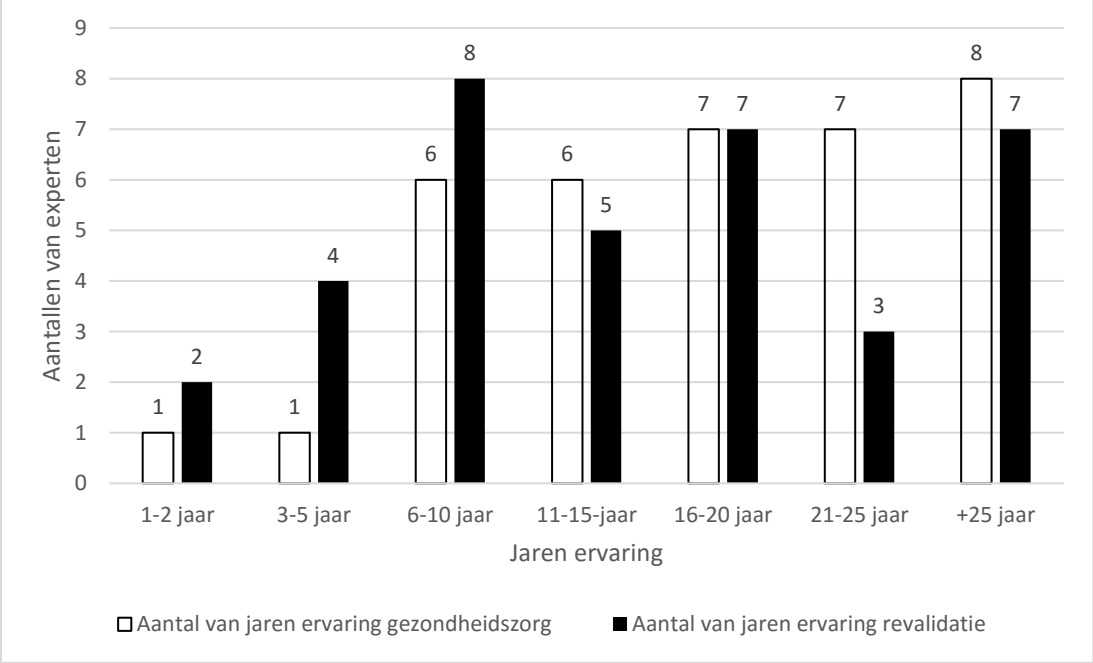
Figuur 46 Functies van de experten met één missing (3%) in aantallen en percentages uitgedrukt (n= 36).

De meeste experten hadden een functie als hoofd van een afdeling of een andere leidinggevende functie (16/36; 44%), gevolgd door experten actief in hun basisopleiding en eventuele bijkomende specialisatie (14/36; 39%). Vier experten gaven aan deze twee functies te combineren (4/36; 11%).



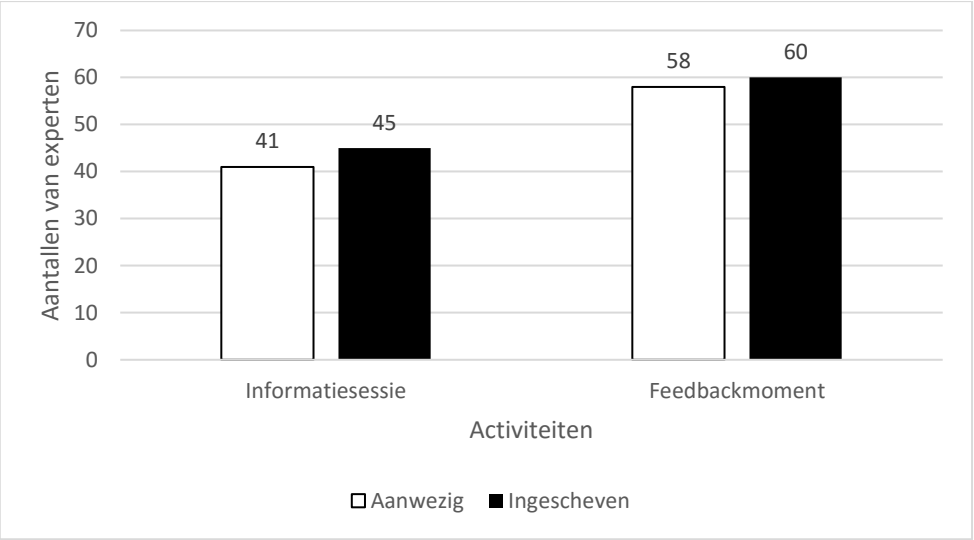
Figuur 47 Arbeidsregime van de experten tijdens de focusgroepen op basis van de antwoorden in de demografische fiche in aantallen uitgedrukt (n= 36).

72% van de experten werkten voltijds (26/36), 17% en 11% werkten respectievelijk “50-79% “en” 80% en meer”.



Figuur 48 Ervaring van experten in de revalidatie en de gezondheidszorg op basis van de antwoorden in de demografische fiche uitgedrukt in aantallen (n=36).

Het gros van de experten (34/36 - 94%) werkte al meer dan zes jaar in de gezondheidszorg. 30/36 (83%) experten werkten zelfs meer dan zes jaar in de revalidatiesector. Geen enkele expert werkte minder dan één jaar in de gezondheidszorg of revalidatiedienstverleningssector.



Figuur 49 Mate van engagement en interesse voor het BelRAI Revalidatie instrument in aantallen uitgedrukt.

Om de inhoud van de informatiesessie en het feedbackmoment af te stemmen op de sector, is er bij inschrijving ook gevraagd om aan te geven of de expert BelRAI en/of ICF kende en of de expert ICF in de praktijk gebruikte. Tevens werden zeven mensen geïnterviewd over 'best practices' met ICF in de sector. Twee hiervan hebben deelgenomen aan de focusgroepen. De kennis van de overige vijf geïnterviewd is meegenomen in de analyse op basis van het interview.

Tabel 26 Kennis en gebruik van ICF en BelRAI voorafgaand aan het onderzoek
* Gebaseerd op basis van de bevestigingsfiches ontvangen voor de informatiesessie (n=41)
** Ten opzichte van alle experten (april 2017- februari 2018) op basis van de eerste invulling van het formulier (n=104)

	Kennis verschillende systemen* (n=41)		Kennis verschillende systemen** (n=104)	
	n	%	n	%
ICF gekend	25	61.0	75	**72.1**
ICF niet gekend	4	9.8	12	11.5
ICF kennis missing	12	29.3	17	16.3
ICF gebruiken	14	34.1	46	**44.2**
ICF niet gebruiken	15	36.6	40	38.5
ICF gebruik in praktijk missing	12	29.3	18	17.3
BelRAI gekend	14	34.1	43	**41.3**
BelRAI niet gekend	15	36.6	38	36.5
BelRAI kennis missing	11	26.8	23	22.1

3 Feedbackfiches: beschrijving betrokkenen

Minstens 72 verschillende experten (29.1%, 247 beroepsbeoefenaars/zorgaanbieders ontvingen een uitnodigingsmail) en 14 cliënten (36.8%, 38 cliënten kregen een uitnodigingsmail), hebben de eerste versie van het BelRAI Revalidatie instrument bekeken na ondertekening van het vertrouwelijkheids-document. Zes cliënten hebben ook via mail of telefoon gereageerd op de oproep tot feedback. Twee cliënten hadden niet de mogelijkheid te reageren. Vier feedbackfiches zijn ontvangen, waarvan één op papier. Om de anonimiteit van de vier cliënten te garanderen, worden hun opmerkingen niet apart besproken. Hun feedback is wel meegenomen in het eindresultaat.

Tabel 27 Ontvangen vertrouwelijkheidsdocumenten en feedbackfiches

	Mailing	Ontvangen 'vertrouwelijksheidsdocumenten'	Ontvangen feedbackfiches (of gelijkaardig) experten (responsgraad)
Experten	247	72 (29,1%)	37 (51.4%* ; 15.0%**)
Cliënten	38	14 (36,8 %)	4 (28.6%*; 10.5%**)

** % ten opzichte van ontvangen vertrouwelijksheidsdocumenten*

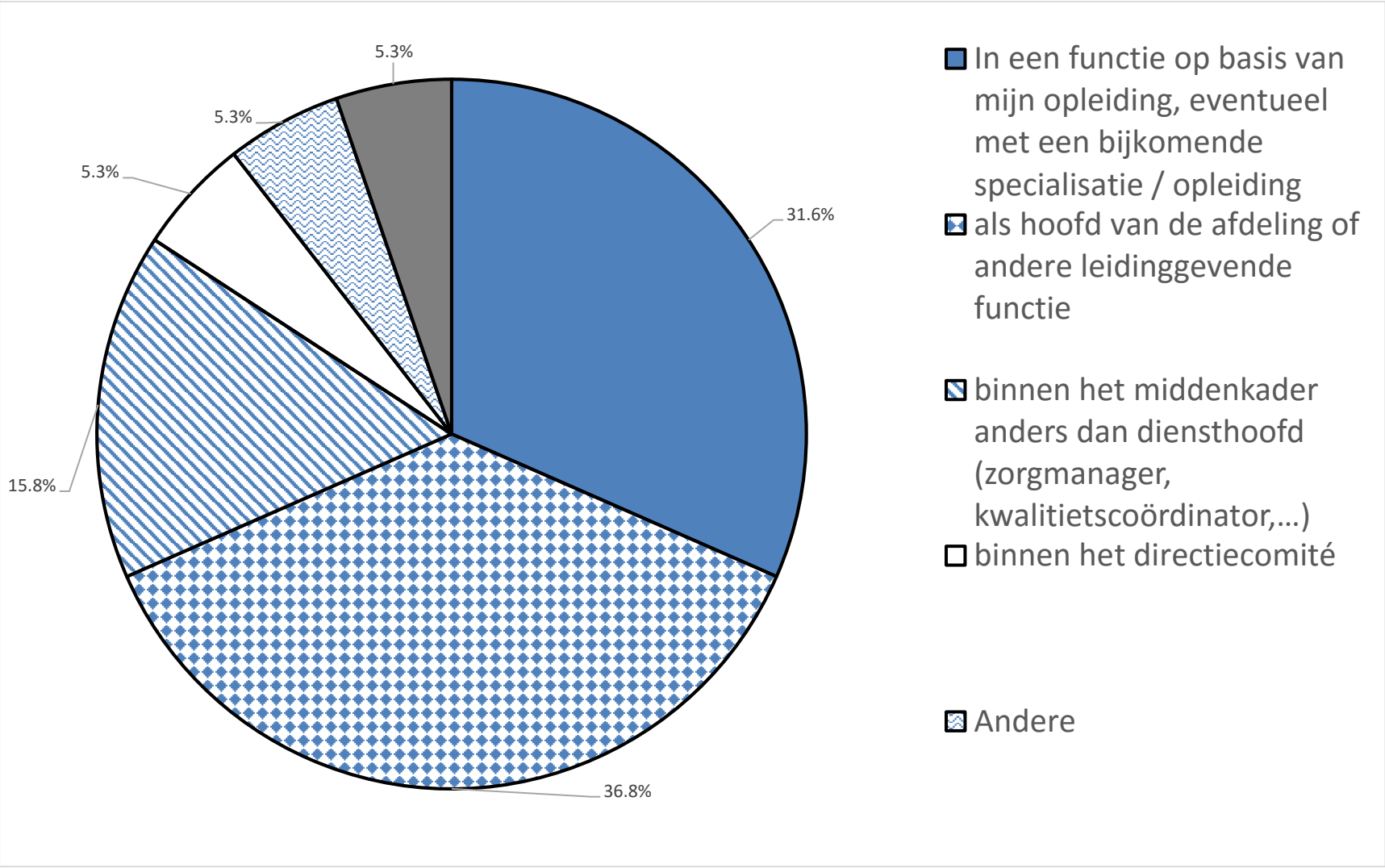
*** % ten opzichte van mailing*

Eén van de vijf uitnodigingen die per post zijn verstuurd naar cliënten, is niet aangekomen. Er zijn ook vijf beroepsbeoefenaars/zorgaanbieders per post uitgenodigd. Deze mensen konden vervolgens kiezen of zij per post of via de website wensten te antwoorden. Drie professionals van drie verschillende organisaties hadden aangegeven het BelRAI Revalidatie instrument te bekijken, echter zonder inzending van feedbackfiche.

Tabel 28 Reactie op uitnodiging tot feedback op het BelRAI Revalidatie instrument (experten)

Ontvangen feedbackfiches (of gelijkaardig) experten	37	
Aantal verschillende organisaties	32 Waarvan 11 CAR's (incl. 2 UZ CAR) 4 low vison centra 7 Vlaamse Revalidatieziekenhuizen/conventies 6 AZ 2 UZ 2 Andere	
In naam van het multidisciplinair team	16 (43%) (2 missing)	
Aantal disciplines (19 individuele inzendingen)	Artsen (FGR) 3 Verpleegkundige 1 Kinesitherapeut 4 Ergotherapeuten 4	Andere 3 Sociale werker 1 Psychologen 1 Logopedisten 2

In totaal zijn er 37 feedbackfiches ontvangen van 32 verschillende zorgaanbieders. 16 experten hebben deelgenomen als vertegenwoordiger van hun team (2 missing, 19 individuele inzendingen). Individuele inzendingen kwamen van 8 verschillende disciplines (zie Tabel 27). Drie experten hadden een opleiding die niet in de lijst stond, met name: psychologisch assistent/ assistent in de toegepaste psychologie en doctor in de gezondheidswetenschappen. De meeste respondenten die individueel reageerden, zijn actief in een leidinggevende functie (36.8%). Eén expert (5.3%) gaf 'andere' aan, maar heeft dit niet verder omschreven.



Figuur 50 Functies waarin de experten in tewerkgesteld zijn (enkel feedbackfiches in eigen naam bezorgd, n= 19) uitgedrukt in percentages.

4 Itemgeneratie: interviews en focusgroepen

4.1 Items en visie cliënten op het BelRAI Revalidatie instrument

Tijdens de focusgroepen hebben de cliënten zeer veel verschillende thema's en items naar voor geschoven. Het gaat zowel over demografische gegevens, medische gegevens zoals voorgeschiedenis, vorige revalidatie en hun verloop (complicaties of niet), fysische mogelijkheden, mentale mogelijkheden, sensoriële mogelijkheden, als over beperkingen. Vooral het leven voor de revalidatie of het levensverhaal van cliënten kwamen verschillende keren aan bod. Cliënten willen dat ook hun identiteit wordt weergegeven in het BelRAI Revalidatie instrument (zie ook Tabel 29).

Doelen horen volgens cliënten ook in het BelRAI Revalidatie instrument. Doelen zijn echter zeer persoonlijk en individueel bepaald. Bovendien kunnen cliënten niet altijd zelf hun doelen formuleren. In dat geval vertrouwen ze op hun beroepsbeoefenaar(s).

Tabel 29 Niet limitatieve lijst van thema's die deel moeten uitmaken van het BelRAI Revalidatie instrument volgens cliënten

Aanwezigheid stoma of nood aan sonderen	Daginvulling (ADL, IADL, hobby's, interesses, sportactiviteiten,…)	Gezin en familie inclusief huisdieren
Handfunctie	Levenskwaliteit	Minimum set aan medische gegevens
Ondersteunende therapieën (kinesitherapie, steunkousen,…)	Onderscheid tussen wat je kan en wat je wil doen (vandaag en algemeen)	Orgaandonatie en euthanasie
Persoonlijke keuzes, levensstijl, professionele hulp, wensen, zorgvoorkeuren, waarden en normen, culturele verwachtingen	Pijn	Professionele loopbaan
Psyché	Rollen in de maatschappij	Seksualiteit en beleving
Sociale rechten (parkeerkaart, sociaal tarief, aantal uren revalidatie,…)	Talen gesproken en begrepen	Valrisico
Vermoeidheid	Verplaatsingen en de manier waarop (binnenhuis tot openbaar vervoer)	Vertraagd handelen
Vertrouwenspersoon en mate van betrekken van familie	Zorgnoden en afhankelijkheid van derden	

4.1.1 Uitwisseling van persoonlijke gegevens

De cliënten erkenden het voordeel van informatie digitaal uit te wisselen in plaats van op papier. Het BelRAI Revalidatie instrument dient volgens hen de meest recente informatie te bevatten en systematisch te worden geüpdatet.

Volgende citaten beschrijven de vereisten die cliënten stelden aan het BelRAI Revalidatie instrument:

Cliënt X: Maar over de persoon zelf, zo veel mogelijk en ook zo genuanceerd mogelijk…. Met die nuances terug met dat voorbeeld van wat kan je of wel wat kan je niet, dit kan je niet om die en die redenen dat dat er ook bijstaat. Dat de mensen ook gewoon, door het te lezen al een relatief duidelijk beeld krijgen van wie heb ik hier voor mij en hoe ga ik daar mee communiceren, want dat is heel belangrijk. Lopen die daar een porseleinwinkel binnen en moet ik dat daar maar rap alles vertellen of moet ik die persoon eerder beetje voorzichtiger aanpakken of wat dan ook. Dus dat uit dat verhaal daar al zoveel mogelijk komt.
Cliënt Y: universele en persoonlijke en een zo gedetailleerd mogelijk verslag geven… dat gedeeld wordt.

Cliënten gaven duidelijk aan dat zij meer transparantie, objectiviteit, duidelijkheid en inspraak wensen over de inhoud van documenten over hun 'leven'. Het BelRAI Revalidatie instrument moet een zo genuanceerd mogelijke, maar ook bondige weergave zijn van hun leven. Belangrijke aandoeningen of ADL-activiteiten waar men professionele hulp voor krijgt, dienen duidelijk naar voor te komen uit het BelRAI Revalidatie instrument'. Dit is vooral zo voor de niet-zichtbare beperkingen en mogelijkheden (ook deze van cognitieve aard). Hierbij was voor hen een onderscheid tussen hun mogelijkheden en beperkingen enerzijds en hun wensen en dagplanning naar kwaliteit van leven anderzijds erg belangrijk. Iemand kan de mogelijkheid hebben om een activiteit uit te voeren, maar de tijdsinvestering kan niet in verhouding tot de opbrengst zijn. De activiteit strijken werd als voorbeeld aangehaald: om de volledige persoonlijke was te strijken had een cliënt circa acht uur nodig.

*Cliënt X: Ik kom overal binnen, ik zou eigenlijk een kaartje moeten hebben 'NAH'. Bij u (*wijzend op een cliënt met een amputatie*) zie je het, spijtig, verschrikkelijk, maar bij mij zie je niks…*
Cliënt Y: Ja ik heb 100 keer per dag mensen die mij wijzen op het feit dat ik mijn benen kwijt ben. Iedereen op straat … focust direct op die benen en ziet de rest van mijn lichaam niet meer (instemmende geluiden uit groep) Maar als ik met mijn benen onder een tafel zit, voel ik mijn voeten op de grond staan en voel ik mij nog altijd als 3 jaar geleden. Dus Ik wil daar ook niet altijd aan herinnerd worden.
Cliënt Z: …dat is met uw ogen ook zo, je ziet het niet aan uw ogen en soms zou ik zo graag hebben dat het zo duidelijk was, dat er 2 glazen bollen instaken dan zie je tenminste….

De cliënten wilden de mogelijkheid hebben om items aan te duiden als 'wil ik niet meedelen'. Cliënten voelden een dreiging dat ze bepaalde rechten of erkenningen zouden kunnen verliezen als deze informatie delen. Sommigen waren ook meer gesteld op hun privacy.

Ook bij items met betrekking tot de arbeidssituatie was er geen duidelijke lijn. Sommige cliënten wilden enerzijds om redenen van privacy hun werksituatie niet delen. Anderzijds vond iedereen het vervelend en confronterend om zijn of haar verhaal telkens opnieuw te doen, te moeten toegeven niet te kunnen werken, niet te kunnen stappen, niet te kunnen…

Ervaringen van cliënten met onprofessioneel en zelf onethisch gedrag van beroepsbeoefenaars, lagen mee aan de basis van de vraag tot beslissingsrecht over wie welke gegevens en wie deze mag zien.

Cliënten hadden er niet altijd het volste vertrouwen in dat elke beroepsbeoefenaar die toegang heeft tot hun volledig dossier in de vorm van het BelRAI Revalidatie instrument professioneel zal omgaan met die gegevens. Men erkende dat deze situaties eerder uitzonderingen zijn, maar ze kwamen in hun beleving toch te veel voor en zijn voor hun persoonlijke levenssfeer te schadelijk om te laten gebeuren. Er waren ook cliënten die wel geloofden in het professioneel handelen en er geen probleem mee hadden om alles te delen zolang het om beroepsbeoefenaars gaat.

Het vertellen van het verhaal kan moeilijk of vervelend zijn, maar ook helend. Het kan helpen bij het verwerken van de beperkingen. Het kan ook helpen om te leren aan anderen te vertellen wat hun mogelijkheden en beperkingen zijn. Het BelRAI Revalidatie instrument mag de cliënt dit niet eenzijdig ontnemen. BelRAI Suite kan wel voor meer diepgang zorgen.

Men gaf ook aan dat de tijd met de beroepsbeoefenaar beperkt is. Soms heeft men zo'n lange voorgeschiedenis dat men onvoldoende tot de huidige beperkingen in het functioneren (de hulpvraag) komt. De voorgeschiedenis kan in de software voor de BelRAI Suite worden bekeken door de beroepsbeoefenaar. Zo kan het gesprek zich richten op het heden en op hoe men nu functioneert.

4.1.2 Thema's met uiteenlopende meningen

Items waar moeilijker een consensus over bereikt werd zijn: 'gezondheid van de gezinsleden', 'sociaaleconomische informatie', 'opleidingsniveau en schoolse vaardigheden' en 'life events of psychologische trauma's'. Er werd aangehaald dat deze informatie uiteindelijk dient te worden besproken met de beroepsbeoefenaar. Er is echter twijfel of deze items in het BelRAI Revalidatie instrument horen. Deze thema's willen cliënten het liefst zelf aankaarten en bespreken wanneer het voor hen past in het revalidatieproces. De algemene tendens was de idee dat de items - zeer beperkt - in het BelRAI Revalidatie instrument horen. Dit vormt een aanzet naar een gesprek tussen cliënt en beroepsbeoefenaar.

De meerderheid vond dat 'karakter, temperament en persoonlijkheid' een item dat niet in het BelRAI Revalidatie instrument hoort. Een beroepsbeoefenaar dient dit te ondervinden en dient voldoende de context mee te hebben. Een uitzondering hierop is 'agressiviteit'. Cliënten begrijpen dat beroeps-professionals graag met collega's overleggen of iemand ooit agressief gedrag heeft vertoond. Zij benadrukten dat dit vooral in de juiste context en met oog voor de frequentie in de tijd moet gezien worden. Ook dient het oordeel over de agressiviteit van een persoon multidisciplinair gedragen te worden.

De 'kennis en gezondheidstoestand van gezinsleden' hoeft niet in het BelRAI Revalidatie instrument te worden opgenomen volgens de cliënten. Enkel gegevens over de cliënt zelf horen daarin. Over de gegevens omtrent de eigen financiële situatie was men het niet eenduidig eens. Het merendeel van de cliënten wilde dat elke vraag vrijblijvend mag ingevuld worden.

Cliënten hadden angst dat er geen correct beeld zou worden geschetst bij overgang van de ene naar de andere beroepsbeoefenaar. Men erkende dat beroepsbeoefenaars een professionele mening mogen hebben. Er werden echter ervaringen aangehaald over onjuistheden in verslaggeving die naar instanties en controlediensten werden verstuurd en waar niet tijdig een correctie op mogelijk was. Men wilde bijgevolg zeer graag een vorm van inzage of overleg voordat het BelRAI Revalidatie instrument effectief gedeeld wordt, omdat anders informatie die onvoldoende genuanceerd is, ook wordt meegenomen. Dit kan ernstige gevolgen voor therapie en terugbetaling hebben.

4.1.3 Thema vermoeidheid en pijn

De interpretatie van vermoeidheid en pijn is bij cliënten en professionals zeer verschillend. Cliënten ervaren bij informele gesprekken met anderen (inclusief experten) dat men bijvoorbeeld verwonderd is dat personen met een gehoorproblematiek vermoeidheid kunnen ervaren omwille van hun problematiek. Iedere beperking heeft volgens cliënten op een bepaalde manier impact op vermoeidheid en daar moeten experten naar luisteren en er rekening mee houden. Cliënten vinden vooral vermoeidheid een belangrijk onderdeel voor zowel het BelRAI Revalidatie instrument als het medisch dossier.

*Cliënt X: Ik vind persoonlijk dat de vermoeidheid voor mij zwaarder doorwoog dan de handicap zelf. Omdat die handicap zich stelde in concrete situaties. Maar de vermoeidheid is daar altijd en je neemt die mee naar huis. Ook al zet je dat spel (*i.e. gehoortoestel*) uit en ook al moet je niet in interactie gaan. Die vermoeidheid hangt daar en weegt. En ik vind dat persoonlijk (i*nstemmende geluiden*) zwaarder doorwegen dan handicap bij momenten.*
Cliënt Y: Inderdaad. Je hebt zo fases in die vermoeidheid. Dat begint cognitief. Je bent eigenlijk constant overprikkeld en oververmoeid. Nadien komt de fysische vermoeidheid die dat daar eigenlijk ook chronisch onder gaat sluipen op den duur. En door het feit dat ge dat altijd maar u grenzen opnieuw gaat verleggen wordt dat…. Wordt die rugzak zwaarder en zwaarder. Daarin is het denk wel belangrijk dat dat er in staat.

4.1.4 Medische thema's

Cliënten vroegen ook om een soort van groepering van cliënten op basis van aandoening te voorzien in het BelRAI Revalidatie instrument. Cliënten hebben de neiging om vooral in het medisch model te denken. De argumentatie luidde dat men in elke ziekenhuis opgedeeld wordt in bepaalde doelgroepen en dat er specifieke teams zijn die enkel en alleen die doelgroepen revalideren.

Alle belangrijke items over het 'medische' moeten volgens de cliënten in het BelRAI Revalidatie instrument komen. Cliënten gaan ervanuit dat mensen alles weten over hun functioneren aan de hand van hun diagnose(s). Langs de andere kant beseffen ze ook dat elke ziekte of aandoening zich individueel anders uit.

Cliënten hechten veel belang aan het potentieel van het BelRAI Revalidatie instrument naar preventie en dan vooral naar overbelastingsletsels of te voorkomen complicaties toe.

Cliënten gaven aan dat beroepsbeoefenaars soms te snel een conclusies trekken in kader van het observeren van *niet willen* en *niet kunnen* (nooit, vandaag niet of nooit niet) van een activiteit. Daarnaast beseffen beroepsbeoefenaars volgens hen niet volledig welke planlast of welk redeneerproces voorafgaat aan het uitvoeren van een activiteit. Cliënten vergeleken zich met hun leeftijdsgenoten en gaven aan dat er een (grote) discrepantie is. Hun kwaliteit van leven en participatiegraad is veel lager dan die van hun leeftijdsgenoten.

4.1.5 Revalidatie financiering

Cliënt X?: Er zijn ook mensen die gewoon niet willen beter leren stappen, oké. Dat is die mensen hun recht. Maar het is niet als ik een dag niet niet goed kan stappen dan is dat niet omdat ik dat niet wil, maar omdat ik dat niet kan. En ik vind dat heel belangrijk dat men dat weet, want dat weet men vaak niet.

De respondenten gaven ook aan dat de revalidatie, en bijgevolg de inhoud van het BelRAI Revalidatie instrument, niet wordt bepaald door het feit of men in een voorziening onder Vlaams of niet-Vlaams bevoegdheid revalideert. Het zijn de noden die bepalend zijn voor de inhoud van het BelRAI Revalidatie instrument. Zij meldden wel dat de manier van financiering – federaal, Vlaams of via private verzekering – een invloed heeft op het resultaat van de revalidatie. Hierbij wordt verwezen naar de revalidatietijd en de financiering van (mobiliteits)hulpmiddelen. Dit bepaalt dan weer de kwaliteit van leven van de cliënt na revalidatie. Men gaf het voorbeeld van een prothese. Als men slachtoffer is van een ongeval, moet men wachten tot er een uitspraak is van de verzekering (bijvoorbeeld de arbeidsongevallen verzekering, gemeen recht ed.). Momenteel is er een verschil tussen de private verzekeringen en de sociale bescherming (ziekteverzekering) wat betreft de vergoeding van een prothese. Dit is zeer bepalend voor het revalidatiepotentieel en de maatschappelijke integratie. Het financiële aspect heeft ook weerslag op het psychologisch welzijn van een cliënt.

Volgend citaat maakt dit meer dan duidelijk:

Cliënt X: Dat dat ook financiële kant aanbod moet komen. Want als het gaat over situaties waarin dat de persoon een ongeval heeft maar volledig in zijn recht verklaard is, gaat die persoon meer kans hebben op duurder… duurdere hulpmiddelen dan een andere persoon. Dat gaat heel frustrerend zijn voor de mensen die bijvoorbeeld door een langdurige ziekte hun been kwijt geraken en die zich moeten behelpen met een beentje dat terugbetaald wordt door het ziekenfonds dus je moet daar ook mee opletten dat je patiënten niet jaloers maakt op elkaar. Ge moet niet beginnen over de duurste Amerikaanse elektronische prothese als ge weet dat die persoon alles zelf moet betalen.

De rode draad doorheen alle focusgroepen was de vraag naar een individuele aanpak. Hulpvraag en doelen werden door de betrokkenen systematisch centraal geplaatst met de duidelijke vermelding dat zij bezorgd zijn over hoe dit in het BelRAI Revalidatie instrument tot uiting zal komen. De levensstijl, de visies en de wensen dienen duidelijk te zijn voor de beroepsbeoefenaar.

4.2 Items en visie van experten op het BelRAI Revalidatie instrument

4.2.1 Holistische visie (ICF)

De gehele persoon dient te worden weergegeven: zowel hoe hij/zij functioneerde voor de revalidatie (pre-morbide functioneren) als het huidige functioneren. Niet alleen de medische voorgeschiedenis (somatische / stoornisniveau), ook comorbiditeit, allergieën en de oorzaak van het participatieverlies - verworven of aangeboren aandoeningen - zijn belangrijk . Hetzelfde geldt voor de familiale toestand en de arbeidssituatie (zie ook Tabel 30). Behandelen, optimaliseren van functioneren en preventie door middel van een goede zorgplanning en doorverwijzing naar de juiste experten in de gezondheidszorg zijn prioritair. De experten vroegen om een onderscheid te maken tussen de therapietijd en de zorgtijd die een cliënt nodig heeft. Er was bezorgdheid dat BelRAI te veel belang hecht aan de verzorgende factor. BelRAI Suite is bij hen (onterecht) vooral gekend voor het weergeven van de zorgnood. Dit is iets anders dan de therapienood. Iemand kan veel therapienood (tijd) hebben maar weinig nood aan zorg. Een voorbeeld hiervan is een persoon met een amputatie. In een omgekeerd geval kan een zware CVA-cliënt een hoge zorgnood hebben, maar weinig therapeutisch potentieel.

Tabel 30 Niet limitatieve lijst van thema's die deel moeten uitmaken van het BelRAI Revalidatie instrument volgens experten

Antecedenten: verwardheid, vallen, …	Cognitief functioneren	Communicatie/interactie met andere
Daginvulling (ADL, IADL, hobby's, interesses, sportactiviteiten,…)	Doelen (thesaurus)	Evenwicht en balans
Functioneren in dagelijks leven	Gekregen revalidatie en onder welke conventie	Gezinssituatie, thuissituatie, netwerk, huisvesting, toegankelijkheid en sociale context
Geografie en externe factoren	Globaal bilan op allerlei domeinen	Graad van participatie
Gezondheid van de gezinsleden	Handfunctie	Hulpmiddelen: gebruik en financiering (loophulpmiddelen, gehoorhulpmiddelen)
ICT vaardigheden en technologie, sociale media en veilig gebruik	(In)continentie	Impact van vermoeidheid en pijn op functioneren, fysische belastbaarheid
Mantelzorgbelasting en zelf mantelzorger zijn	Minimum set aan medische gegevens	Mobiliteit en transfer (binnen en buitenshuis)
Moedertaal en kennis van het Nederlands Spraak en taal	Motorisch functioneren en inspanningscapaciteit	Neurocognitief en executief functioneren, affectieve /emotionele functies, stemming en gedrag, emotionele belastbaarheid
Normen, attitudes en waarden in een gezin	Opleidingsniveau en schoolse vaardigheden	Origine
Professionele loopbaan	Psychische toestand en eenzaamheid	Religieus leven
Revalidatiepotentieel	Rollen in de maatschappij	Rouwproces en ervaring van beperking
Seksualiteit en beleving	Sensoriek	Sociaal economische informatie
Subjectieve levenskwaliteit en levenstevredenheid	Valrisico en decubitusrisico Pijn	Wilsbekwaamheid, DNR-code en rijbekwaamheid
Verzekerbaarheid	Voeding, slikken, diëten en voedsel/drankconsistentie	Ziekte-inzicht

De experten wilden dat testresultaten (bloedonderzoek, beeldvorming, gehoortesten,…) en het zorgtraject of begeleidingstraject kunnen afleiden uit het BelRAI Revalidatie instrument. Vooral de antwoorden op vragen zoals: welke ondersteuning, wanneer, wat en waar heeft men nog recht op, is er een VAPH/FOD-erkenning, zo ja van wanneer tot wanneer, welke therapie heb je gekregen en hebben collega-beroepsbeoefenaars er het gevoel over dat deze onvoldoende is...? Tevens wilden experten via het BelRAI Revalidatie instrument meer inzicht krijgen in de hulpvraag en de doelen: waarom komt men naar dat centrum, met welke verwachtingen, waar heeft men al hulp gekregen of een tweede opinie gevraagd en waarom, wie is de huisarts, komt hij/zij daar vaak…? Zo zouden de beroepsbeoefenaars bij aanmelding een 'helikopterzicht' op de situatie krijgen. De fragmentatie die men krijgt bijvoorbeeld door het gebruik van de core set gehoor van ICF, wenst men niet. Men vroeg ook om in BelRAI logopedie en audiologie te splitsen in het kader van behandeling en opvolging.

4.2.2 Zichtbare en niet-zichtbare beperkingen

Experten vroegen om het onderscheid tussen *ability/capacity* en *performance* uit de ICF te implementeren. 'Performance' en 'capacity' maken nu al deel uit van BelRAI. 'Difficulty' wordt, in samenspraak met interRAI, in de nabije toekomst toegevoegd. Zichtbare beperkingen zijn relatief gemakkelijk observeerbaar, de niet-zichtbare mogelijkheden en beperkingen echter niet. Experten wilden vooral de niet-zichtbare domeinen kunnen aangeven of ontvangen van collega-beroepsbeoefenaars. Denk hierbij aan cognitieve beperkingen en mogelijkheden, cardiorespiratoire insufficiëntie, ziekte-inzicht…

4.2.3 Revalidatiedoelen

Volgens experten behoren de (revalidatie)doelen tot het BelRAI Revalidatie instrument. Doelen en hulpvraag vormen de rode draad doorheen het revalidatieproces. Doelen kunnen sterk verschillen naargelang het perspectief dat wordt gehanteerd. Zo is er het perspectief van de cliënt en dit van het multidisciplinair team. Zeker bij cliënten met een neurologische aandoening is ziekte-inzicht niet altijd aanwezig. Daarnaast spelen de visies of doelen van de familie of de directe omgeving een belangrijke rol. Dat maakt dat een balans tussen de wensen en doelen van de cliënt en zijn/haar familie enerzijds en het multidisciplinair team anderzijds moet worden gemaakt, om te komen tot onderhandelde en gedeelde doelen. Dat zijn doelen waar de cliënt zich in kan vinden en die tegelijk rekening houden met de bezorgdheden van het multidisciplinair team.

4.2.4 Nieuwe revalidatiedomeinen

Men vond ook dat er een nieuw domein aan het BelRAI Revalidatie instrument moet worden toegevoegd, met name het gebruik van ICT en technologie. Online shoppen, bankieren, documenten aanvragen… of contact houden via email, WhatsApp, Facebook, Skype … zijn alternatieven voor activiteiten als boodschappen doen of face to face sociale contacten. Dit maakt dat iemand die vooral cognitief beperkt is en motorisch nog veel van zijn/haar mogelijkheden heeft, in verhouding misschien wel meer 'gehandicapt' is dan iemand die aan een rolstoel gebonden is. De cognitieve capaciteiten bezitten om zelfstandigheid en sociaal adequaat gedrag te kunnen vertonen, is nog belangrijker geworden voor re-integratie in de maatschappij.
Volgens de betrokkenen kunnen heden ten dage tilliften, robotica, computers en woningaanpassingen, enz. heel wat fysische beperkingen opvangen. Er bestaat echter (nog?) geen computer om de cognitieve beperkingen van een cliënt op te vangen (OECD, 2017).

4.2.5 Vermoeidheid en pijn

De impact op kwaliteit van leven van aspecten zoals pijn en vermoeidheid of het chronisch ziek zijn, is niet te verwaarlozen. Een deel van de experten gaf aan een onderscheid te willen maken in primaire vermoeidheid/pijn (vermoeidheid/pijn als belangrijkste symptoom zoals bij CVS/ME (Chronisch-VermoeidheidsSyndroom/Myalgische Encefalomyelitis), chronische pijnproblematiek) en secundaire vermoeidheid/pijn (vermoeidheid/pijn als gevolg van een aandoening zoals vermoeidheid bij NAH). Deze evoluties en de verandering in het concept 'zorgzwaarte' dienen in het BelRAI Revalidatie instrument en de BelRAI Suite in zijn geheel, voldoende te worden erkend en meegenomen.

4.2.6 Thema's met uiteenlopende visies

Over juridische informatie, zoals het hebben van een strafblad en agressie, was er geen duidelijke consensus. Persoonlijkheid, temperament en karakter werden interessant, maar moeilijk te standaardiseren bevonden. De suggestie werd gemaakt om daarvoor de Big Five (persoonlijkheids-dimensies) of de DSM te gebruiken.

4.2.7 BelRAI Revalidatie met handvaten voor specifieke noden

Idealiter voorziet het BelRAI Revalidatie instrument de mogelijkheid om aandachtspunten of specifieke noden mee te geven (tips). Hieronder geven de onderzoekers een aantal concrete voorbeelden mee:

- personen met een gehoorprobleem aankijken (spraakafzien) bij het spreken en duidelijk articuleren;
- geen MRI uitvoeren bij iemand met een CI (Cochleaire Implant)
- bepaalde sporten niet kunnen uitvoeren met een CI,
- personen met een visuele beperking eerst rustig aanspreken en zich kort voorstellen bij een contact.
- …

Op basis van het BelRAI Revalidatie instrument zouden experten moeten kunnen concluderen wat de specifieke noden van een cliënt zijn (Ahosa vzw, 2017; British Cochlear Implant Group, 2014).

4.2.8 Experten: gegevens delen en gedeeld functioneel dossier

Volgens de experten dient uit het BelRAI Revalidatie instrument blijken dat de persoon revalidatiepotentieel heeft en terecht doorverwezen wordt naar de langetermijnrevalidatie. Vervolgens dient de hulpvraag of de reden waarom men revalidatie nodig heeft, duidelijk te zijn. Experten wilden bijgevolg weten vanwaar de cliënt komt en waarom deze doorwezen wordt. Zo kunnen experten inschatten of hun zorgaanbieder de knowhow of infrastructuur heeft om deze persoon kwaliteitsvolle revalidatie aan te bieden.

Experten die werken met personen met een sensoriële beperking gaven aan dat zij nood hebben aan meer uitgebreide informatie. De informatie die een expert doorstuurt naar een beroepsbeoefenaar uit de eerste, tweede of derde lijn is verschillend wat betreft uitgebreidheid en detail. Voor een huisarts of thuisverpleegkundig is het vaak voldoende dat men weet dat er een ernstig visusprobleem en/of gehoorprobleem is.

Bij een doorverwijzing naar een low vision centrum heeft men echter nood aan meer detail over wat de mogelijkheden en beperkingen zijn wat betreft visus. Daarom vond men een de boomstructuur zeer belangrijk.

De experten waren enthousiast over het systeem, vooral door het internationale karakter. Ook de mogelijkheid informatie uit te wisselen met de eerstelijnszorg (thuiszorg, huisarts, familiehulp...) is een meerwaarde voor de revalidatie. Zo ook de mogelijkheid om het functioneren te rapporteren, opnieuw te evalueren en te volgen doorheen de tijd. Aandachtspunten situeren zich in bezorgdheden naar implementatie, ICT-vereisten en werkbaarheid.

Beroepsbeoefenaars uit de eerstelijn komen wel meer bij de cliënt thuis. Zij zien daarom vaker in welke mate wat werd aangeleerd in het revalidatieziekenhuis, ook effectief wordt toegepast. Uniforme uitwisseling (ongeacht vooropleiding) van de data wordt dan ook als een meerwaarde gezien. Idealiter zou er ook een BelRAI Revalidatie instrument voor familie en cliënt moeten worden ontwikkeld zodat ook hun inzichten kunnen meegenomen worden in het revalidatieplan.

Het BelRAI Revalidatie instrument wordt bij voorkeur geïmplementeerd in de bestaande software-platforms. Experten gaven aan dat een apart online platform niet werkbaar is. Men zou graag een integratie zien van zoveel mogelijk systemen om het aantal openstaande vensters te beperken. Doordat de informatie versnipperd wordt, verliest men het overzicht en het globale beeld van de cliënt.

De betrokken beroepsbeoefenaars stelden voor om met een boomstructuur, een scroll-down menu of een thesaurus te werken. Als het BelRAI Revalidatie instrument tegemoet moet komen aan de vereisten van de volledige sector, kunnen niet alle items verplicht worden. Dit zou het BelRAI Revalidatie instrument onwerkbaar en inefficiënt maken. Heel wat items zijn aandoening- of doelgroepgebonden, maar wel noodzakelijk voor een specifieke doelgroep. De voorkeur ging uit naar een systeem waarin alles toegankelijk is maar waarin het team flexibel kan invullen wat nodig is.

De sector benadrukte dat de informatie die wordt uitgewisseld in kader van zorgplanning van een andere inhoud en diepgang is dan verslaggeving voor inschaling van zorgzwaarte en mantelzorg-belasting. Ziekte-inzicht speelt bijvoorbeeld een rol op hoe een (subtiele) cognitieve beperking impact heeft op de noden naar zorgen en toezicht.

Bij eHealth is er heel wat informatie voorhanden. Het zou dan ook een meerwaarde zijn om applicaties en informatie automatisch te laten invullen zodat BelRAI geen systeem naast de bestaande eHealth applicaties wordt of naast het EPD. Dit zou bijvoorbeeld kunnen via een link met Vitalink. Daarbovenop worden assessment-instrumenten veelvuldig gebruikt (maar niet overal). Voor deze instrumenten zou het nuttig zijn een automatische conversie te voorzien zodat de verschillende scores van een bepaald instrument of ICF-score automatisch worden omgezet in een BelRAI scoring en dus ook automatisch worden ingevuld.

Er was ook vraag om secties of informatie dubbel te voorzien in het BelRAI Revalidatie instrument om een volledig overzicht te houden, wel op voorwaarde dat de informatie maar één keer moet worden ingevuld. Daarnaast wilde men dat zaken die niet van toepassing zijn, niet meer moeten worden ingevuld. Bij iemand die beperkt responsief is of die bedlegerig is, zouden de items over wandelen en de wandelafstand dan bijvoorbeeld niet moeten ingevuld worden.

Volgende citaat van een expert vat samen waarmee de sector verwacht en hoopt in de toekomst mee te werken:

Expert X: 1: Je hebt mij twee weken geleden met de informatiesessie echt echt verbaasd daarmee. Van het te zien als communicatiemiddel want. … Ik wil weten welke ziekte dat die heeft. Ik wil weten welke diagnose dat die heeft. Ik wil weten welke pillen dat die heeft. Maar dat is weer heel ziekte specifiek. Dat is niet… Dat zegt niks over het, ja zegt niks…. Dat is niet het functioneren van die mens. *…. De vraag is hoever gaat die BelRAI daarin gaan? Ik dacht dat het iets aparter was. En iets op iets kleinere schaal en vooral over functioneren ging gaan en andere zaken. Maar als het echt over pathologie gaat, dan komen we naar richting een medisch dossier…..* *Ik droom van een wereld waarin dat ik gewoon mijne computer kan opdoen en ik weet welke medicamenten dat die patiënt thuis neemt. Dat ik weet wat die diagnose is. Dat ik weet wat de medische voorgeschiedenis is. Dat ik weet wat zijn visus status is door de brief van de oftalmoloog. (pauze) maar ja. Ik weet niet hoe ver BelRAI daarin gaat gaan?*
Expert Y: Die vertaling naar een EPD of een BelRAI… Dat moet voor die mensen zo efficiënt en makkelijk mogelijk gemaakt worden. Zonder 35 keer alles te moeten gaan openklikken en hier in te putten en daar in te putten en Excel, en een word, en dan nog…

5 Feedbackfiches: inhoudelijke bijsturing van de items

De aangehaalde thema's en aandachtspunten weergegeven in vorige paragraaf, zijn uitgewerkt in een eerste BelRAI formulier, rekening houdend met de uitgangspunten van een interRAI instrument (zie ook 'BelRAI Revalidatie items'). De allereerste gelinkte versie omvatte zo'n 247 pagina's die voorgesteld is aan de experten actief in revalidatiesector op het feedbackmoment. Deze versie is verder verfijnd na het feedbackmoment en vervolgens opgesplitst in drie documenten (zie ook fase 4 tot en met 6 van de methode).

Aan de sector zijn drie documenten voorgelegd (fase 7): het document 'essentiële items', het document 'modules' en het document 'optionele items'. In een leidraad werd toegelicht dat (1) het document 'essentiële items' core items van BelRAI bevat, die hoe dan ook zouden moeten worden opgenomen, dat (2) het document 'modules' bestaat uit items die voor sommige doelgroepen nodig zijn en die dus niet altijd moeten worden ingevuld en dat (3) het document 'optionele items' items bevat die genoemd waren tijdens de focusgroepen, maar waarvan de onderzoekers menen dat ze niet moeten worden opgenomen. Ondanks de toelichting dachten enkele respondenten toch nog dat de 'optionele items' ook werden meegenomen in het BelRAI Revalidatieformulier. Enkel opmerkingen over optionele items die volgens respondenten toch moesten worden opgenomen in het uiteindelijke instrument, werden meegenomen.

Op bijna elke feedbackfiche geeft men aan dat het BelRAI Revalidatie instrument (versie maart 2018) te lang is en niet werkbaar. Enkele respondenten hebben de tijd genomen om aan te geven welke items moeten worden verwijderd. Het merendeel van de beroepsbeoefenaars heeft echter zelfs optionele items benoemd als essentieel. Dit maakte het BelRAI Revalidatie instrument dus nog langer. Hoe langer en specifieker een instrument of item is, hoe meer kans er is tot het slechter invullen (Vanneste et al., 2015). Desondanks zijn er op vraag van de sector specifieke items expliciet extra toegevoegd zoals trappen, lopen, intolerantie(s) en bevraging van de aanwezigheid van een mondprothese.

Experten merkten correct op dat items zoals financiering, medische items… niet zijn opgenomen in het BelRAI Revalidatie instrument. Dit is niet gebeurd omdat BelRAI geen medisch dossier is en ook geen administratief dossier.

Met suggesties om gevalideerde antwoordcategorieën te veranderen of om termijnen die door interRAI of ICF worden opgelegd, langer te maken, is geen rekening gehouden. Zo wou men bijvoorbeeld de laatste drie maanden scoren in plaats van de laatste drie dagen (interRAI), of bij korte termijn geheugen 30s (ICF) in plaats van 5 minuten (interRAI) als intervalmeting gebruiken. Bovendien moeten de onderzoekers rekening houden met compatibiliteit en de vereisten van BelRAI 2.0: als iemand vanuit de revalidatie naar de reguliere thuiszorg of naar een WZC transfereert, dan moeten de items van BelRAI die over dezelfde aspecten gaan, identiek zijn en blijven.

Daarnaast zagen de experten de logica niet in de structuur van het BelRAI Revalidatie instrument. Men heeft de voorkeur aan de ICF-structuur, bijvoorbeeld van participatie naar stoornis (of omgekeerd).

Een aantal items zijn samen genomen of verplaatst op vraag, rekening houdend met de interRAI structuur. Vooral aan de sectie 'neurocognitief, motorisch en sensorisch' zijn er aanpassingen gebeurd. Aangeven hoe hoog iemands IQ is, is niet altijd mogelijk omdat dit niet overal standaard getest wordt of van iedereen geweten is. Daarom is dit een optioneel item geworden.

Er zijn een aantal items buiten de interRAI core set herwerkt of herschreven om een antwoord te bieden aan de revalidatiesector. Daarnaast is ook de vraag gesteld om bestaande items uit te breiden. Deze voorstellen zijn meegenomen in de mate van het toegestane. In het BelRAI Revalidatie instrument wordt bijvoorbeeld gevraagd of het evenwicht van de persoon in de laatste drie dagen verstoord was. De oorzaak hiervan (vertigo, blikstabilisatie...) wordt niet bevraagd. Dit kan wel genoteerd worden in het medisch dossier.

Daarnaast zijn een aantal items volledig uitgewerkt op basis van de ICF bij gebrek aan interRAI items. Niet iedereen gaat echter akkoord met de ICF-terminologie. Zo zijn de revalidatiedoelen uitgewerkt aan de hand van de ICF, maar de experten zouden liever de afstemming zien met de doelstellingen of eisen van de therapie zoals uitgewerkt in de RIZIV-conventies.

De nieuwe items die specifiek voor de revalidatie zijn uitgewerkt, zijn bijgestuurd op basis van de ontvangen feedback. Voor de meeste neurocognitieve items diende er een eenduidige definiëring en scoring te worden gezocht.
'Stress en trauma' is een item uit de core set rehabilitation. De uitwerking is bij interRAI echter anders dan bij ICF. Hier dient een verder uitwerking en aanpassing te worden gezocht op basis van literatuur.

(Ver)slikken (zie Sectie M Toestand van mond en voeding), mondhygiëne (onderdeel van persoonlijke hygiëne, Sectie I Algemeen dagdagelijks functioneren), lezen, rekenen en schrijven (onderdeel sectie P, items over schoolse vaardigheden), oriëntatie (sectie C: cognitie), staan wel degelijk in het BelRAI Revalidatie instrument (huidige versie en voorgelegde versie aan de sector), terwijl er feedback kwam dat deze moesten worden toegevoegd.

Een aantal opmerkingen waren ook te algemeen om hiermee aan de slag te gaan, zoals 'de meeste items zijn voor ons niet van toepassing'. De validatiestudie zal hier wellicht meer inzicht in geven.

Wat betreft de items in het thema 'seksualiteit' wilden cliënten expliciet toestemming geven of weigeren om dit te delen. Dit is momenteel echter niet mogelijk. De toestemming geldt voor de gehele BelRAI Suite.

Daarnaast zijn er heel wat bestaande instrumenten en schalen (bijvoorbeeld KATZ, Barthel Index, FIM, HODA (Housekeeping Damage Scale), Gordon, AMPS (Assessment of Motor and Process Skills), COPM[47], CFCS (Communicatie Functie Classsificatie Systeem), aanvraag handicap bij de FOD, ….) genoemd geweest door de betrokkenen tijdens de focusgroepen. Hierbij moet rekening gehouden worden met de auteursrechten die op instrumenten en op interRAI instrumenten rusten.
Zo kunnen de Glasgow Coma Scale, AIS (Asia Impairment Scale), rouwfases van Kübler-Ross, VAS (Visueel Analoge-schaal), SIS (Support Intensity Scale), … geen onderdeel zijn of worden van het BelRAI Revalidatie instrument zoals aan bevolen op de focusgroepen (Geertzen et al., 2014; Kübler-Ross, n.d.; Peers, 2008; Thompson, Bryant, Campbell, & Buntinx, n.d.). Ook in de feedbackfiches kwam de suggestie voor om indexen over te nemen zoals de Spraak Handicap Index, de Voice Handicap Index, GMCFS… Dit kan niet omwille van het copyright. Het is wel mogelijk om in de handleiding bij, bijvoorbeeld, de interRAI-items over spraak, aan te geven dat de zorgverlener eventueel ook bepaalde andere schalen of indexen kan gebruiken.

Opmerkingen met betrekking tot onduidelijkheid van items worden meegenomen in de uitwerking van de handleiding van het BelRAI Revalidatie instrument. Er is ook de wens om duidelijkheid te scheppen over wanneer het BelRAI Revalidatie instrument dient te worden ingevuld. Als er een significante wijziging is in het functioneren van de cliënt, dient een BelRAI instrument te worden afgenomen, evenals bij opname en bij ontslag bij een zorgaanbieder. Op die manier kan de evolutie worden weergeven doorheen de tijd en worden de beroepsbeoefenaars die de zorg overnemen, correct geïnformeerd. Het is ook aan de revalidatiesector zelf om aan te geven wanneer het BelRAI Revalidatie instrument het best wordt afgenomen. Voorstel is om dit toch systematisch (bijvoorbeeld per drie of zes maanden) te doen.

Een zorgaanbieder zag ook expliciet de mogelijkheden om dit BelRAI Revalidatie instrument, al dan niet met aanpassingen, te gebruiken in de geriatrische revalidatie.

6 Toegankelijkheid van de gegevens

De algemene tendens is dat cliënten ervoor openstaan om zeer veel informatie te delen met een beroepsbeoefenaar in een vertrouwensrelatie én op voorwaarde dat het beantwoorden van de vraag vrijblijvend is.

*Cliënt X:….Ja, want nu moet je naar een arts van je werk, … moet je naar een arts van het ziekenfonds, moet je naar een arts van het VAPH, …. voor een arts van het FOD voor uw uitkering, … Cliënt Y (*als reactie cliënt X): *komt de VDAB voor hulpmiddelen…. Cliënt X: ….altijd dat verhaal. Je moet altijd tegen iedereen dat verhaal doen, dat vind ik zo vermoeiend.*
Cliënt Y: En heel wat van die andere instanties vragen ze ook gewoon op papier uw gegevens en dan is dat echt naar een vreemde iemand die je nog nooit gezien of gehoord hebt, waar je enkel op papier mee hebt gecommuniceerd en dan mag je heel je verhaal op een papier schrijven en dan in die brievenbussen steken. Dan heb ik nog liever dat dat wordt opgevraagd via een medisch platform en dat dat niet zomaar zit rond te dwalen tussen de rode brievenbussen….

[47] COPM Canadian Occupational Performance Measure is assessment-instrument gebruikt door ergotherapeuten voor het bevragen van IADL en ADL en hun betekenis in het dagelijks leven. Dit instrument behoort tot de Canadian Model of Occupational Performance en Engagement (CMOP-E)(Law et al., 1990; Townsend & Polatajko, 2007; Turpin & Iwama, 2011)

Expert X: Het praktische wel hé. Ik vind dat ook maar. Ik vind het al een geweldig iets dat ik in programma X kan copy/paste doen vanuit mijn medisch dossier. Dat vind ik al een geweldige vooruitgang. Als ik dan papieren van de organisatie X moet ik nog mijne bic nemen en het overschrijven.

De betrokkenen maken zich wel zorgen over de toegankelijkheid van de gegevens voor anderen. Zij zijn meer dan akkoord dat er administratieve vereenvoudiging moet komen, maar de uitwisseling moet veilig gebeuren (niet via papier).

Experten gaven aandachtspunten mee wat betreft het gedeelde beroepsgeheim en de bescherming van de privacy. Over wie welke informatie mag ontvangen, is er voorlopig geen consensus. Vooral hoe uitgebreid medische informatie mag worden gedeeld met partners buiten het medisch team, was een punt van discussie.

Er werd door sommige betrokkenen een onderscheid gemaakt tussen medische equipes (AZ, UZ, CAR) en niet-medische equipes (Centrum voor leerlingenbegeleiding), VDAB/ Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, VAPH/ Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap,…).

Het spectrum van antwoorden is zeer breed, van volledige toegang mits geheimhouding tot geen toegang tot medische gegevens voor niet-medische instellingen. Er waren wel betrokkenen die aangaven dat toegang van deze diensten gaat leiden tot een betere zorg en een meer objectieve inschaling.

De belangrijkste actor in de revalidatie is de cliënt zelf. Cliënten gaven spontaan aan de uitdrukkelijke wens te hebben om toegang te krijgen tot het BelRAI Revalidatie instrument, op voorwaarde dat er niet te veel technische termen worden gebruikt en de taal begrijpelijk is. Cliënten zouden dan via een beroepsbeoefenaar informatie kunnen aanpassen. Experten gaven ook aan dat informatie niet vrijgeven aan cliënten eerder een uitzondering is dan de regel. Enkel als de informatie schade kan toebrengen aan een cliënt, dient de toegang ervan geweigerd te worden voor de cliënt wat congruent is met de wet op de patiëntenrechten.

Heel wat ziekenhuizen werken - al dan niet in een netwerk - aan een online platform waarin cliënten hun medisch dossier kunnen raadplegen of reeds kunnen raadplegen (Lemaïtre, 2017; UZ Gent, 2018; UZ Leuven, 2017). Cliënten gaven zelf aan dat bepaalde informatie aan het begin van de revalidatie te confronterend is. Nu wordt de informatie systematisch en met ondersteuning vrijgegeven. Dit moet zo blijven. Cliënten gaven echter ook aan dat bepaalde informatie voor experten te confronterend is of een verkeerd beeld schetst van hen. Daarom zouden cliënten informatie willen afschermen voor deze beroepsbeoefenaars, onder andere in kader van privacy.
Cliënten meldden ook dat ze trouwer aan hun therapie zouden zijn als ze inspraak hadden in het traject. En ook dat het hun therapietrouw zou kunnen verhogen, mochten ze meer inzage hebben in hun dossier, inclusief het BelRAI Revalidatie instrument. Daarnaast zagen cliënten in de toegang tot het BelRAI Revalidatie instrument een therapeutische meerwaarde. Cliënten zouden getriggerd worden om in dialoog te gaan met hun beroepsbeoefenaar. Dat blijkt ook uit de wetenschappelijke literatuur (Bell et al., 2016; Walker, Sieck, Menser, Huerta, & McAlearney, 2017).

Cliënt X: ….Wat jij daarjuist zei. Dat je zegt van. Eigenlijk. Op u gemak hé, niet met iemand erbij hé. Gewoon. Je ligt in je bed, je bent een beetje aan het lezen en je zegt van eigenlijk doen ze heel veel moeite om mij uit mijn kot te lokken en misschien geeft dat juist de start om te zeggen van ze hebben al zoveel moeite gedaan. …Ik moet er eigenlijk op ingaan. Dat is wel belangrijk. Allé. Dat heeft ook zijn therapeutische voordelen dat je in je dossier kan zien hé, voor sommige mensen zal dat misschien, nadelig zijn maar….

Privacy is belangrijk, zeker als het gaat om werkgevers, controle-instanties e.d. Maar cliënten gaven zelf aan dat het beleid hier licht in overdrijft. Beroepsbeoefenaars die betrokken zijn in hun zorg moeten, volgens sommigen, toegang hebben tot alles. Anders kan je niet verwachten dat men de allerbeste dienstverlening kan geven en dus de beste re-integratie kan beogen. Men moet wel het recht hebben om zelf te bepalen wat men ziet en of men alles meedeelt of niet. Beroepsbeoefenaars moeten immers het vertrouwen verdienen.

Cliënt X: Hoe meer afhankelijk dat je wordt. Hoe meer dingen dat je daarin (BelRAI Revalidatie) gaat kunnen antwoorden.

7 Draagvlak bij de revalidatiesector

Ondanks de kritische houding van de revalidatiesector menen wij dat er momenteel voldoende draagvlak en bereidheid is om het BelRAI Revalidatie instrument verder uit te werken tot een kwaliteitsvol instrument.

De grote opkomst en de betrokkenheid van de revalidatiesector worden zeer geapprecieerd. Zowel cliënten, Vlaamse revalidatiezorgaanbieders als een aantal Nederlandstalige niet-Vlaamse revalidatie-zorgaanbieders hebben zich vrijwillig ingezet om tot de huidige versie van het BelRAI Revalidatie instrument te komen. Sommigen onder hen hebben bovendien reeds laten weten dat ze bereid zijn om hun schouders te zetten onder de implementatie.

Wat niet behoort tot de onderzoeksvraag, maar wel een essentiële voorwaarde is voor het slagen van dit onderzoek en voor implementatie in de toekomst, is het creëren van een draagvlak. Er werd daarom tijd gemaakt om de betrokken experten te informeren en warm te maken voor het BelRAI Revalidatie instrument.

Het BelRAI Revalidatie instrument (Bijlage 12: BelRAI Revalidatie formulier) dat hier wordt voorgesteld, is nog geen definitieve versie. Testing en bijsturing zijn noodzakelijk, mede in het kader van werkbaarheid, haalbaarheid en validiteit.

Hoofdstuk 7
Discussie, aandachtspunten en conclusie

1 BelRAI Revalidatie items

Wat de inhoud van het BelRAI Revalidatie instrument betreft, moeten de onderzoekers een evenwicht vinden tussen werkbaarheid enerzijds en essentiële informatie (voor de zorgplanning en communicatie) anderzijds. Het BelRAI Revalidatie instrument is geen medisch dossier, noch een samenvatting van dat dossier. BelRAI Suite is ook geen diagnostisch of administratief instrument.

Om die redenen werden onderstaande thema's (continu doorheen het hele onderzoek[48]) niet meegenomen in het BelRAI Revalidatie instrument:

1. Opleiding van de kinderen en gezondheid van kinderen: Hierover was er onvoldoende consensus. De meerderheid van de cliënten gaf aan dat dit te veel schending van de privacy impliceerde. Daarbij lopen kinderen met opleiding in de gezondheidszorg het risico een vorm van sociale verplichting te krijgen om voor de ouder te zorgen. De gezondheid van de kinderen behoort voornamelijk tot de privésfeer.
2. Medische onderzoeksresultaten (RX, bloedanalyse, beeldvorming, gehoortesten,…) en operaties: Dit wordt gezien als onderdeel van het medisch dossier.
3. Huisvesting: De volledige beschrijving en aanwezige aanpassingen in de woning behoren tot het verslag van een huisbezoek en minder tot het BelRAI Revalidatie instrument.
4. Activiteit 'brief gaan posten', 'overschrijvingsformulier invullen': Dit zijn nog weinig voorkomende activiteiten.
5. Financiering (van hulpmiddelen en revalidatie), verzekerbaarheid en sociale rechten (socio-economische informatie over de cliënt of zijn naaste: Dit zijn items relevant voor het revalidatieproces maar zonder directe link met het functioneren.
6. Medicatiefiche (bloedverdunners, pijnmedicatie,…) en bijwerkingen: Dit is onderdeel van het medisch dossier en kan worden uitgewisseld via Vitalink of het GMD.
7. Uitgevoerde stappen in het arbeidsre-integratieproces zoals solliciteren, van job veranderen, herscholen: Dit wordt gezien als methodiek of inhoud van een interventie en niet als onderdeel van het functioneren van een persoon.
8. Financiering en keuze/manier van gebruik van een hulpmiddel: Dit is een item dat zeer gevoelig is voor verandering en wensen van de cliënt. Daarom kan dit item het best worden besproken. BelRAI bevat voldoende items voor de beroepsbeoefenaar om te weten welke hulpmiddelen aanwezig zijn en om in dialoog te treden. Financiering heeft invloed op het revalidatieproces maar zegt niets over het functioneren. Bijgevolg horen items rond financiering van de revalidatie of de zorg niet thuis in het BelRAI Revalidatie instrument.
9. Manier van werken en methodiek die gehanteerd wordt: De betrokkenen geven zelf aan dat dit enkel in de vorm van een tekstvlak kan meegegeven worden. Open tekstvakken zijn niet toegelaten in BelRAI 2.0.

48 Zowel bij de analyse van de focusgroepen en feedback vanuit de sector

10. Aandachtspunten en werkpunten zoals bloeddrukval , autonome dysreflexie, hemofilie, diabetes mellitus (core item van interRAI), erfelijke ziektes, bloedgroep, risico op trombose/ pneumonie/ doorligwonde/ fracturen (osteoporose), erfelijke ziektes, steunverbod, specifieke wondzorg of therapie, specifieke allergieën, gekregen vaccinaties, voorschriften naar inhoud van therapieopvolging, risicocliënt naar overbelasting (te veel oefenen)… en zeer specifieke testresultaten zoals spraak-verstaan in ruis en gehoor in vrij veld worden gezien als onderdeel van het medisch dossier.
    Bij de diagnoses zijn een aantal core items verwijderd omdat participatie centraal staat eerder dan de pathologie. Verdere toetsing van het instrument bij interRAI en in de praktijk zullen hiervoor nodig zijn.
11. Vormen van revalidatie en gevolgde interventies: Gangrevalidatie, cognitieve revalidatie, arbeidsreïntegratie, valpreventie, prothese gebruik en onderhoud, aanleren van een methodeverandering naar uitvoeren van een activiteit… worden gezien als onderdeel van medisch dossier en/of verslaggeving en niet als onderdeel van het functioneren van een cliënt.
12. Opsomming van alle mogelijke loophulpmiddelen zoals in de nomenclatuur van de (mobiliteits)hulpmiddelen (art 28 $8): dit is in kader van werkbaarheid gegroepeerd en geoperationaliseerd zoals de interRAI Suite voorziet (RIZIV, 2014).
13. Verslaving aan drugs(medicatie): Dit kan via het GGZ addiction supplement in kaart worden gebracht.
14. Schoolse vaardigheden, opleiding en arbeidssituatie: Dit is zeer beperkt opgenomen. Cliënten hebben wel angst dat zij onderschat worden bij afwezigheid van een diploma of tewerkstelling.

Volgende thema's zijn tegen het advies van cliënten in behouden:

1. Temparement, persoonlijkheid en karakter: Dit dient te worden ervaren en wordt gezien als onderdeel van de therapeutisch relatie, met uitzondering van agressie volgens de cliënten. De tendens bij de experten was om deze items alsnog te behouden.
2. Opsomming van mogelijke hobby's, sporten en sociale contacten (lotgenotengroepen): Cliënten hebben een voorkeur om hun hobby's die ze doen of ooit hebben gedaan niet op te nemen in het BelRAI Revalidatie instrument. Dit bespreken ze liever in vertrouwen. De experten wensen deze informatie echter wél op te nemen, om meer aansluiting te vinden bij de cliënten. Dit item is voorlopig behouden.

Betrokkenen zijn terughoudend over het delen van gevoelige informatie zoals incest, misbruik, foetaal alcoholsyndroom, IQ, battered-childsyndroom… (life events/psychologische trauma's), juridische informatie naar vervolgingen, alcohol- of middelenmisbruik, voorgeschiedenis van psychiatrische opname, agressiviteit… Betrokkenen vinden dit gevoelige thema's omdat de consequenties zoals een verhoogde kans op minder zorg door stigma of een 'etiket' in hun beleving groot kunnen zijn voor de cliënt, zeker in kader van agressie.

Het BelRAI Revalidatie instrument moet de informatie bevatten die nodig is om aan goede zorgplanning te doen. Daarom worden de richtlijnen voor deze 'gevoelige items' gevolgd die gelden in interRAI Suite en uiteraard het wettelijk kader (Privacycommissie). Informatie noodzakelijk voor goede zorgplanning wordt daarom alsnog opgenomen. Het is aan de beroepsbeoefenaars om hier correct en ethisch verantwoord mee om te gaan. Opleiding, vorming en handleidingen ondersteunen beroepsbeoefenaars hierin.

Vanuit het onderzoeksteam werd verwacht dat volgende items sterk aanbod gingen komen:

1. Stress en crisis
2. Psychologisch trauma
3. Zorgen voor ander(en)
4. Geur en smaak
5. Handvaardigheid
6. Propriocepsis: lichaamsbesef, lichaamsbewustzijn, druk voelen, tast,…
7. Fantoompijn
8. Agnosie en extinctie / uitdoving
9. Arbeidsomstandigheden (4A's arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarde, arbeidsverhoudingen) (Désiron, 2010)
10. Schoolse vaardigheden van volwassen zoals leesniveau, school vroegtijdig hebben verlaten,…
11. Ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen
12. Cultuurspecifieke items
13. Gradaties naar auditieve stoornis (VAPH, 2017)
14. Algemene taken en eisen (ICF-domein)
15. Delier en jongdementie
16. Beoordeling van de leefomgeving
17. Betekenisvolle activiteiten en subjectieve aspecten van participatie
18. Fixatie
19. Eenzaamheid

Revalidatiedoelen en de hulpvraag liggen aan de basis van het hele revalidatieproces. Zij vormen de rode draad doorheen het revalidatieproces en vragen een zeer persoonlijke, individuele aanpak. Hierbij aansluitend moeten beroepsbeoefenaars volgens cliënten op de hoogte zijn van de wensen van de cliënt.

Cliënt X: Als het mogelijk is, dat is niet altijd mogelijk ik weet dat ook. De wensen van de revalidant. Van kijk, in mijn geval was dat nu. Ik zou graag terug gaan werken en ik wil daar al het mogelijke voor doen en dat ze daar ook rekening mee houden, zo van. Je hebt mensen die gewoon allé. Dat. Ook met een amputatie of zoiets, die zeggen voor mij gewoon oké als ik gewoon 100 m kan stappen en terug. Voor mensen allé. Dat ze daar ook rekening mee houden. Er zijn mensen die meer willen. …. want dat verschilt bij sommige mensen die zeggen van, ik wil alleen maar naar het café kunnen gaan en terug. Ik moet geen, weet ik hoeveel kunnen stappen, en alle soorten terreinen kunnen doen. Maar er zijn mensen die dat wel willen, allé ja
Eigenlijk niet het standaardprogramma, zo precies van, oké je hebt die aandoening dat is u programma. Standaard. Maar dat er eigenlijk rekening gehouden wordt met de mens die daar staat.

Er is een verschil tussen de doelen van het team en de doelen die de cliënt voor ogen heeft. Doelen dienen doorheen het revalidatieproces te worden bijgesteld. Ook de hulpvraag evolueert. Bij het behalen van een doel of het beantwoorden van een hulpvraag, bieden er zich nieuwe doelen en hulpvragen aan. Daardoor is het opstellen van doelen een onderdeel van revalidatieproces (zie ook 3.3 Revalidatieproces). Het BelRAI Revalidatie instrument brengt, naar analogie met de interRAI Suite, het functioneren van de laatste drie dagen in kaart. Door de verscheidenheid aan doelen en het individuele karakter (SMART[49] opstelling) behoort dit aspect tot het therapeutisch of medisch dossier.

49 Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijd

In het classificatiesysteem ICD-10 (WHO) kan de hulpverlener, net als in interRAI, zeer specifieke aandoeningen en diagnoses aangeven. In het BelRAI Revalidatie instrument echter, staat het functioneren voorop. Diagnose en diagnostiek behoren tot het medisch dossier. Ook in de WHO gebruikt men de ICF en de ICD-10 als twee apart classificatiesystemen (WHO, 2018a). Analoog hieraan bevat het medische dossier de ICD-codes, de aandoeningen en het BelRAI Revalidatie instrument (ICF en interRAI) het functioneren.

Sectie A (persoonlijke gegevens) wordt conform BelRAI 2.0 uitgewerkt en is in België in elk instrument hetzelfde. Belangrijk hierbij is dat naam, geslacht, geboortedatum, rijksregisternummer en adres bij de aanmaak van de cliënt (automatisch) ingevuld en telkens meegenomen worden. De roepnaam kan niet worden toegevoegd. De gegevens van de huisarts worden gezien als onderdeel van het patiëntendossier.

De taalvoorkeur mag in de Belgische staat niet worden getraceerd. Dit maakt dat specifieke talen zoals Vlaamse Gebarentaal, LORM-alfabet, 4 handgebaren niet kunnen opgenomen worden in het BelRAI Revalidatie instrument. Cliënten willen kunnen aangeven welke talen ze spreken of verstaan naast Nederlands. De groep met een zwaarder zorgprofiel heeft nood aan goede en betrouwbare professionele hulp. Cliënten met een zwaarder zorgprofiel zijn zelfs bereid huishoudhulpen te ontvangen die geen Nederlands spreken zolang cliënt en huishoudhulp een gemeenschappelijke spreektaal hebben.

Vanuit de Privacycommissie is het niet toegelaten om nationaliteit en religie in de BelRAI Suite op te nemen. Deze zijn als item in de interRAI Suite wel aanwezig.

2 Screener

Het instrument dat in dit onderzoek wordt ontwikkeld, is een volledig BelRAI instrument. Dit verschilt van de BelRAI Screener in die zin dat de laatstgenoemde een verkorte versie is om enerzijds recht op zorgverzekering te bepalen en anderzijds te bekijken of iemand nood heeft aan een volledig instrument. De BelRAI Screener wordt momenteel vooral gebruikt in de thuiszorg. In de thuiszorg is niet alle zorg complex, waardoor niet iedereen nood heeft aan een volledig BelRAI Thuiszorg (HC) instrument (een instrument van circa 400 items).

Ondanks de gemeenschappelijke BelRAI taal zijn er zeer duidelijke verschillen wat betreft de doelstelling tussen de BelRAI Screener en het BelRAI Revalidatie instrument. Het BelRAI Revalidatie instrument is een volledig instrument dat ingezet wordt voor de zorgplanning en communicatie voor volwassenen. De mogelijkheid bestaat dat de revalidatiesector nood heeft aan een specifieke revalidatie Screener. Het is echter te vroeg om daar uitspraken over te doen. Mocht de nood aanwezig zijn, is verder onderzoek wenselijk. Op dit moment is het niet de bedoeling om eerst te screenen, wel om via een volledig instrument een globaal beeld te verkrijgen van de cliënt.

Niettemin stelt de sector de vraag of een screeningsinstrument misschien noodzakelijk is om een inschatting te kunnen maken naar welke zorgaanbieder een cliënt doorverwezen dient te worden (triage).

3 Voorwaarden voor implementatie

Naast de itemgeneratie zijn de interview- en focusgroepen rijk aan informatie over voorwaarden voor toekomstige implementatie van het BelRAI Revalidatie instrument. Bij alle betrokkenen liggen de verwachtingen naar het BelRAI Revalidatie instrument toe, zeer (te?) hoog. BelRAI heeft veel mogelijkheden, maar is geen oplossing voor alles wat beter kan in de gezondheidszorg.

De belangrijkste feedback van de betrokkenen is dat niet alle elementen voor alle doelgroepen nodig zijn. Dit wordt opgelost via een modulair systeem.
Er werden heel wat items verwijderd die ofwel door de cliënt zelf dienen te worden beantwoord ofwel het welbevinden van cliënten bevragen. Het BelRAI Revalidatie instrument is geen zelf evaluatie-instrument (visie van de cliënt) of 'kwaliteit van leven' instrument. Mochten deze items alsnog belangrijk blijken te zijn, kan de uitwerking van een 'zelfevaluatie-instrument revalidatie' of een 'kwaliteit van leven-revalidatie' (quality of live (QoL) een meerwaarde zijn. Hete BelRAI Revalidatie instrument dat nu ontwikkeld is, betreft het professioneel oordeel over het functioneren van de cliënt op basis van onder andere observatie, het zorgdossier en de gesprekken met de cliënten (zie ook supra).

Het BelRAI Revalidatie instrument is gebaseerd op de inhoud van de focusgroepen, interRAI en ICF. Hierbij werden items die niet essentieel zijn voor zorgplanning en communicatie met collega's stapsgewijs verwijderd. Informatie die een meerwaarde is voor een specifieke casus, kan worden opgezocht in de bestaande systemen. Na de aanpassingen aan het BelRAI Revalidatie instrument op basis van feedback van de sector, wordt het BelRAI Revalidatie instrument verder verfijnd. Een tweede feedbackronde lijkt wenselijk. De validatiestudie heeft als doel nog verdere onnauwkeurigheden onder de aandacht brengen.

Er dient bij doorverwijzing meer aandacht te worden besteed volgens cliënten aan het communiceren over (1) het doorgelopen revalidatietraject, (2) welke bewegingen of handelingen wel of niet mogen worden uitgevoerd (steunverbod, boven de 90° werken, kracht zetten…) en (3) welke medicatie is aangepast. Tijdens alle focusgroepen gaven cliënten aan dat zij zelf therapeuten moeten wijzen op veranderingen en dat het dossier niet up-to-date is. Dit is problematisch voor cliënten die hiervoor de cognitieve capaciteiten niet (meer) hebben. BelRAI Revalidatie moet altijd up-to-date en snel toegankelijk zijn.

Bij experten is er een zeker ongemak over de vraag wat de *andere* expert doet met deze gevoelige informatie. Ondanks het opzet van interRAI om via opleidingen en handleidingen dit ongemak op te lossen, is het professioneel handelen en ethisch handelen de verantwoordelijkheid van elke individuele beroepsbeoefenaar.

Werken met de BelRAI Suite is een verandering, en dan vooral een cultuurverandering. Dit is niet gemakkelijk en kost tijd, maar de overgang loont. Alle verandering is moeilijk en wanneer het standaard is, wordt er amper nog gesproken over die moeilijke periode… omdat het dan juist als 'gemakkelijk' en 'normaal' wordt gezien. Experten en cliënten moet wennen aan het concept BelRAI. Mits opleiding en ondersteuning is er voldoende expertise in de sector om aan de slag te gaan met deze cultuur-verandering en bijhorende uitdagingen.

4 Linking interRAI en ICF in dit onderzoek

De belangrijkste feedback op de PAC-Rehab is in deze context relevant: een heel aantal items ontbreken om een cliënt op participatie- en activiteitenniveau te kunnen beschrijven in de langetermijnrevalidatie. De experten bevestigen dat er een verschil is tussen zorgnood en therapienood.

De grootste uitdaging van dit onderzoek is om het hoger functioneren (arbeid, sporten, computervaardigheden…) van een volwassene weer te geven in het BelRAI Revalidatie instrument.

Vanuit de revalidatiedienstverleningssector komt de vraag om zoveel mogelijk automatisch te laten verlopen. Onder andere het automatisch omzetten van de score van een bepaald instrument of een ICF-score in een BelRAI Revalidatie score (conversie). De vraag is welke assessmentinstrumenten veelvuldig gebruikt worden in de revalidatiesector. De experten geven aan dat er zeer veel verschillende assessmentinstrumenten worden gebruikt bij gebrek aan echte gouden standaarden. Dit is te verklaren doordat enerzijds heel veel verschillende domeinen of constructen in kaart worden gebracht in de revalidatie; en anderzijds elk instrument per diagnosegroep of doelgroep onderzocht moet zijn om betrouwbare en valide gegevens te genereren. Mocht er voor de implementatie nood zijn aan een automatische conversie, zal er verder onderzoek moeten gebeuren om na te gaan welke instrumenten in aanmerking komen. Vervolgens zal bekeken moeten worden of de instellingen zelf dienen in te staan voor de programmatie van deze conventie, of dat er nationaal inspanningen kunnen geleverd worden (Prodinger, Tennant, & Stucki, 2018).

Participatie en activiteiten staat centraal in de ICF, met vier mogelijke insteken om deze te definiëren. Internationaal is er dan ook kritiek op het feit dat er geen eenduidige definiëring is en dat de ICF enkel de objectieve en niet de subjectieve aspecten van participatie meeneemt. Voordat onderzoekers kunnen overgaan tot de uitwerking van een participatieschaal in interRAI (mocht dit nodig zijn), dienen het concept en diagnostische assessmentinstrumenten duidelijk te zijn uitgetekend (Desrosiers et al., 2003; Eyssen, Steultjens, Dekker, & Terwee, 2011; Magasi & Post, 2010; Perenboom & Chorus, 2003; Van Brakel et al., 2006; Van De Velde, Bracke, Van Hove, Josephsson, & Vanderstraeten, 2012; Van de Velde et al., 2016, 2017; Whiteneck, 2010; WHO, 2001c).

Een volledige linking in samenwerking met het ICF-platform op de huidige versie was weinig efficiënt, rekening houdend met het feit dat het BelRAI formulier nog in volle ontwikkeling is en heel wat items geschrapt moeten worden (werkbaarheid). Het BelRAI Revalidatie instrument is gelinkt aan de ICF core set Rehabilitation (Prodinger et al., 2015). Daarnaast zijn de (nieuwe) thema's die niet in interRAI Suite beschreven zijn, uitgewerkt op basis van de ICF. Hierdoor is de ICF link in de BelRAI Revalidatie inhoudelijk verzekerd. Dit laatste moet echter nog worden geratificeerd in samenwerking met het ICF-platform. Feedbackfiches en items

Uit de feedbackfiches is meer dan duidelijk dat BelRAI Suite op sommige gebieden een aanpassing van het denkpatroon of redeneringsmechanisme vereist (ook het interRAI gedachtegoed) ten opzichte van de huidige denkpatronen van de sector (ICF). Dit maakt ook dat delen van de feedback niet bruikbaar waren. Het aanpassen van categorieën op basis van de DSM is bijvoorbeeld niet mogelijk. Diagnostisch onderscheid tussen type 1 en type 2 trauma behoort tot het medisch dossier.

Men heeft ook angst voor de kwaliteit van invullen omdat noodzakelijke items door een specifieke discipline dient te worden ingevuld. De BelRAI invulling gebeurt multidisciplinair en de formulering van de items is zo uitgewerkt dat elke discipline het BelRAI Revalidatie instrument kan invullen. Het klopt dat de diagnostiek van bepaalde items best door een specifieke discipline wordt uitgevoerd. BelRAI

Revalidatie is echter geen diagnostisch instrument en de formulering van de items moet universeel zijn. Zo kunnen andere van de niet-revalidatiesector ook aan de slag met de informatie.

Wat betreft definiëring en inhoudelijke concepten zijn er heel wat onduidelijkheden, vooral voor de nieuwe items. In vervolgonderzoek zullen de nieuwe items en de bijbehorende handleiding verder uitgewerkt moeten worden.

Het begrip 'essentiële items voor de revalidatie' werd heel verschillend ingevuld door de experten. Essentieel wordt niet als synoniem gezien als 'zo belangrijk dat het zeker ingevuld moet worden', terwijl dit wel het geval is.

Als het belangrijk genoeg is om opgenomen te worden in het BelRAI Revalidatie instrument en dus noodzakelijk is voor de revalidatie, dient het item door *iedereen* te worden ingevuld (essentieel). Vanaf dat dit niet het geval is, is het item niet noodzakelijk. Dan is een goed gesprek met de cliënt en zijn omgeving misschien ook een mogelijkheid. Modules zijn optioneel in te vullen door de professionals rekening houdend met de heterogeniteit van de sector. Er kan gekozen worden om via de handleiding suggesties uit te werken wanneer een module warm aanbevolen is om in te vullen.



Figuur 51 Opbouw van het BelRAI Revalidatie instrument waaruit blijkt dat de modulewerking de sleutel is tot flexibiliteit.

Daarnaast zullen beroepsprofessionals en organisaties misschien ook moeten erkennen dat items die tot de core set behoren, echt wel nodig zijn (op basis van wetenschappelijk onderzoek) voor goede dienstverlening en dat de huidige werking misschien bijgestuurd moet worden.

Algemeen geven de betrokkenen aan dat het instrument te lang is en niet werkbaar. De sector komt echter niet tot zeer beperkt tot het effectief schrappen van items. Men kijkt ook sterk naar de eigen doelgroep of populatie in de voorziening. Het BelRAI Revalidatie instrument is voor de gehele langetermijnrevalidatiesector en richt zich op functioneren, niet op diagnose. Bovendien moeten de onderzoekers rekening mee houden dat voor de berekening van de interRAI outputs per definitie een aantal items moeten worden ingevuld en mogelijks toegevoegd worden. De toetsing met de algoritmes (CAP en schalen) in interRAI dient nog te worden uitgevoerd. Daartegenover wordt het voorstel vanuit het onderzoeksteam, om een aantal optionele items te verwijderen, gedeeltelijk ongedaan gemaakt door heel wat items alsnog terug in het BelRAI Revalidatie instrument op te nemen.

De verscheidenheid van doelgroepen waarvoor het BelRAI Revalidatie instrument werkbaar moet zijn, ligt mogelijks aan de basis van deze 'dubbelheid'. Een goede opleiding en een handboek voor de start van de toetsing in de praktijk zal hopelijk bijdragen tot een betere evaluatie van de items in het BelRAI Revalidatie instrument.

De 'core items' zouden volgens sommige experten niet wetenschappelijk zijn opgebouwd en onvoldoende SMART zijn. De core items en gevalideerde items zijn wel degelijk wetenschappelijk onderzocht door interRAI. De nieuwe items zijn ofwel op basis van de ICF gedefinieerd of dienen, zoals aangekondigd, verder te worden uitgewerkt op basis van literatuur (zie ook hoofdstuk 3 paragraaf 2' InterRAI en BelRAI Suite').

Aanvullend is er de wens om een aantal core items weg te laten, zoals IADL omdat dit via het medisch dossier wordt gevolgd. Rekening houdend met de werking van interRAI en de bijhorende wetenschappelijke literatuur worden core items niet verwijderd.

Een papieren versie van een BelRAI Instrument is niet altijd gebruiksvriendelijk of minder overzichtelijk. BelRAI is en blijft een eHealth applicatie. De programmatie in BelRAI 2.0 dient ongemakken naar gebruiksvriendelijkheid op te vangen. Een eerste test zal echter toch op papier moeten gebeuren. Dat wordt niet door iedereen warm onthaald. Programmeren gebeurt echter pas na toetsing in de praktijk (definitieve versie) en na goedkeuring van deze items door de Privacycommissie.

De periode om feedback te geven (tussen 13 maart en 30 maart) werd als zeer kort ervaren. De sector geeft aan meer betrokken te willen zijn en meer feedback te kunnen geven. Dit kan via de validatiestudie.

5 Deelnemers aan dit onderzoek

De ontwikkeling van het BelRAI Revalidatie instrument is gebeurd in opdracht van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, binnen het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in kader van de Vlaamse Sociale Bescherming. Het BelRAI Revalidatie instrument is bijgevolg in eerste plaats ontwikkeld voor gebruik in Vlaanderen.
De Vlaamse revalidatiedienstverleningssector is één van de actoren in het gehele revalidatietraject dat een cliënt aflegt in de gezondheidszorg. In het kader van geïntegreerde zorg zijn er ook experten actief in de Nederlandstalige niet-Vlaamse revalidatie (inclusief federale overheid) betrokken bij de ontwikkeling (snowball sampling op basis van expertise). Er kan niet evenwel niet gesproken worden van een representatieve steekproef uit de Nederlandstalige niet-Vlaamse revalidatiesector (inclusief federale revalidatiedienstverlening). De onderzoekers menen dat het BelRAI Revalidatie instrument ook bruikbaar zal zijn bij de langetermijnrevalidatie die onder de andere beleidsniveaus valt, omdat (1) BelRAI onafhankelijk is van het beleidsklimaat en (2) het BelRAI Revalidatie instrument het functioneren van de cliënt centraal zet. Verder onderzoek zal dit moeten aantonen.

6 Validatiemogelijkheden: planning voor verder onderzoek

De huidige versie bevat zowel Engelstalige gevalideerde interRAI items, Nederlandstalige gevalideerde BelRAI Suite items, gevalideerde ICF-terminologie als nieuwe items. De Engelstalige items dienen vertaald te worden (cross culturele onafhankelijke heen- en terugvertalingen) (Beaten DT, Bombardier, Guillemin, & MB, 2000).

Door de grote hoeveelheid data is de methodologie aangepast doorheen het onderzoek en is enkel linking gebeurd met de 'core set rehabilitation linking' van ICF, op basis van het vooronderzoek van Prodinger en collega's (2010) en niet met de gehele ICF (Prodinger et al., 2015). Een volledige ICF linking volgens de linking rules door experten moet alsnog worden uitgevoerd (A Cieza et al., 2002; Alarcos Cieza et al., 2016, 2005). Deze is dan ook verdaagd naar de validatiestudie om de linking uit te voeren op een meer definitievere versie van het BelRAI Revalidatie instrument.

De nieuwe items dienen op basis van literatuur te worden gedefinieerd en geoperationaliseerd waar interRAI of ICF geen oplossing bieden. Ook moet opnieuw een afstemming worden uitgevoerd met de ondertussen gevalideerde GGZ items en BelRAI 2.0. Het BelRAI Revalidatie instrument kan dan voorgelegd worden aan de verschillende onderzoeksgroepen, namelijk de ICF-groep en inteRAI groep (met icodes en ICF-codes). Van hieruit kan het BelRAI Revalidatie instrument ook klinimetrisch[50] worden getest naar betrouwbaarheid en validiteit (Vanneste & Declercq, 2014). Ook is het aan te bevelen om het BelRAI Revalidatie instrument internationaal te valideren. Aangezien er bij interRAI nog geen instrument voor de langetermijnrevalidatie is, zou Vlaanderen hier pionier in kunnen zijn.

Er zijn suggesties om de volgorde van het BelRAI Revalidatie instrument te veranderen, wat kan vanuit interRAI richtlijnen. De praktijktesting zal meer inzicht geven in welke indeling meer wenselijk is. Daarom is de huidige versie van het formulier conform de interRAI Suite indeling uitgewerkt.

De toetsing in de praktijk gaat ook meer inzicht geven wanneer het BelRAI Revalidatie instrument moet worden afgenomen. Hierbij kan men zoals bij de PAC Rehab uitgaan van vier momenten van invullen: bij intake (eerste vijf dagen), binnen de week na opname of voor dag 14, tussentijds op dag 90 en per drie maanden en tot slot bij ontslag (Katherine Berg et al., 2017). Bij de praktijktesting kan in kaart gebracht worden wanneer een afname van het BelRAI Revalidatie instrument een meerwaarde is (timing van afname).

De algoritmes van interRAI dienen te worden overlopen om ook voor het BelRAI Revalidatie instrument CAP's en schalen te kunnen berekenen (de minder populatie afhankelijke CAP's zoals pijn, zelfzorg,…). Daarbij moet in de praktijk worden afgetoetst of er nood is aan een of meerdere nieuwe CAP's, specifiek voor de lange termijn revalidatiedienstverleningssector. De CAP's ADL, IADL, en communicatie worden gezien als ook interessant voor de revalidatiesector.
Er werd tijdens dit onderzoek al de suggestie gegeven voor de ontwikkeling van een CAP die zou aangeven of men naar huis kan gaan of eerder residentiële zorg nodig heeft.

50 Inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid (test-hertest betrouwbaarheid), interne consistentie, cross-culturele betrouwbaarheid,… en validiteit zoals gezichtsvaliditeit/indruksvaliditeit (face validity) , inhoudsvaliditeit, convergente validiteit, criterium validiteit en voorspellende validiteit (Wellens, Milisen, Flamaing, & Moons, 2012a; Wellens et al., 2012b).

Ook CAP's voor 'sociale re-integratie', 'arbeidsre-integratie', 'autorijden', 'risico op overbelasting aanwezige ledematen' 'mantelzorgbelasting'[51] of 'psychisch functioneren' werden voorgesteld, zonder meer concrete inhoud. Men zou ook een CAP willen ontwikkeld zien die aangeeft dat iemand in aanmerking komt voor een bepaalde soort revalidatie bijvoorbeeld voor gehoorproblemen. Voor de ontwikkeling van deze nieuwe CAP's is meer onderzoek noodzakelijk, op basis van data die momenteel nog niet beschikbaar zijn.

Tot slot was de responsgraad van feedback door cliënten laag. Er kan overwogen worden om via specifieke patiëntenverenigingen en de mantelzorgers alsnog feedback te vragen. Vermoedelijk is de lage responsgraad te verklaren dat het BelRAI Revalidatie instrument van een zeker technisch niveau is dat niet iedere cliënt beheerst door afwezigheid van een opleiding in de gezondheidszorg (met uitzondering van de ervaringsdeskundige(n)). Eén ervaringsdeskundige heeft zich spontaan gemeld aan de onderzoekers. Het exacte aantal ervaringsdeskundigen bij de cliënten participanten is niet gekend (niet bevraagd).

6.1 Aandacht voor specifieke doelgroepen en andere gekende classificatiesystemen

In principe kunnen ook volwassen cliënten met een ontwikkelingsproblematiek (personen met autisme, verstandelijke beperking[52] …) of personen die stotteren deelnemen, maar niemand uit deze doelgroep is gerekruteerd geraakt. Wellicht moet de oorzaak worden gezocht in het feit dat deelname aan een focusgroep voor deze cliënten niet vanzelfsprekend is. Gezien het BelRAI Revalidatie instrument voor alle volwassen die revalidatienoden hebben, gebruikt zal worden, dient het BelRAI Revalidatie instrument ook toepasbaar te zijn voor deze personen. In de dienstverlening voor personen met een verstandelijke en/of meervoudige beperking (VAPH) maakt men gebruik van het AAIDD-model. Er kan geconcludeerd worden dat er een sterke link is tussen het AAIDD-model en de ICF aangezien er een aantal concepten vanuit de ICF zijn overgenomen in het AAIDD-model. Een bijkomend argument is dat zowel in het AAIDD-model, de ICF als de interRAI het functioneren in het dagelijks leven centraal staat en niet de diagnose. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of de hypothese klopt dat interRAI (BelRAI Revalidatie) en het AAIDD-model (VAPH-instrumentarium) compatibel zijn, gezien beide instrumenten gelinkt zijn aan ICF.

6.2 Aandacht voor de organisatie van de sector

Revalidatiedienstverlening kan op verschillende manieren en op verschillende plaatsen gebeuren: in een residentiële of ziekenhuissetting of in de thuisomgeving (zie ook Figuur 27 Revalidatiedienstverlening in België / Vlaanderen onafhankelijk van de bevoegdheid op p. 85). De ambulante revalidatie is de schakel tussen beide. Dit maakt dat beroepsbeoefenaars verschillende noden hebben wat betreft de uitgebreidheid van bepaalde secties. Concreet betekent dit dat de nadruk op recuperatie en op trainen van resterende functies als voorwaarde tot re-integratie (post-acute fase, vooral residentiële zorgaanbieder) verschuift naar het compenseren van aanwezige belemmerende factoren (ambulante revalidatie en thuisomgeving). Hierbij vergroot het belang van de context en van psychosociale factoren. De noden op vlak van participatie worden doorheen het revalidatieproces meer concreet. Ook hiermee

51 Het ontwikkelen van een CAP mantelzorgbelasting in interRAI wordt ook aanbevolen in ander interRAI onderzoek (de Almeida Mello, Declercq, & Van Audenhove, 2018)

52 Dit wetende dat er een ID-supplement bestaat.

dient het BelRAI Revalidatie instrument rekening te houden. Dit wordt bemoeilijkt door de afwezigheid van een BelRAI Revalidatie voor de acute setting. Een expliciete toetsing in de praktijk dient te worden uitgevoerd om na te gaan in hoeverre het continuüm van revalidatienoden en het revalidatieproces gedekt worden en voldoen aan de eisen van dit BelRAI Revalidatie instrument (langetermijnrevalidatie).

6.3 SWOT -Analyse

Tabel 31 SWOT-Analyse BelRAI Revalidatie en BelRAI Revalidatie onderzoek

STERKTE	**ZWAKTE**
Gestuurd vanuit ervaringen van de revalidatiesector (bottom-up) met een sterke betrokkenheid met een goede indruksvaliditeit/gezichtsvaliditeit (face validity) tot gevolg	Geen systematische review uitgevoerd naar items of instrumenten
Cliënten hebben mee het instrument vorm gegeven	Risico van kwalitatief onderzoek is steeds het effect van sociale wenselijkheid en dominantie in focusgroepen
Link andere BelRAI Suite projecten	Analyse gebeurd door één onderzoeker
Flexibel inzetbaar door modules per (deel)sector of doelgroep	Mantelzorgers en familie niet betrokken
Link met de ICF Core set rehabilitation	
MOGELIJKHEDEN	**BEDREIGINGEN**
Verder verfijning en afwerking van het BelRAI Revalidatie formulier	Verdeling cliëntenpopulatie op basis van beleidsaspecten in plaats van functioneren
Toetsing in de praktijk	Onvoldoende wegwerken van aandachtspunten en knelpunten
Opvolging cliënten doorheen de tijd door de BelRAI Suite	Onvoldoende aandacht voor validatiestudie naar specifieke doelgroepen
Onderzoek naar CAP's en schalen	Subjectief aspect van participatie en occupatie onvoldoende aanwezig
Inwerken in bestaande ICT toepassingen	Onprofessioneel handelen door onvoldoende opleiding
Linking aan de gehele ICF	Continuïteit van de revalidatie door afwezigheid van een BelRAI Revalidatie acute revalidatie

7 Conclusie

De eerste stappen zijn gezet tot het ontwikkelen van een BelRAI Revalidatie instrument en dit in samenwerking met organisaties actief in de revalidatiesector, beroepsbeoefenaars en cliënten. Aangezien er nog geen geschikt interRAI instrument bestaat, is een nieuw BelRAI Revalidatie voor de langetermijnrevalidatie ontwikkeld. Het instrument bestaat uit items die belangrijk worden geacht door de betrokkenen, die zoveel mogelijk uit bestaande, gevalideerde interRAI instrumenten komen en die gelinkt zijn of zullen worden aan ICF. De linking met de core set is met succes uitgevoerd. Het BelRAI Revalidatie instrument is bedoeld voor volwassen (18-65 jaar) revalidanten die nood hebben aan neuromusculaire, cardiopulmonaire, sensoriele of neurocognitieve revalidatie.

Het instrument is uiteraard nog niet af en moet verder worden getest worden in en met de praktijk. Dit zal in vervolgonderzoek gebeuren. Zodra er een meer definitievere versie van het BelRAI Revalidatie instrument beschikbaar is kan er ook een volledige ICF linking gebeuren, in samenwerking met ICF-experten en het ICF-platform.

Bibliografie

Achterberg, W. P., Holtkamp, C. C. M., Kerkstra, A., Pot, A. M., Ooms, M. E., & Ribbe, M. W. (2001). Improvements in the quality of co-ordinatino of nursing care following implementation of the RAI in Dutch Nursing Homes. *Journal of Advanced Nursing*, *35*(2), 268–275.

Ahosa vzw. (2017). Sensibilisatie. Goedhorend? Slechthorend? Folder met communicatietips. Retrieved March 21, 2018, from http://www.ahosa.be/sensibilisatie.php?DOC_INST=6

Alford, V. M., Remedios, L. J., Webb, G. R., & Ewen, S. (2013). The use of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in indigenous healthcare: a systematic literature review. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 32. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-32

Amptraide. (2017). Amptraide: Welkom. Retrieved March 29, 2018, from http://www.amptraide.eu/

Beaten DT, Bombardier, C., Guillemin, F., & MB, F. (2000). Guidelines for the process of Cross Cultural adaptation of Self Report Measures. *Spine*, *25*(24), 3186–3191. https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014

Belgisch Staatsblad. (2014). Wet betreffende de erkenning van de mantelzorger die een persoon met een grote zorgbehoefte bijstaat.

Belgische Federale Overheidsdiensten. (2018). Globaal Medisch Dossier (GMD). Retrieved May 1, 2018, from https://www.belgium.be/nl/gezondheid/medische_kosten/globaal_medisch_dossier

Bell, S. K., Roche, S. D., Johansson, A. C., O'Reilly, K. P., Lee, B. S., Sands, K. E., … Brown, S. M. (2016). Clinician perspectives on an electronic portal to improve communication with patients and families in the intensive care unit. *Annals of the American Thoracic Society*, *13*(12), 2197–2206. https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201605-351OC

Bellemans, J., & Broos, P. (2008). *Musculoskeletale aandoeningen: traumatologie en orthopedie*. Leuven/Voorbrug: Acco.

BelRAI. (2017). BelRAIWiki (BelRAI 1.0). Retrieved April 20, 2018, from http://wiki.belrai.org/nl

Berg, K., Arino-Blasco, S., Boscart, veronique M., Gray, L., Hirdes, J. P., Jonsson, P. V., … Wheeler, L. (2017). *interRAI Post-Acute Care and Rehabilitation (PAC-Rehab). Assesment Form an User's Manual Version 9.3*. Washington: interRAI.

Berg, K., Finne-Soveri, H., Gray, L., Henrard, J., Hirdes, J., Ikegami, N., … Teare, G. (2009). Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. *BMC Health Services Research*, *9*(1), 47. https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-47

Berg, K., Sherwood, S., Murphy, K., Carpenter, G. I., Gilgen, R., & Phillips, C. D. (1997). Rehabilitation in nursing homes: a cross-national comparison of recipients. *Age and Ageing*, *26*(Suppl 2), 37–42.

Bernabei, R., Landi, F., Onder, G., Liperoti, R., & Gambassi, G. (2008). Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future Second and Third Generation Assessment Instruments: The Birth of Standardization in Geriatric Care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *63*(3), 308–313. https://doi.org/10.1093/gerona/63.3.308

Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., & Stucki, G. (n.d.). *ICF core sets- Manual for Clinical Pratice*. ICF Research Branch - Hogrefe.

Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Üstün, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science and Medicine*, *48*(9), 1173–1187. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00441-9

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Using Qualitative Research in Psychology*, *3*, 77–101. https://doi.org/The publisher's URL is: http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

British Cochlear Implant Group. (2014). *Recommended Guidelines on Saftely For Cochlear Implant Users*.

Retrieved from https://www.cmft.nhs.uk/media/1238562/bcig.pdf

Brofenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, *32*(7), 513–531. https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513

Carpenter, I., & Hirdes, J. P. (2013). Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care. In *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care* (pp. 93–140). https://doi.org/10.1787/9789264097759-en

Christiaens, W., Van de Walle, E., Devresse, S., Van Halewyck, D., Dubois, C., Benahmed, N., … Van De Heede, K. (2014). *KCE 209: Organisatie van de nazorg bij patiënten met ernstige brandwonden*. Retrieved from http://kce.fgov.be/content/about-copyrights-for-kce-reports

Christiansen, C. H., Baum, Carolyn, M., & Haugen, J. B. (2005). Chapter 3: Occupational Development. In *Occupational Theray: Performance Participation and Well-Being* (pp. 42–69). Thorofare: Slack Inc.

Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S., … Stucki, G. (2002). Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *34 (5)*, 205–210. https://doi.org/10.1080/165019702760279189

Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., & Prodinger, B. (2016). Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, 1–10. https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1145258

Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, B., & Stucki, G. (2005). ICF linking rules: An update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *37*(4), 212–218. https://doi.org/10.1080/16501970510040263

Cieza, A., Oberhauser, C., Bickenbach, J., Chatterji, S., & Stucki, G. (2014). Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. *BMC Public Health*, *14*(1), 218. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-218

Cup, E., Kinébanian, A., & Heerkens, Y. (2017). 6 . Internationale classificaties in de gezondheidszorg. (M. Le Granse, M. van Hartingsveld, & A. Kinebanian, Eds.), *Grondslagen van de Ergotherapie*. Bohn Stafleu van Loghum.

Dalby, D. M., Hirdes, J. P., Stolee, P., Stron, G. J., Poss, J., Tjam, E. Y., … Ashworth, M. (2009). Development and Psychometric Properties of a Standardized Assessment for Adults Who Are Deaf-Blind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *103*(1), 7–16.

de Almeida Mello, J., Declercq, A., Cès, S., Van Durme, T., Van Audenhove, C., & Macq, J. (2016). Exploring Home Care Interventions for Frail Older People in Belgium: A Comparative Effectiveness Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *64*(11), 2251–2256. https://doi.org/10.1111/jgs.14410

de Almeida Mello, J., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2018). *The use of the interRAI Home Care instrument in the evaluation of care for frail older people: a follow-up study*. KU Leuven.

De Almeida Mello, J., Hermans, K., Van Audenhove, C., Macq, J., & Declercq, A. (2015). Evaluations of home care interventions for frail older persons using the interRAI home care instrument: A systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, *16*(2), 173.e1-173.e10. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.11.007

De Block, M. (2014). Algemene beleidsnota gezondheidszorg (DOC 54 0588/007). Retrieved from http://www.deblock.belgium.be/sites/default/files/articles/2014_11_25_Note de politique générale soins de santé_54K0588007.pdf

De Block, M. (2015a). Persmededeling: Maggie De Block zet de hervorming van de ziekenhuisfinanciering op de rails.

De Block, M. (2015b). Plan van Aanpak: Hervorming ziekenhuisfinanciering, (April), 66. Retrieved from http://www.vbs-gbs.org/fileadmin/user_upload/News/2015/nl/Plan_van_Aanpak_Ziekenhuisfinanciering_Commissie_VG_20150428.pdf

De Block, M. (2016). Visienota inzake de hervormingen en rationalisering in de ziekenhuissector: principes en afspraken in het kader van het conclaaf van oktober 2016 - Visienota ziekenhuishervorming: netwerken

en programmatie. Retrieved from http://asgb.be/wp-content/uploads/2016/10/201610241.Visienota-minister-De-Block.pdf

De Pourcq, K., De Regge, M., Callens, S., Coëffé, M., Van Leuven, L., Gemmel, P., … Leonard, C. (2016). *KCE 277: Ziekenhuizen: van concurrentie naar structurele samenwerking en taakverdeling*. Retrieved from https://kce.fgov.be/nl/governancemodellen-voor-samenwerking-tussen-ziekenhuizen

De Vriendt, P., Gorus, E., Bautmans, I., & Mets, T. (2012). Conversion of the mini-mental state examination to the international classification of functioning, disability and health terminology and scoring system. *Gerontology*, *58*(2), 112–119. https://doi.org/10.1159/000330088

Decuman, S., & Boeckxstaens, P. (2012). 22. De Internationale Classificatie van het Menselijk Functioneren (ICF): waar staan we in Vlaanderen en waar willen we naartoe? In *Jaarboek ergotherapie 2012* (pp. 307–317). Leuven: Acco.

Désiron, H. (2010). *Ergonomie voor ergotherapeuten*. Hasselt: Plantyn.

Desomer, A., Eyssen, M., Mistiaen, P., & Eyssen, M. (2016). *KCE 262: BelRAI suite of instruments: an exploratory study on applicability for individual care planning and budget allocation in rehabilitation care 2016*. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

Desrosiers, J., Rochette, A., Noreau, L., Bravo, G., Hebert, R., & Boutin, C. (2003). Comparison of two functional independence scales with a participation measure in post-stroke rehabilitation. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *37*. https://doi.org/10.1016/s0167-4943(03)00044-x

Dewolf, D. (2016). Presentatie: naar een Vlaams Revalidatiebeleid. Agentschap Zorg en Gezondheid. Retrieved from https://www.zorg-en-gezondheid.be/communicatiemoment-sector-revalidatie

Diabetes Foundation Nederland. (n.d.). Geschiedenis van diabetes. Retrieved May 1, 2018, from https://www.diabetesfonds.nl/over-diabetes/diabetes-in-het-algemeen/geschiedenis-van-diabetes

Dierckx de Casterle, B., Gastmans, C., Bryon, E., & Denier, Y. (2012). QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(3), 360–371. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012

Dierckx de Casterle, B., Truyen, F., Denier, Y., Declercq, A., Heylighen, A., Mertens, E., & Clarebout, G. (n.d.). QualiBuddy: Ontwikkeling van vaardigheden voor kwalitatieve data-analyse: Basisinformatie. KU Leuven in kader van het onderzoeksproject QualiCraft.

Dierckx de Casterle, B., Truyen, F., Denier, Y., Declercq, A., Heylighen, A., Mertens, E., & Clarebout, G. (2012). Quali Buddy: terminologie, 1–4.

eGezondheid. (n.d.). Actieplan 2015-2018 (V2.0): Hoofdlijnen egezondheid – strategische beschrijving. Retrieved May 1, 2018, from http://www.plan-egezondheid.be/wp-content/uploads/Actieplan-eGezondheid-Plan-daction-eSante.pdf

European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018a). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *54*(2), 156–165. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05144-4

European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018b). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 2. Why rehabilitation is needed by individual and society. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *54*(2), 166–176. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05145-6

European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018c). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 3. A primary medical specialty: the fundamentals of PRM. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *54*(2), 177–185. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05146-8

European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018d). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 5. The PRM organizations in Europe: structure and activities. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *54*(2), 198–213. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05149-3

European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018e). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 6. Knowledge and skills of PRM physicians. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *54*(2), 214–229. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05150-X

European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018f). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 7. The clinical field of competence: PRM in practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *54*(2), 230–260. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05151-1

European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018g). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 8. The PRM specialty in the healthcare system and society. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *54*(2), 261–278. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05152-3

European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018h). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Introductions, Executive Summary, and Methodology. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *54*(2), 125–155. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05143-2

Eyssen, I. C., Steultjens, M. P., Dekker, J., & Terwee, C. B. (2011). A systematic review of instruments assessing participation: Challenges in defining participation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *92*(6), 983–997. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.01.006

FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2016). Ziekenhuisdiensten en zorgprogramma's. Retrieved March 21, 2018, from https://www.health.belgium.be/nl/ziekenhuisdiensten-en-zorgprogrammas

Frans, E., & Oosterlinck, T. (2016). PPT: Overzicht van de conventies onder de Vlaamse Overheid ressorterend: psychosociale revalidatie en verslavingszorg.

Geertzen, J. H. ., Rietman, J. S., & Vanderstraeten, G. . (2014). *Revalidatie voor volwassenen* (Eerste). Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Gray, L. C., Berg, K., Fries, B. E., Henrard, J. C., Hirdes, J. P., Steel, K., & Morris, J. N. (2009). Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system. *BMC Health Serv Res*, *9*. https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-71

Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). 1. Introduction to applied thematic analysis. In *Applied thematic analysis* (pp. 3–20). https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4135/9781483384436

Hawes, C., Mor, V., Phillips, C. D., Fries, B. E., Morris, J. N., Steele-Friedlob, E., … Nennstiel, M. (1997). The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the resident assessment instrument: Effects on process quality. *Journal of the American Geriatrics Society*, *45*(8), 977–985. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1997.tb02970.x

Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Fries, B. E., Murphy, K., & Mor, V. (1997). Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age Ageing*, *26 Suppl 2*(April), 19–25. https://doi.org/10.1093/ageing/26.suppl_2.19

Health.belgium.be. (n.d.). Woordenlijst Belgische Nationaal Contactpunt voor Grensoverschrijdende Gezondheidszorg. Retrieved May 1, 2018, from https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19089700/GLOSSAIRE NL.pdf

Heckman, G., Gray, L., & Hirdes, J. (2013). Adressing health care needs for frail seniors in Canada: the role of interRAI instruments. *Canadian Geriatrics Journal*, *3*(1), 8–16. Retrieved from https://pdfs.semanticscholar.org/f747/3c0663f6a9b4a2273ea428768578e198af61.pdf

Hermans, K. (2017). *The interRAI Palliative Care Instrument: Better Informed palliative care in nursing homes?*

Hermans, K., Cohen, J., Spruytte, N., Van Audenhove, C., & Declercq, A. (2016). Palliative care needs and symptoms of nursing home residents with and without dementia: A cross-sectional study. *Geriatrics & Gerontology International*. https://doi.org/10.1111/ggi.12903

Hirdes, J. P., Curtin-Telegdi, N., Mathias, K., Perlman, C. M., Saarela, T., Kolbeinsson, H., … Szczerbińska. (2011). *interRAI Mental Health Clinical Assessment Protocols (CAP's) for Use with Community and Hospital-Based Mental Health Assessment Instruments. Version 9.1.* Washington: interRAI.

Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Morris, J. N., Frijters, D. H., Finne Soveri, H., Gray, L., … Gilgen, R. (2008). Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: A 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research*, *8*. https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-277

Hirshon, J. M., Nicholas, R., Calvello, E. J., de Ramirez, S. S., Narayan, M., Theodosis, C., … the Acute Care Research Collaborative at the University of Maryland Global Health Initiative. (2012). Health systems and services: the role of acute care. *Bull World Health Organ*, *91*(January), 386–388. https://doi.org/10.2471/BLT.12.112664

Howe, M. C., & Briggs, A. K. (1982). Ecological Systels Model for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapie*, *36*(5), 322–327.

Huber, M., André Knottnerus, J., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., … Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Online)*, *343*(7817), 1–3. https://doi.org/10.1136/bmj.d4163

Hulshof, M. (2007). *Leren interviewen : een HBO-methode voor het mondeling verzamelen van informatie*.

ICF Research Branch. (2012). *ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice*. (J. Bickenback, A. Cieza, A. Rauch, & G. Stucki, Eds.). Hogrefe.

ICF Research Branch. (2017). ICF Research Branch, a cooperation partner within the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in Germany (at DIMDI). Retrieved March 20, 2018, from https://www.icf-research-branch.org/

IHPA. (n.d.). Subacute and non-acute care. Retrieved January 4, 2018, from https://www.ihpa.gov.au/what-we-do/subacute-and-non-acute-care

In voor zorg! (2015). Lezing Machteld Huber: Een nieuw concept voor gezondheid. Retrieved April 13, 2018, from http://www.invoorzorg.nl/ivz/verslag-Lezing-Machteld-Huber-Een-nieuw-concept-voor-gezondheid.html

Integraal Kankercentrum Nederland. (2011). Richtlijn oncologische zorg: oncologische revalidatie. Programma Herstel na kanker VIKC. Retrieved from https://www.oncoline.nl/oncologische-revalidatie

integreo. (n.d.). *Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken: geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid*. Retrieved from https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_nl.pdf

integreo. (2018a). Geintegreerde zorg: context. Retrieved May 1, 2018, from https://www.integreo.be/nl/geintegreerde-zorg/context

integreo. (2018b). Het welzijn van patiënten met een chronische ziekte kan verbeteren door meer geïntegreerde zorg. Retrieved May 1, 2018, from https://www.integreo.be/nl

Interministeriële Conferentie. (2015). Gemeenschappelijk plan. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid, 1–68. Retrieved from http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_imc_plan_geintegreerde_zorg_chronisch_zieken.pdf

interRAI. (2018). Website interRAI. Retrieved from http://www.interrai.org/

Jonckheer, P., Desomer, A., Depreitere, B., Berquin, A., Bruneau, M., Christiaens, W., … Verhulst, D. (2017). *KCE 295: Low Back Pain and Radicular Pain: Development of a Clinical Pathway*. *Health Services Research (HSR)*. Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_295_Pathway_Low_Back_Pain_Report_0.pdf

Kiekens, C., Beyens, H., & Peers, K. (2008). Hoofdstuk 4: Revalidatiegeneeskunde. In *Musculoskeletale aandoeningen: Fysieke geneeskunde en revalidatie* (pp. 105–124). Leuven: Acco.

Kiekens, C., Van Rie, K., Leys, M., Cleemput, I., Smet, M., Kesteloot, K., … Eyssen, M. (2007). *KCE 57A: Organisatie en Financiering van Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). https://doi.org/D2007/10.273/18

Kos, D., Nijs, J., Meeus, M., & Salhi, B. (2013). *Chronische vermoeidheid: een praktisch handleiding voor de revalidatie van kanker, MS, fibromyalgie en CVS*. Leuven: Acco.

Kübler-Ross, E. (n.d.). Kuber-Ross Vlaanderen. Retrieved from http://www.kublerrossvlaanderen.be/

Lafosse, C. (2009). *Zakboek neuropsychologische symptomatologie* (zesde druk). Leuven/Den Haag: Acco.

Law, M., Baptiste, S., Mccoll, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *57*(2), 82–87. https://doi.org/10.1177/000841749005700207

Leclercq, A., De Gauquier, K., Ceuppens, A., Boly, J., Van Den Steen, D., Paulus, D., … Paulus, D. (2008). *KCE 87A: Het gebruik van kinesitherapie en van fysische geneeskunde en revalidatie in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027354.pdf

Lemaïtre, A. (2017). Medisch dossier online. *UZ Magazine*, *juni-juli*-(33), 18–19.

Lysens, R., & Peers, K. (2017). *Fysische geneeskunde en revalidatie - musculoskeletale revalidatie*. Leuven/Den Haag: Acco.

Maas, A. I. R., Menon, D. K., Adelson, P. D., Andelic, N., Bell, M. J., Belli, A., … Zumbo, F. (2017). Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, *4422*(17). https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30371-X

Madden, R., Sykes, C., & Ustun, T. B. (2007). *World Health Organization Family of International Classifications : definition, scope and purpose*. *World Health Organization*. Retrieved from http://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf

Magasi, S., & Post, M. W. (2010). A comparative review of contemporary participation measures' psychometric properties and content coverage. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *91*(9 SUPPL.), S17–S28. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.07.011

Medica, E. M., Stucki, G., Bickenbach, J., Edizioni, C., & Medica, M. (2017). Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, (February), 134–138. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04565-8

Meyer, T., Gutenbrunner, C., Kiekens, C., Skempes, D., Melvin, J. L., Schedler, K., … Stucki, G. (2014). ISPRM discussion paper: Proposing a conceptual description of health-related rehabilitation services. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *46*(1), 1–6. https://doi.org/10.2340/16501977-1251

Moerenhout, T., Devisch, I., & Cornelis, G. C. (2017). E-health beyond technology: analyzing the paradigm shift that lies beneath. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *0*(0), 1–11. https://doi.org/10.1007/s11019-017-9780-3

Morgan, D. L., Krueger, R. A., & King, J. A. (1997). *Focus Group Kit*. Sage Publications Inc.

Morris, J. N., Berg, K., Bjorkgren, M., Finne-Soveri, H., Frijters, D., Gilgen, R., … Szczerbińska, K. (2010). *interRAI Clinical Assessment Protocols (CAP's) - HC LTCF NH CHA AL - For Use with Community and Long-Term Care Assessment Instruments Version 9.1*.

Morris, J. N., Berg, K., Fries, B. E., Steel, K., & Howard, E. P. (2013). Scaling functional status within the interRAI suite of assessment instruments. *BMC Geriatrics*, *13*(1), 128. https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-128

Morris, J. N., Howard, E. P., Steel, K., Perlman, C., Fries, B. E., Garms-Homolová, V., … Szczerbiń Ska, K. (2016). Updating the Cognitive Performance Scale. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *29*(1), 47–55. https://doi.org/10.1177/0891988715598231

Nolis, I. (2015). *Vlaamse Revalidatieziekenuizen porfolio Zorgnet-Icuro*. Retrieved from http://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/2015 Cahier Portfolio Revalidatieziekenhuizen def.pdf

Nolis, I., Vanhaute, O., & De Nutte, H. (2016). *Musculoskeletale en neurologische revalidatiegeneeskunde in Vlaanderen*. Zorgnet-Icuro.

Noro, A., Poss, J. W., Hirdes, J. P., Finne-Soveri, H., Ljunggren, G., Björnsson, J., … Jonsson, P. V. (2011). Method for Assigning Priority Levels in Acute Care (MAPLe-AC) predicts outcomes of acute hospital care of older persons - A cross-national validation. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *11*(1), 39. https://doi.org/10.1186/1472-6947-11-39

OECD. (2017). *Education at a Glance 2017: OECD Indicators*. Parijs. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/eag-2017-en

Patton, M. (1990). Designing Qualitative Studies. In *Qualitatieve evaluation and research methods* (pp. 169–186). Beverly Hills CA: Sage. https://doi.org/10.1002/nur.4770140111

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4th Revise). Sage Publications Inc.

Paulus, D., Van Den Heede, K., & Mertens, R. (2012). *KCE 190: Organisatie van zorg voor chronische zieken in België: ontwikkeling van een position paper*. https://doi.org/D/2012/10.273/82

Peers, K. (2008). *Musculoskeletale aandoeningen: Fysieke geneeskunde en revalidatie*. Leuven: Acco.

Perenboom, R. J. M., & Chorus, A. M. J. (2003). Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, *25*(11–12), 577–587. https://doi.org/10.1080/0963828031000137081

Prodinger, B., Declercq, A., Carpenter, I., Rastall, P., & Deliverable, D. (2015). Integrating what matters to patients into health records based on the ICF: Examining the utility of interRAI to operationalize ICF Disability Set as a case in point, 1–17. Retrieved from http://www.semantichealthnet.eu/SemanticHealthNet/assets/File/SHN 288408 D3_3 rev2 Annex 11_Prodinger_SHN_D3_3_final.pdf

Prodinger, B., Tennant, A., & Stucki, G. (2018). Standardized reporting of functioning information on ICF-based common metrics Standardized reporting of functioning information on ICF-based common metrics Nottwil , Switzerland ; 3 ICF Research Bra. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, (February). https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04784-0

Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, *63*(04), 655–660. https://doi.org/10.1079/PNS2004399

Revant. (n.d.). Revant: Medisch Specialistische revalidatie: informatiefolder.

RIZIV. (2014). Bandagisten: mobiliteitshulpmiddelen. Art. 28 § 8. Retrieved May 1, 2018, from http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatuurart28_8_20141001_01.pd

RIZIV. (2015). Globaal Medisch Dossier. Retrieved May 1, 2018, from http://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/globaal-medisch-dossier.aspx#.WtzUcY9OKM8

RIZIV. (2018). Geïntegreerde Zorg voor chronisch zieken. Retrieved May 1, 2018, from http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/geintegreerde-zorg.aspx#.WruOza5l_ks

Sgadari, A., Morris, J. N., Fries, B. E., Ljunggren, G., Jonsson, P. V., Dupaquier, J.-N., & Schroll, M. (1997). Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age and Ageing*, *26*(suppl 2), 27–30. https://doi.org/10.1093/ageing/26.suppl_2.27

Soberg, H. L., Sandvik, L., & Ostensjo, S. (2008). Reliability and applicability of the ICF in coding problems, resources and goals of persons with multiple injuries. *Disability and Rehabilitation*, *30*(2), 98–106. https://doi.org/10.1080/09638280701216862

Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther*, *82*(11), 1098–1107. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12405874

Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., & Buntinx, W. H. E. (n.d.). Support Intensity Scale® (SIS®) Schaal Intensiteit van Ondersteuningbehoeften. Retrieved March 26, 2018, from https://testweb.bsl.nl/tests/sis/

Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II: Advancing and occupational therapy vision for health, well being & justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Turpin, M., & Iwama, M. K. (2011). *Using Occupational Therapy Models in Practice - A Field Guide*. China: Churchill Livingstone Elsevier.

UZ Gent. (2018). CoZo: raadpleeg thuis uw medisch dossier. Retrieved March 26, 2018, from https://www.uzgent.be//nl/patienten/Paginas/medisch-dossier-via-cozo.aspx

UZ Leuven. (2017). mynexuzhealth Toegang tot uw medisch dossier. Retrieved from www.mynexuzhealth.be

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, *15*(3), 398–405. https://doi.org/10.1111/nhs.12048

Van Brakel, W. H., Anderson, A. M., Mutatkar, R. K., Bakirtzief, Z., Nicholls, P. G., Raju, M. S., & Das-Pattanayak, R. K. (2006). The Participation Scale: Measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, *28*(4), 193–203. https://doi.org/10.1080/09638280500192785

Van Cranenburgh, B. (2017). *Neurorevalidatie: uitgangspunten voor therapie en training na hersenbeschadiging - Neurorevalidatie Deel 4 van de serie toegepaste neurowetenschappen* (vierde, on). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van Dale. (2018). Revalidatie. Retrieved January 16, 2018, from http://vandale.ugent.be

Van de Sanden, S., De Ryck, D., De Gauquier, K., Hilderson, R., Neyt, M., Peeters, G., … Van de Voorde, C. (2010). *KCE 121A: Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een " all-in " pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen*. Retrieved from https://kce.fgov.be/nl/haalbaarheidsstudie-voor-de-invoering-van-een-"all-in"-pathologiefinanciering-voor-belgische

Van De Velde, D., Bracke, P., Van Hove, G., Josephsson, S., & Vanderstraeten, G. (2012). Participatie, hoe wordt het gemeten? *Wetenschappelijk Tijdschrift Voor Ergotherapie*, *5*(4), 5–16.

Van de Velde, D., Bracke, P., Van Hove, G., Josephsson, S., Viaene, A., De Boever, E., … Vanderstraeten, G. (2016). Measuring participation when combining subjective and objective variables: the development of the Ghent Participation Scale (GPS). *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *52*(4), 527–540. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26616357

Van de Velde, D., Coorevits, P., Sabbe, L., De Baets, S., Bracke, P., Van Hove, G., … Vanderstraeten, G. (2017). Measuring participation as defined by the World Health Organization in the International Classification of Functioning, Disability and Health. Psychometric properties of the Ghent Participation Scale. *Clinical Rehabilitation*, *31*(3), 379–393. https://doi.org/10.1177/0269215516644310

Van de Velde, D., Spooren, A., Eijkelkamp, A., Vanderborcht, L., Westhovens, M., & De Vriendt, P. (2015). 15. Biopsychosociaal redeneneren in de gezondheids - en welzijnszorg in Vlaandren. Een explorende studie. In *Jaarboek ergotherapie 2015* (pp. 209–223). Leuven/Den Haag: Acco.

Van de Veldea, D., Bracke, P., Van Hove, G., Josephsson, S., Vanderstraeten, G., Van de Velde, D., … Vanderstraeten, G. (2010). Perceived participation, experiences from persons with spinal cord injury in their transition period from hospital to home. *International Journal of Rehabilitation Research*, *33*(4), 346–355. https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e32833cdf2a

Van de Voorde, C., Van den Heede, K., Beguin, C., Bouckaert, N., Camberlin, C., de Bekker, P., & Et.al. (2017). *KCE 289A: Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit – Synthese*. Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download de synthese in het Nederlands %2888 p.%29.pdf

Van den Broeck, C. (2017). *Vlaamse Sociale Bescherming - De visie van Zorgnet-Icuro op de uitrol van de persoonsvolgende financiering*. Zorgnet-Icuro. Retrieved from http://www.vlaamsesocialebescherming.be/

Van den Heede, K., Stordeur, S., Farfan-Portet, M.-I., Dubois, C., Mistiaen, P., & Cordon, A. (2017). *KCE 281A: Naar een geïntegreerd systeem voor de behandeling van ernstige trauma's*. Retrieved from https://kce.fgov.be/nl/naar-één-geïntegreerd-systeem-voor-de-behandeling-van-ernstige-traumas

Van Eenoo, L., Cuyper, K., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (n.d.). *Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van de interRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen*. Leuven.

Van Eenoo, L., van der Roest, H., Onder, G., Finne-Soveri, H., Garms-Homolova, V., Jonsson, P. V., … Declercq, A. (2018). Organizational home care models across Europe: a cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *77*(September 2017), 39–45. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.013

Vandenbroeck, P., Christiaens, W., Dauvrin, M., Wickert, Ra., Becher, K., Hendrickx, E., … Eyssens, M. (2018). *KCE 299A: Een evaluatieprotocol voor riziv conventies 2018*.

Vandeurzen, J. (2015). Conceptnota betreft Vlaamse sociale bescherming (VSB). De Vlaamse Regering: De Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Retrieved from http://jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/conceptnota VSB_0.pdf

Vanneste, D., De Almeida Mello, J., Macq, J., Van Audenhove, C., & Declercq, A. (2015). Incomplete assessments: towards a better understanding of causes and solutions. The case of the interRAI home care instrument in Belgium. *PLoS ONE*, *10*(4), 1–21. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123760

Vanneste, D., & Declercq, A. (2014). The development of BelRAI, a web application for sharing assessment data on frail older people in home care, nursing homes and hospitals. In I. Meyer, S. Müller, & L. Kubitschke (Eds.), *Achieving Effective Integrated E-Care Beyond the Silos* (Vol. i, pp. 1–366). Hersey: Medical Information Science Reference - An Imprint of IGI Global. https://doi.org/10.4018/978-1-4666-6138-7

Vanneste, D., Vermeulen, B., Declercq, A., Kane, R. R. R. R., Kane, R. R. R. R., Bergman, H., … Audenhove, C. Van. (2013). Healthcare professionals' acceptance of BelRAI, a web-based system enabling person-centred recording and data sharing across care settings with interRAI instruments: a UTAUT analysis. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *13*(129), 129. https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-129

VAPH. (2017). Auditieve stoornis. Retrieved March 21, 2018, from http://infowijzer.vaph.be/inhoudelijke-module/objectivering-handicap/diagnostiek/auditieve-stoornis

Vaz, D. V., Silva, P. L., Mancini, M. C., Carello, C., & Kinsella-Shaw, J. (2017). Towards an ecologically grounded functional practice in rehabilitation. *Human Movement Science*, *52*, 117–132. https://doi.org/10.1016/j.humov.2017.01.010

VAZG. (2018). Thuiszorg. Retrieved from https://www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg

Verhaeghe, S., Bracke, K., Devisch, I., Deneyer, M., Wachter, D. De, & Balthazar, T. (2017). *Avondsymposium U(Z)Gent Patientenparticipatie! (on)gelimiteerd? 23-11-2017:*

Verschuere, B., & Hermans, K. (2016). *Welzijn in Vlaanderen/ Beleid, bestuurlijke organisatie en uitdagingen* (Vierde edi). De Keure - Professional Publishing.

Vlaams Parlement. (2018). Ontwerp decreet betreffende de Vlaams Sociale Bescherming (1474 (2017-2018) – Nr. 1). Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Retrieved from http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1376580

Vlaamse Regering. (2014). Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014-2019: Vertrouwen, verbinden, vooruitgaan'. *Publicatie Vlaamse Overheid*, 167. Retrieved from https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/het-regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering-2014-2019

Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, *31*(8), 995–1004. https://doi.org/10.1177/0269215517709890

Walker, D. M., Sieck, C. J., Menser, T., Huerta, T. R., & McAlearney, A. S. (2017). Information technology to support patient engagement: where do we stand and where can we go? *Journal of the American Medical Informatics Association*, *24*(6), 1088–1094. https://doi.org/10.1093/jamia/ocx043

Ward, A. B., Gutenbrunner, C., Giustini, A., Delarque, A., Fialka-Moser, V., Kiekens, C., … Christodoulou, N. (2012). A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programes in post-acute setings - Union of European Medical Specialists section of Physical & Rehabilitation Medicine (In conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). *Journal of Rehabilitation Medicine*, *44*(4), 289–298. https://doi.org/10.2340/16501977-0960

Wellens, N. I. H., Milisen, K., Flamaing, J., & Moons, P. (2012a). Methods to assess the reliability of the interRAI Acute Care: a framework to guide clinimetric testing. Part II. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *18*(4), 822–827. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01685.x

Wellens, N. I. H., Milisen, K., Flamaing, J., & Moons, P. (2012b). Methods to assess the validity of the interRAI Acute Care: a framework to guide clinimetric testing. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *18*(2), 296–306. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01571.x

Whiteneck, G. G. (2010). Issues affecting the selection of participation measurement in outcomes research and clinical trials. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *91*(9 SUPPL.), S54–S59. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.08.154

WHO. (1980). *International Classification of impairments, disabilites and handicaps (ICIDH): a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: World Health Organization (WHO). Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf;jsessionid=F95F19A0EF1302DC67C1B66A3D585A0E?sequence=1

WHO. (2001a). ICF Webbrowser (Nederlands). Retrieved May 1, 2018, from https://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla

WHO. (2001b). *International classification of functioning, disability and health. (ICF) (rode boek)*. Geneva: World Health Organization (WHO).

WHO. (2001c). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Healthí*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

WHO. (2001d). *Nederlandse vertaling van de "International Classification of Functioning, Disablitiy and Health": compilatie*. *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Healthí*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

WHO. (2002). Towards a Common Language for Functioning , Disability and Health ICF. *International Classification*, *1149*, 1–22. https://doi.org/WHO/EIP/GPE/CAS/01.3

WHO. (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. *Production*, 1–56. https://doi.org/10 July 2012

WHO. (2008). Technical Brief No 1 - 2008: Integrated health services - What and Why? Retrieved May 1, 2018, from http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf

WHO. (2011). *World report on disability 2011*. Geneva. Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

WHO. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services-interim report*. *Service Delivery and Safety*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf%0Ahttp://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/

WHO. (2016). ICD-10 Web Browser. Retrieved May 1, 2018, from http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en

WHO. (2017a). Collaborating Centres for the WHO Family of International Classifications (WHO-FIC). Retrieved March 30, 2018, from http://www.who.int/classifications/network/collaborating/en/

WHO. (2017b). Rehabilitation: key for health in the 21st century. (Key messages Rehabilitation 2030 a call for action), 1–6.

WHO. (2018a). Family of International Classifications. Retrieved March 19, 2018, from http://www.who.int/classifications/en/

WHO. (2018b). Frequently asked questions: “what is the WHO definition of health?” Retrieved March 30, 2018, from http://www.who.int/suggestions/faq/en/

WHO. (2018c). *Health topics: Noncommunicable diseases*. Retrieved from http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/

WHO. (2018d). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Retrieved from http://www.who.int/classifications/icf/en/

WHO. (2018e). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved March 30, 2018, from http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

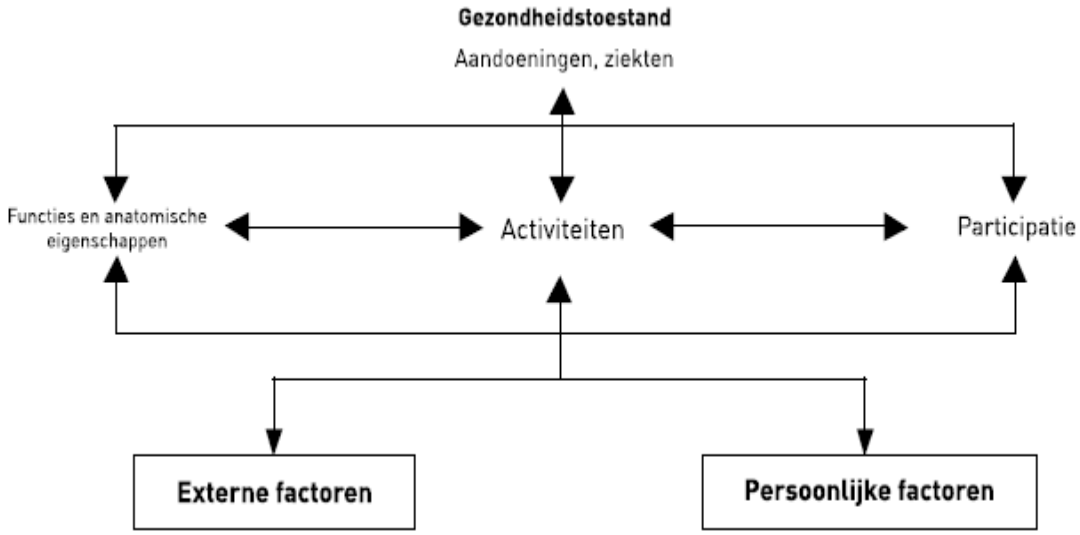
WHO. (2018f). WHO Historical Collection: Disease classifications and nomenclature documents. Retrieved March 30, 2018, from http://www.who.int/library/collections/historical/en/index1.html

Bijlagen

Bijlage 1: ICF

1 Terminologie

Tabel 32 ICF visuele weergave



Tabel 33 Componenten en definities van de ICF

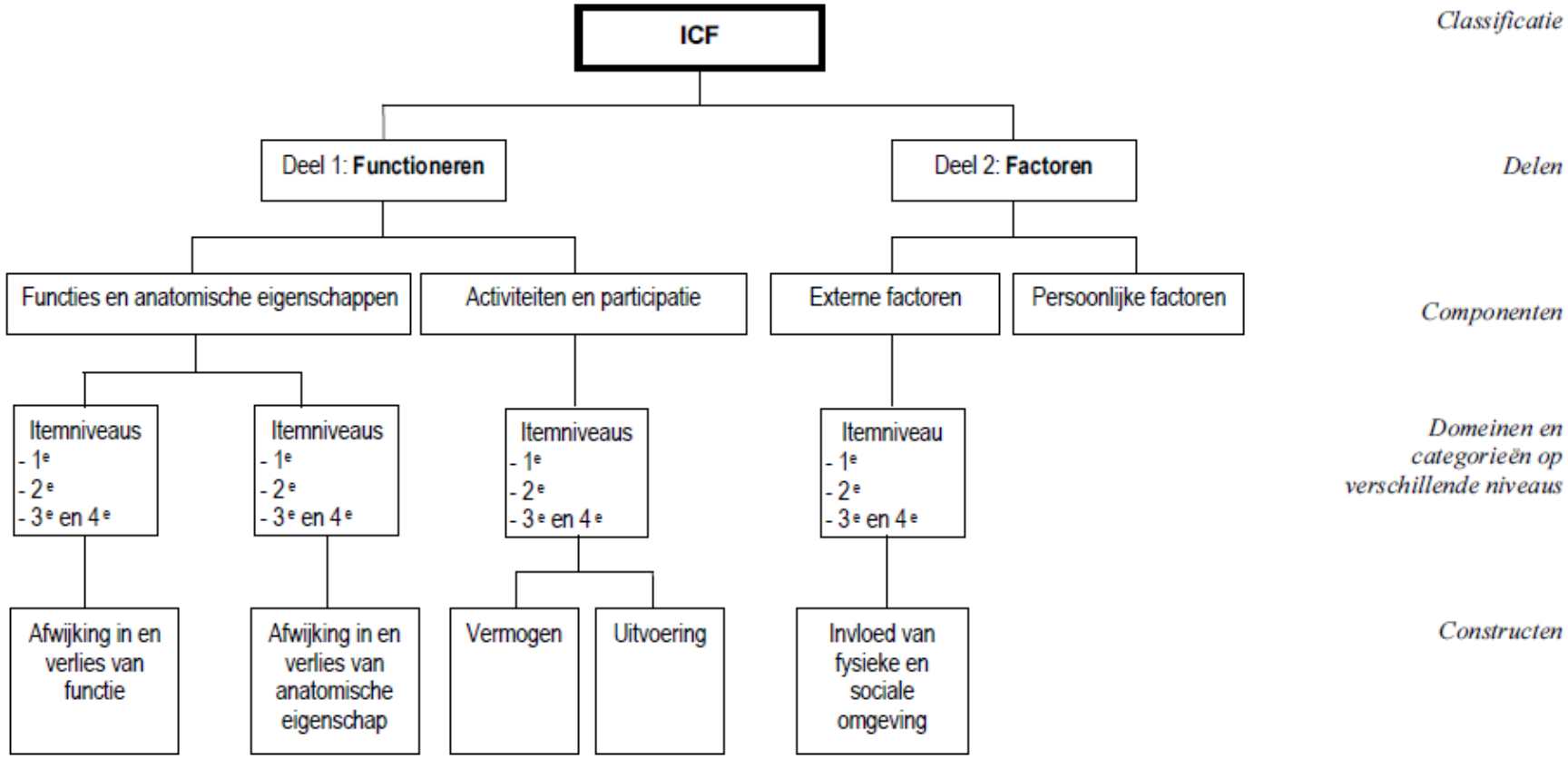
Functies: *fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.*
Anatomische eigenschappen: *positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam (organen, lidmaten en samenstellende factoren).*
Tot de onderdelen van het menselijk organisme worden gerekend lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen.
Stoornissen: *afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.*
Activiteiten: *onderdelen van iemands handelen.*
Beperkingen: *moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.*
Participatie: *iemands deelname aan het maatschappelijk leven.*
Participatieproblemen: *problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.*
Externe factoren*: iemands fysische en sociale omgeving*
Persoonlijke factoren*: iemands individuele achtergrond* .(WHO, 2001d)

- Capaciteit = het vermogen dat individuen hebben om een activiteit uit te voeren,
- Performantie = het effectief uitvoeren ervan in een welbepaalde omgeving,

Tabel 34 Domeinen van activiteiten en participatie

- Leren en toepassen van kennis
- Algemene taken en eisen
- Communicatie
- Mobiliteit
- Zelfverzorging

- Huishouden
- Tussenmenselijke interacties en relaties
- Belangrijke levensgebieden
- Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven



Figuur 52 Structuur van de ICF (WHO, 2001d, p. 216)

Tabel 35 Overzicht typering in de ICF

Component	Eerste typering	Tweede typering
Functies (b)	Uniforme typering met negatieve schaal om de ernst van de stoornis in functie vast te leggen Voorbeeld: b167.3 ernstige stoornis in mentale functies gerelateerd aan taal	Geen
Anatomische eigenschappen (s)	Uniforme typering met negatieve schaal om de ernst van de stoornis in anatomische eigenschap vast te leggen Voorbeeld: s730.3 ernstige stoornis in anatomische eigenschap van bovenste ledemaat	Om de aard van de stoornis in anatomische eigenschap vast te leggen. 0 geen verandering 1 volledige afwezigheid 2 gedeeltelijke afwezigheid 3 extra deel 4 afwijkende dimensies 5 discontinuïteit 6 afwijkende positie 7 kwalitatieve verandering in anatomische eigenschap, incl. ophoping van vocht 8 niet gespecificeerd 9 niet van toepassing *Voorbeeld: s7300.36 ernstige afwijkende positie van bovenste ledemaat*
Activiteiten en Participatie (d)	Uitvoering Uniforme typering Probleem van de persoon in de eigen situatie *Voorbeeld: a5101.1_ lichte moeite (.1) in de uitvoering met douchen/baden*	Vermogen Uniforme typering Beperking zonder ondersteuning *Voorbeeld: a5101._2 matige moeite (._2) in het vermogen te douchen/baden*
Externe factoren (e)	Uniforme typering met negatieve en positieve schaal om vast te leggen de mate waarin iemand te maken heeft met belemmerende of ondersteunende factoren *Voorbeeld: e130.2 de onderwijsinstellingen vormen een matig obstakel; omgekeerd zou e130+2 betekenen dat onderwijsinstellingen een matige ondersteunende factor vormen*	Geen

Tabel 36 Typering en scoring ‘activiteiten en participatie’

xxx.0	GEEN beperking/participatieprobleem	0-4%
xxx.1	LICHTE beperking/participatieprobleem	5-24%
xxx.2	MATIGE beperking/participatieprobleem	25-49%
xxx.3	ERNSTIGE beperking/participatieprobleem	50-95%
xxx.4	VOLLEDIGE beperking/participatieprobleem	96-100%
xxx.8	Niet gespecificeerde beperking/participatieprobleem	
xxx.9	Niet van toepassing	

Tabel 37 Typering en scoring ‘functies en anatomische eigenschappen’

xxx.0	GEEN stoornis	geen, afwezig,, ...)	(0-4%
xxx.1	LICHTE stoornis	(gering, laag, ...)	5-24%
xxx.2	MATIGE stoornis	(tamelijk, ...)	25-49%
xxx.3	ERNSTIGE stoornis	(aanzienlijk, hoog, ...)	50-95%
xxx.4	VOLLEDIGE stoornis	(totaal, ...)	96-100%
xxx.8	Niet gespecificeerd		
xxx.9	Niet van toepassing		

Tabel 38 Typering en scoring 'externe factoren'

xxx.0	GEEN belemmerende factor	geen, afwezig,, ...)	(0-4%
xxx.1	LICHT belemmerende factor	(gering, laag, ...)	5-24%
xxx.2	MATIG belemmerende factor	(tamelijk, ...)	25-49%
xxx.3	AANZIENLIJK belemmerende factor	(hoog, sterk, ernstig,...)	50-95%
xxx.4	VOLLEDIG belemmerende factor	(totaal, ...)	96-100%
xxx+0	GEEN ondersteunende factor	(geen, afwezig, verwaarloosbaar,....)	0-4%
xxx+1	LICHT ondersteunende factor	(gering, laag,...)	5-24%
xxx+2	MATIG ondersteunende factor	(tamelijk,...)	25-49%
xxx+3	AANZIENLIJK ondersteunde factor	(hoog, sterk, ernstig,...)	50-95%
xxx+4	VOLLEDIG ondersteunende factor	(totaal,...)	96-100%
xxx.8	Belemmerende factor, niet gespecificeerd		
xxx+8	Ondersteunende factor, niet gespecificeerd		
xxx.9	Niet van toepassing		

Meer informatie:

https://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla

2 ICF Revalidatie set

G = geïncludeerd in de generieke set

FUNCTIES = de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme	
b130 (G)	**Energie en driften**
	Algemene mentale functies gerelateerd aan fysiologische en psychologische mechanismen die ervoor zorgen dat het individu volhardend streeft naar het voldoen aan bepaalde behoeften en algemene doelen. *Inclusie: energieniveau, motivatie, begeerte, hunkering (met inbegrip van hunkering naar stoffen die verslaving veroorzaken), en driftbeheersing* *Exclusie: bewustzijn (b110); temperament en persoonlijkheid (b126); slaap (b134); psychomotorische functies (b147); stemming (b152)*
b134	**Slaap**
	Algemene mentale functies gerelateerd aan het zich periodiek, reversibel en selectief fysisch en mentaal terugtrekken uit de eigen onmiddellijke omgeving, hetgeen gepaard gaat met karakteristieke fysiologische veranderingen. *Inclusie: hoeveelheid slaap, inslapen, doorslapen, slaapkwaliteit en slaapcyclus; stoornissen zoals bij insomnia, hypersomnia en narcolepsie* *Exclusie: bewustzijn (b110); energie en driften (b130); aandacht (b140); psychomotorische functies (b147)*
b152 (G)	**Stemming**
	Specifieke mentale functies gerelateerd aan het gevoel en aan de affectieve componenten van mentale processen. *Inclusie: adequaatheid van stemming, regulering van stemming, en bereik van stemmingen; affect, droefheid, geluk, liefde, vrees, boosheid, haat, gespannenheid, angst, vreugde, verdriet; labiliteit; emotionele vervlakking* *Exclusie: temperament en persoonlijkheid (b126); energie en driften (b130)*

b280 (G)	**Pijngewaarwording**
	Het waarnemen van een onplezierig gevoel duidend op mogelijke of feitelijke schade aan een onderdeel van het menselijk lichaam. *Inclusie: generaliseerde pijn, pijn in een lichaamsdeel, pijn in meerdere lichaamsdelen, uitstralende pijn in dermatoom, uitstralende pijn in segment of regio; stekende pijn, brandende pijn, doffe pijn, schrijnende pijn; stoornissen zoals bij myalgie, analgesie en hyperalgesie*
b455	**Inspanningstolerantie**
	Functies gerelateerd aan het respiratoire en cardiovasculaire vermogen vereist voor het volhouden van fysische inspanning. *Inclusie: algemeen fysisch uithoudingsvermogen, aërobe capaciteit, en vermoeibaarheid* *Exclusie: functies van het bloedvaatstelsel (B41-42); functies van het hematologisch systeem (b430); ademhaling (b440); functies ademhalingsspieren (b445); andere ademhalingsfuncties (b450)*
b620	**Functies gerelateerd aan urinelozing**
	Functies gekoppeld aan de lozing van urine uit de blaas. *Inclusie: urinelozing, frequentie van urinelozing, urinecontinentie; stoornissen zoals bij stressincontinentie, urge-incontinentie, reflexincontinentie, overflowincontinentie, continue incontinentie, nadruppelen, automatische blaas, polyurie, urineretentie en urinedrang* *Exclusie: productie en opslag van urine (b610); gewaarwordingen gepaard gaande met urinelozing (b630)*
b640	**Seksuele functies**
	Mentale en fysische functies gerelateerd aan geslachtsverkeer, inclusief de fase van arousal, het voorspel, het orgasme en de ontspanningsfase. *Inclusie: functies gerelateerd aan fase van seksuele arousal, functies gerelateerd aan voorspel, functies gerelateerd aan orgasme, en functies gerelateerd aan ontspanningsfase; functies gerelateerd aan seksuele belangstelling, seksuele prestatie, erectie van de penis, erectie van de clitoris, vaginale smering, ejaculatie, orgasme; stoornissen zoals bij impotentie, frigiditeit, vaginisme, voortijdige zaadlozing, problemen met handhaven van erectie (priapisme) en vertraagde zaadlozing* *Exclusie: functies gerelateerd aan voortplanting (b660); gewaarwordingen gepaard gaande met genitale en reproductieve functies (b670)*
b710	**Mobiliteit van gewrichten**
	Functies gerelateerd aan de bewegingsrange en de beweeglijkheid van gewrichten. *Inclusie: mobiliteit van een enkel gewricht (zoals schoudergewricht, ellebooggewricht, polsgewricht, heupgewricht, kniegewricht, enkelgewricht), mobiliteit van meerdere gewrichten (zoals vertebrale gewrichten, kleine hand- en voetgewrichten), mobiliteit van gewrichten in het algemeen; stoornissen zoals hypermobiliteit van gewrichten en bij 'frozen' gewrichten zoals frozen shoulder, en arthritis* *Exclusie: stabiliteit van gewrichten (b715); controle van willekeurige bewegingen (b760)*
b730	**Spiersterkte**
	Functies gerelateerd aan de kracht ontwikkeld door de contractie van een spier of van spiergroepen. *Inclusie: sterkte van geïsoleerde spieren en spiergroepen, sterkte van spieren in één ledemaat, sterkte van spieren in één lichaamszijde, sterkte van spieren in onderste lichaamshelft, sterkte van spieren in alle ledematen, sterkte van rompspieren, en sterkte van alle spieren in het lichaam; stoornissen zoals bij zwakte van kleine voet- en handspieren, parese, paralyse, monoplegie, hemiplegie, paraplegie, quadriplegie en akinetisch mutisme* *Exclusie: functies van aan oog verwante structuren (b215); spiertonus (b735); spieruithoudingsvermogen (b740)*

ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE = zijn onderdelen van iemands handelen en iemands deelname aan het maatschappelijk leven

d230 (G)	**Uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen**
	Eenvoudige of complexe acties uitvoeren, die nodig zijn om dagelijkse routinehandelingen of verplichtingen te plannen, uit te voeren en te voltooien, zoals het reserveren van tijd en het plannen van de afzonderlijke activiteiten gedurende de dag. *Inclusie: regelen van dagelijkse routinehandelingen; voltooien van dagelijkse routinehandelingen; indelen van eigen activiteitenniveau* *Exclusie: ondernemen van meervoudige taken (d220)*
d240	**Omgaan met stress en andere mentale eisen**
	Eenvoudige of complexe acties uitvoeren om te kunnen voldoen aan de mentale eisen van het uitvoeren van taken waarbij men grote verantwoordelijkheid draagt, en waarbij sprake is van stress, afleiding, of crisissituaties, zoals het autorijden in druk verkeer of het verzorgen van vele kinderen. *Inclusie: dragen van verantwoordelijkheden; omgaan met stress; omgaan met crisissituaties*
d410	**Veranderen van basale lichaamshouding**
	Van de ene lichaamshouding in de andere komen en van de ene locatie naar de andere gaan, zoals van een stoel opstaan en op bed gaan liggen, en gaan knielen of hurken en weer opstaan. *Inclusie: veranderen van lighouding naar andere houding; veranderen van hurkzit naar andere houding; veranderen van knielen naar andere houding; veranderen van zit naar andere houding; veranderen van stand naar andere houding; buigen; verplaatsen van het lichaamszwaartepunt* *Exclusie: uitvoeren van transfers (d420)*
d415	**Handhaven van lichaamshouding**
	Waar nodig zelfde lichaamshouding bewaren, zoals blijven zitten of staan voor werk of school. *Inclusie: handhaven van liggende houding; handhaven van hurkende houding; handhaven van knielende houding; handhaven van zittende houding; handhaven van staande houding*
d420	**Uitvoeren van transfers**
	Zich verplaatsen van het ene naar het andere oppervlak, zonder de lichaamshouding te veranderen, zoals bij het glijden over een bank of bij het zich verplaatsen van een bed naar een stoel. *Inclusie: uitvoeren van transfers in zit; uitvoeren van transfers in lig* *Exclusie: veranderen van basale lichaamshouding (d410); zich verplaatsen (d455)*
d450 (G)	**Lopen**
	Zich te voet voortbewegen op een oppervlak, stap voor stap, met altijd één voet op de grond, zoals bij het wandelen, slenteren, voorwaarts, achterwaarts, of zijwaarts gaan. *Inclusie: lopen van korte afstanden; lopen van lange afstanden; lopen op verschillende oppervlakken; lopen om obstakel heen* *Exclusie: uitvoeren van transfers (d420); zich verplaatsen (d455)*
d455 (G)	**Zich verplaatsen**
	Zichzelf van de ene naar de andere plaats brengen op een andere wijze dan door lopen, zoals bij het over een rots klimmen of door de straat rennen, huppelen, hinkelen, springen, of om obstakels rennen. *Inclusie: kruipen; klimmen; rennen; springen; zwemmen* *Exclusie: uitvoeren van transfers (d420); lopen (d450); zich verplaatsen tussen verschillende locaties (d460)*
d465	**Zich verplaatsen met speciale middelen**
	Zich van de ene naar de andere plaats verplaatsen, op ieder oppervlak of in iedere ruimte, met gebruik van speciale middelen die zijn gemaakt voor het faciliteren van het

	zich verplaatsen of voor het zich verplaatsen op een andere wijze, zoals met schaatsen, ski's, duikapparatuur, of zich op straat verplaatsen in een rolstoel of met een rollator. *Exclusie: uitvoeren van transfers (d420); lopen (d450); zich verplaatsen (d455); gebruiken van vervoer (d470); besturen (d475)* *Editorial: Het Nederlandse WHO FIC CC is van mening dat het zich verplaatsen via een rolstoel, of met behulp van een rollator, geklasseerd kan worden met d450-d460 (en subklassen) en met gebruik van typeringen. Daarom wordt als codeeradvies gegeven: codeer alleen d465 wanneer andere klassen (zoals d450-d4609) met typeringen niet kunnen worden gebruikt.*
d470	**Gebruiken van vervoermiddel**
	Middelen van transport gebruiken om zich als passagier te laten vervoeren, zoals bij het zich laten vervoeren met een auto of een bus, een riksja, pendelbusje, in door dieren voortgetrokken voertuigen, met een privé of openbare taxi, met een bus, trein, tram, ondergrondse, met een boot of vliegtuig. *Inclusie: gebruiken van door menskracht voortbewogen vervoermiddel; gebruiken van privé gemotoriseerd vervoermiddel; gebruiken van gemotoriseerd openbaar vervoer* *Exclusie: zich voortbewegen met hulpmiddelen (d465); besturen (d475)*
d510	**Zich wassen**
	Wassen en afdrogen van het gehele lichaam, of lichaamsdelen, met gebruik van water en geschikte was- en droogmaterialen of methoden, zoals baden, douchen, wassen van handen en voeten, gezicht en haar, en met een handdoek drogen. *Inclusie: wassen van lichaamsdelen; wassen van gehele lichaam; zich afdrogen* *Exclusie: verzorgen van lichaamsdelen (d520); zorgdragen voor toiletgang (d530)*
d520	**Verzorgen van lichaamsdelen**
	Verzorgen van delen van het lichaam, zoals de huid, het gezicht, de tanden, de hoofdhuid, de nagels en de genitalia, waar meer voor nodig is dan alleen wassen en afdrogen. *Inclusie: verzorgen van huid; verzorgen van tanden; verzorgen van het haar; verzorgen van vingernagels; verzorgen van teennagels* *Exclusie: zich wassen (d510); zorgdragen voor toiletgang (d530)*
d530	**Zorgdragen voor toiletgang**
	Plannen en zich ontdoen van menselijke afvalstoffen (menstruatiebloed, urine en feces) en zich daarna reinigen. *Inclusie: zorgdragen voor urineren; zorgdragen voor defecatie; zorgdragen voor menstruatie* *Exclusie: zich wassen (d510); verzorgen van lichaamsdelen (d520)*
d540	**Zich kleden**
	Gecoördineerde acties en taken uitvoeren voor het in de juiste volgorde aan- en uittrekken van kleding en schoeisel, zich kleden in overeenstemming met de sociale setting en klimatologische omstandigheden, zoals het aantrekken, rechttrekken en uittrekken van een shirt, korte broek, blouse, broek, ondergoed, sari, kimono, maillot/panty, hoed, handschoenen, jas, schoenen, laarzen, sandalen, slippers. *Inclusie: aantrekken van kleding; uittrekken van kleding; aantrekken van voetbedekking; uittrekken van voetbedekking; kiezen van juiste kleding*
d550	**Eten**
	Op gecoördineerde wijze eten van geserveerd voedsel, naar de mond brengen en op een volgens de cultuur acceptabele wijze consumeren, voedsel in stukken snijden of breken, flessen en blikken openen, eetgerei gebruiken, maaltijden nuttigen, vasten of dineren. *Exclusie: drinken (d560)*
d570	**Zorgdragen voor eigen gezondheid**
	Zich verzekeren van fysisch comfort, gezondheid en fysisch en mentaal welbevinden, zoals door het volhouden van een uitgebalanceerd dieet, in voldoende mate fysische activiteiten verrichten, het lichaam warm of koel houden, het vermijden van schade aan de gezondheid, veilig seks bedrijven, inclusief condoomgebruik, zich laten inenten en zich regelmatig fysisch laten onderzoeken.

	Inclusie: zich verzekeren van fysisch comfort; zorgdragen voor dieet en fitheid; behouden van eigen gezondheid
d640	**Huishouden doen**
	Het huishouden verzorgen door het schoonmaken van het huis, wassen van de kleding, gebruiken van huishoudelijke apparatuur, opbergen van voedsel en verwijderen van vuilnis, zoals door vegen, dweilen, soppen van werkbladen, muren en andere oppervlakken; verzamelen en weggooien van huishoudelijk afval; kamers, kasten en ladekasten schoonmaken; verzamelen, wassen, drogen, opvouwen en strijken van kleding; poetsen van schoeisel; gebruikmaken van bezem, borstel en stofzuiger; gebruiken van wasmachine, wasdroger en strijkbout. *Inclusie: wassen en drogen van kleding; schoonmaken van kookruimte en kookgerei; schoonmaken van woonruimte; gebruiken van huishoudelijke apparatuur; opbergen van dagelijkse benodigdheden; verwijderen van afval* *Exclusie: verwerven van woonruimte (d610); verwerven van goederen en diensten (d620); bereiden van maaltijden (d630); verzorgen van wat bij huishouden behoort (d650); assisteren van andere personen (d660)*
d660	**Assisteren van andere personen**
	Assisteren van gezinsleden en andere personen bij het leren, communiceren, zelfverzorging, mobiliteit binnen of buitenshuis; betrokken zijn bij het welbevinden van gezinsleden en anderen. *Inclusie: assisteren van andere personen bij zelfverzorging; assisteren van andere personen bij voortbewegen; assisteren van andere personen bij communicatie; assisteren van andere personen bij tussenmenselijke relaties; assisteren van andere personen bij voeding; assisteren van andere personen bij handhaven gezondheid* *Exclusie: verrichten van betaald werk (d850)*
d710	**Basale tussenmenselijke interacties**
	Met personen in interactie komen in overeenstemming met de context en cultuur, met de juiste mate van respect en achting, of beantwoorden van de gevoelens van anderen. *Inclusie: respect en warmte in relaties; waardering in relaties; tolerantie in relaties; kritiek in relaties; sociale cues in relaties; fysisch contact in relaties*
d770	**Intieme relaties**
	Een nauwe of romantische relatie aangaan en onderhouden, zoals tussen man en vrouw, geliefden of seksuele partners. *Inclusie: romantische relaties; samenlevingsrelaties; seksuele relaties*
d850 (G)	**Betaald werk**
	Tegen betaling alle aspecten van werk, beroep of baan uitvoeren, als voltijds of deeltijds werknemer, of als zelfstandig ondernemer, zoals het uitvoeren van de taken in het kader van het werk, op tijd op het werk verschijnen, andere werkenden begeleiden of zelf begeleid worden, en de vereiste taken alleen of in groepsverband uitvoeren. *Inclusie: zelfstandig ondernemer; deeltijd werk; voltijds werk*
d920	**Recreatie en vrije tijd**
	Meedoen aan alle vormen van spel, activiteiten in het kader van recreatie of vrijetijdsbesteding, zoals informele of georganiseerde spelen en sport, fitness programma's, ontspanning, amusement of vertier, bezoeken van kunstgaleries, musea, bioscoop of theater; handenarbeid en hobby's, voor eigen plezier lezen, muziekinstrumenten bespelen; rondreizen, toeristische uitstapjes maken, en uit hobby reizen. *Inclusie: spel; sport; kunst en cultuur; handenarbeid; hobby's; sociale activiteiten* *Exclusie: rijden op dieren als vervoermiddel (d480); betaald werk (d850); onbetaald werk (d855); religie en spiritualiteit (d930); politiek en burgerschap (d950)*

Meer informatie op http://www.icf-core-sets.org/en/page1.php

3 InterRAI en ICF linking

Tabel 39 Weergave van de ICF core set linking aan de interRAI instrumenten (LTCF, HC en CMH) op basis van tabel 2 uit (Prodinger et al., 2015).

ICF Category		interRAI item
b130	Energy and drive functions	Fatigue
b134	Sleep functions	Sleep problems
		Time asleep during day
b152	Emotional functions	Acute change in mental status from person's usual functioning
		Indicators for possible depressed, anxious, or sad mood
		Mental state indicators (Mood disturbance, anxiety, psychosis, negative symptoms, other indicators)
		Self-reported mood
b280	Sensation of pain	Frequency with which person complains or shows evidence of pain
		Intensity of highest level of pain present
		Consistency of pain
		Breakthrough pain
		Pain control
b455	Exercise tolerance functions	Physical function improvement potential
b620	Urination functions	Bladder Continence
b640	Sexual functions	Sexual activity_Reports persistent difficulty

b710	Mobility of joint functions	
b730	Muscle power functions	
d230	Carrying out daily routine	Cognitive Skills for daily decision making
d240	Handling stress and other psychological demands	
d410	Changing basic body position	Transfer toilet
d415	Maintaining a body position	
d420	Transferring oneself	Bed mobility
d450	Walking	Walking
d455	Moving around	Stairs
d465	Moving around using equipment	Locomotion
d470	Using transportation	Transportation
d510	Washing oneself	Bathing
d520	Caring for body parts	Personal hygiene
d530	Toileting	Toilet use
d540	Dressing	Dressing upper body
		Dressing lower body
d550	Eating	Eating

d570	Looking after one's health	Managing medications
		Total hours of exercise or physical activity in last 3 days
		Smokes tobacco daily
		Alcohol
		Alcohol, Injection drug use, Patterns of drinking, Withdrawal symptoms, Caffeine use, Tobacco, Gambling
d640	Doing housework	Ordinary housework
d660	Assisting others	
d710	Basic interpersonal interactions	Unsettled relationships
		Strengths_Strong and supportive relationship with family
		Social relationships
d770	Intimate relationships	
d850	Remunerative employment	Employment status
		Employment arrangements (exclude volunteering)
d920	Recreation and leisure	Average time involved in activities
		Activity preferences and involvement

Note: these items are the property of interRAI and are protected by the U.S. copyright and trademark laws.

Bijlage 2: Revalidatiedienstverleningssector die onder de Vlaamse bevoegdheid vallen

Naam [53]	Volwassenen (doelgroep)[54]	Opmerkingen
7.71 CENTRA VOOR MOTORISCHE REVALIDATIE		
1. Revalidatiecentrum NAH (Turnhout)	*Ja*	*KMSL vzw waar CAR Turnhout en CAR Zuiderkempen ook onder vallen*
2. Nationaal Mutiple Sclerose Centrum vzw	*Ja*	
3. Ziekenhuis Inkendaal	*Ja*	
7.76.5 Revalidatie kinderen met resp. en neurol. Stoornissen		
Pulderbos - Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren (0-21 jaar)	*Ja, jongvolwassenen (15-21 jaar)*	
9.53-9.65 Centra voor ambulante revalidatie		
1. CAR Medische Sociale Instellingen Midden-Vlaanderen (Eeklo)	Nee, kinderen	Klim op vzw: Centrum voor Ambulante Revalidatie De Springplank = CAR De Spingplank CAR Klim op vzw=CAR Eeklo, CAR De Locomotief (Ninove)

53 Voorzieningen, meer specifiek de CAR's in Italic zijn telefonisch gecontacteerd geweest omwille van hun volwassenwerking en onduidelijkheid over hun keuze tot deelname of niet-deelname. Alle CAR hebben via de federatie een uitnodiging tot deelname ontvangen.

54 Doelgroep beschrijving op basis van de beschrijving op de website van de Federatie van de CAR geraadpleegd op 10 juli en 28 augustus 2017 en RIZIV-conventies. Eventueel aangevuld met informatie van het centrum zelf, hetzij telefonisch, hetzij van op de eigen website

2. CAR Ter Kouter vzw (Deinze)	*Ja, personen met een gehoorstoornis en/of NAH*	*Bundelt krachten met Buggenhout vzw en CAR Kapelhof voor NAH*
3. Revalidatie- en Hoorcentrum Spermalie (Brugge)	*Ja, personen met een gehoorstoornis en/of stemmingsstoornissen.*	*CAR Spermalie vzw*
4. Centrum voor Spraak- en Taalpathologie(Bree)	*Ja*	*CAR Bree*
5. Het Veer Revalidatiecentrum vzw (Sint Niklaas)	*Ja, personen met een gehoorstoornis en/stotterproblematiek*	*CAR Het Veer*
6. Centrum Ambulante Revalidatie DAT (Tienen)	*Ja, maar zeer kleine groep (gehoorstoornis) (twee cliënten in behandeling uitnodiging ontvangen)*	*CAR 'DAT' vzw Aarschot en CAR 'DAT' vzw Tienen*
7. Centrum voor Ambulante Revalidatie De Klinker (Ieper)	*Ja, personen met een gehoorstoornis (CAR De Klinker)* *Nee, kinderen (CAR Oostkust vzw)*	*CAR De Klinker vzw (Ieper)* *CAR van de Oostkust vzw (Knokke Heist)*
8. Elora Centrum voor Ambulante Revalidatie (Nieuwpoort)	*Nee*	*CAR Elora vzw*
9. C.A.R. NOK-centrum (Ronse)	*Nee, begeleiden jongeren t/m 14 jaar*	*CAR Ronse,*
10. CAR Sint-Lievenspoort (Gent)	*Ja, personen met een gehoorstoornis en/of stotterproblematiek.*	
11. CAR St-Rembert vzw (Torhout)	Nee	CAR Torhout
12. Antwerps Revalidatiecentrum vzw (Antwerpen)	*Ja, personen met een gehoorstoornis*	*CAR Antwerpen vzw*
13. Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR) Het Roer (Roeselare)	Nee	CAR Het Roer onderdeel van Zorgbedrijf Roeselare

14. Revalidatiecentrum voor Taal- en Ontwikkelingsproblemen (Roeselare)	*Ja, personen met een gehoorstoornis*	*CAR Roeselare*
15. Centrum voor Ambulante Revalidatie Wegwijs vzw (Zottegem)	*Ja, personen met een gehoorstoornis*	*CAR Wegwijs vzw*
16. Centrum voor Sensorieel Gehandicapten (CAR Woluwe) (Brussel, Sint-Lambrechts Woluwe)	*Ja, personen met een gehoorstoornis maar zeer kleine jaarlijkse begeleidingen*	*De vzw Zeplin behelst CAR Lovenjoel en CAR Woluwe. CAR Zeplin Woluwe*
17. Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen UZA (Edegem)	Ja, personen met een gehoorstoornis	
18. CAR Antenne 3000 vzw (Leuven)	Nee, kinderen	
19. Revalidatiecentrum Overleie VZW (Kortrijk)	*Ja, personen in begeleiding naar aanleiding van een NAH*	*CAR Overleie Bundelt krachten met Buggenhout vzw en CAR Kapelhof voor NAH*
20. CAR Hasselt (Hasselt)	*Ja*	*Groep LITP met CAR Hasselt en CAR Genk*
21. Centrum Ambulante Revalidatie CAR (Genk)	*Ja*	*Groep LITP met CAR Hasselt en CAR Genk*
22. CAR Vijfhoek (Mechelen)	Nee, kinderen	
23. vzw CAR Brussel (Sint-Jans-Molenbeek)	Nee, kinderen	
24. Vlaamse Gemeenschapscommissie Revalidatiecentrum De Poolster (Brussel, Sint Agatha-Berchem)	Ja, personen personen met een gehoorstoornis	CAR De Poolster
25. UZ Gasthuisberg - Revalidatiecentrum voor Gehoor- en Spraakgestoorden (Leuven)	Ja, personen met een gehoorstoornis	
26. Centrum voor Ambulante Revalidatie (Oostakker)	*Ja, personen met een gehoorstoornis en/of NAH en/of stotterproblematiek.*	*CAR Oostakker*

27. CAR Horizon (Geraardsbergen)	*Ja, personen met een gehoorstoornis en/of NAH en/of en/of stotterproblematiek en/of laryngectomie en/of glossectomie*	.
28. CAR Stappie vzw (Oostende)	*Ja, personen met een gehoorstoornis en/of NAH en/of en/of stotterproblematiek en/of laryngectomie en/of glossectomie*	
29. UZ Gent Centrum voor gehoor- en spraak revalidatie (Gent)	Ja, personen met een gehoorstoornis	Ter Spake
30. CAR De Hert vzw (Aalst)	Nee	
31. Revalidatiecentrum Noorderkempen (Wuustwezel)	*Nee (wel erkenning voor het begeleiden van volwassenen). Zij zijn daarom gestopt met hun volwassenwerking sinds begin 2017.*	*CAR Noorderkempen*
32. CAR De Schakel - Wetteren VZW (Wetteren)	Nee	CAR De Schakel vzw
33. CAR Accent vzw (Kortrijk – Heule)	Nee	
34. Centrum voor Functionele Revalidatie vzw (Zelzate)	Nee	
35. Car 't Veld vzw (Aartrijke)	Nee	
36. Revalidatiecentrum Ter Linde vzw (Bornem)	Nee	
37. CAR Lovenjoel (Lovenjoel-Bierbeek)	Nee	CAR Zepelin Lovenjoel vzw
38. CAR De Kindervriend (Rollegem)	Nee	

39. CAR 't Vlot (Beveren)	*Ja, personen met een gehoorstoornis en/of stotterproblematiek maar zeer kleine jaarlijkse begeleidingen*	*CAR Beveren*
40. CAR Impuls vzw (Gent)	Nee	
41. CAR Kapelhof vzw (Zele)	*Ja, personen met een NAH.*	*CAR Zele*
42. Waas Revalidatiecentrum vzw (Lokeren)	Nee	
43. Revalidatiecentrum Buggenhout (Buggenhout)	*Ja, personen met een gehoorstoornis en/of NAH en/of stemmingsstoornissen*	*CAR Buggenhout vzw Bundelt krachten met ter Kouter en Kapelhof voor NAH*
44. CAR De Steijger vzw (Destelbergen)	Nee	
45. CAR BOLT vzw (Baarle-Drongen)	Ja, personen met stemmingsstoornissen	
46. CAR Zuiderkempen (Veerle-Laakdal)	Nee	
47. CAR Turnhout (Turnhout)	Nee	
48. Ter Eecken vzw Centrum voor Ambulante Revalidatie (Oudenaarde)	Nee	CAR Ter Eecker vzw
49. CAR Land van Halle & Asse vzw (Halle)	*Nee*	
9.69 Revalidatie visuele stoornissen (low vision centra)		
1. Universitair Ziekenhuis Antwerpen (Edegem)	Ja	
2. Centrum voor Visuele Revalidatie en Low-Vision UZ Gent (Gent)	Ja	
3. Centrum voor Visuele Revalidatie De Markgrave (Antwerpen)	Ja	

4. U.Z. Leuven Revalidatiecentrum voor slechtzienden – Stadscampus (Leuven)	Ja

Revalidatieziekenhuizen	
1. RevArte (Edegem)	*Ja*
2. Inkendaal (Vlezenbeek)	*Ja*
3. Revalidatiecentrum Imbo (BZIO) (Oostende)	*Ja*
4. KEI (Koningin Elisabeth Instituut) (Oostduinkerke)	*Ja*
5. Nationaal MS Centrum Melsbroek (Melsbroek)	*Ja*
6. Revalidatie en MS Centrum Overpelt (Overpelt)	*Ja*
7. De Dennen (Malle)	Exclusie: SP-psychogeriatrie
8. Provinciaal Zorgcentrum Lemberge (Merelbeke)	*Ja, maar meerderheid van de populatie is 65 jaar en ouder.*

Bijlage 3: Interviewgids interview

Welkom

Situering van het onderzoek.

Opwarmer: associatie oefening

Waar denkt u aan als ik revalidatie zeg?

Kernvragen

- Wat moeten men weten om de revalidatie te kunnen starten?
- Zijn er zaken die niet in kaart worden gebracht die eigenlijk gemist worden?
    - Prioritaire gegevens?
- Welke informatie zou u graag van andere collega's uit de zorg ontvangen?
    - Idem andere sector?
    - Heb je die nodig om kwaliteitsvolle zorg te verlenen (need to know)? Of zouden ze handig zijn (nice to know)?
- Welke informatie zou u graag met andere collega's uit de zorg delen?
    - Idem andere sector?
    - Heb je die nodig om kwaliteitsvolle zorg te verlenen (need to know)? Of zouden ze handig zijn (nice to know)?
- In eerdere interview is … aanbod gekomen, heb ik gehoord dat…
- Is de ICF door u en uw team gekend?
    - Wat vindt jullie er van (+ / -)
- Wordt de ICF gebruikt door u en uw team in de praktijk?
    - Zo ja, op welke manier?
        - (Referentiekader? Tot codeniveau? Core sets? (rehabilitation core set)
    - Zo nee, waarom niet? Welke barrières ervaart u en uw team?
    - Kent u collega's die ook wel/niet met ICF werken?
        - Op dezelfde manier als u en uw team of anders?

Persoonlijke vragen

Afsluiting

- Samenvatting
- Bedanking en afronding

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

Vakgroep Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie

ONDERZOEKSGROEP ERGOTHERAPIE

Steunpunt WVG

nderbroedersstraat 8 - bus 5310

B-3000 Leuven

+32 16 37 34 32

Jasmine Van Regenmortel

Wetenschappelijk medewerker

E jasmine.vanregenmortel@ugent.be

T 32 9 332 58 31

Campus Heymans, UZ Gent,

De Pintelaan 185, Blok 2B3, Lokaal 009

Bijlage 4: Informed Consent

Informatie voor de deelnemer

Project:

EF 06.05: BelRAI Revalidatie: evaluatie van interRAI-instrumenten revalidatie voor toepassing in de revalidatie in Vlaanderen

Beschrijving en doel van het project.

U zal binnenkort een uitnodiging ontvangen voor een focusgroep via uw arts.

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin voert in samenwerking met UGent en LUCAS een onderzoek uit naar de mogelijke ontwikkeling van het BelRAI Revalidatie instrument

In het kort heeft het BelRAI systeem tot doel een goed beeld te kunnen schetsen van de noden en de behoeftes van een persoon met een zorgnood en tevens om de communicatie en de informatie-uitwisseling tussen verschillende zorgverleners te verbeteren.

Er bestaan al BelRAI instrumenten voor de ouderenzorg en voor de geestelijke gezondheidszorg, maar nog niet voor de revalidatiesector. Het doel van dit onderzoek is samen met de zorgverleners en de gebruikers van die sector te bekijken welke informatie in een dergelijk instrument van belang is.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan onze focusgroep. Dit zal ongeveer een halve dag van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Prof. Dr. Dominique Van de Velde (UGent) en Prof. Dr. Anja Declercq (LUCAS, KU Leuven).

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.

U kunt weigeren deel te nemen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie biedt geen medische of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot een nieuwe en meer efficiënte methode (BelRAI Revalidatie) om de communicatie tussen zorgverleners over de gezondheidszorg-organisaties heen te optimaliseren.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn. **Om de gegevens te kunnen verwerken worden de gesprekken opgenomen. Na de analyse zullen de opnames worden vernietigd.**

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam arts/onderzoeker:	Naam deelnemer:
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

Bijlage 5: Cliëntenbrochure

Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Vlaanderen

Steunpunt WVG
Minderbroedersstraat 8 – bus 3310
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be

BelRAI, naar een betere communicatie over doelgroepen en sectoren heen binnen de gezondheidszorg

Nu ook voor de revalidatie:
BelRAI Revalidatie



Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

interRAI

BelRAI

KU LEUVEN · Universiteit Gent · VUB · Universiteit Antwerpen · UHASSELT · HoGent

Waarom deelnemen?

Wie weet er het beste welke informatie het ziekenhuis, revalidatiecentrum, woonzorgcentrum, huisarts, … met elkaar moeten delen?

U!



Alleen u weet als gebruiker van de Vlaamse revalidatiesector welke informatie essentieel is om beschikbaar te stellen aan alle zorgprofessionals én welke informatie liever niet gedeeld wordt.

We zijn op zoek naar u, cliënt met ervaring in de revalidatiesector om een duidelijk beeld te krijgen van de noden en verwachtingen. Uw stem telt!

Zo draagt u bij tot de kwaliteit van de revalidatiezorg

KU LEUVEN · Universiteit Gent · VUB · Universiteit Antwerpen · UHASSELT · HoGent

BelRAI Revalidatie, voor en door u

Deze studie maakt deel uit van het breder onderzoek naar de BelRAI.
De Vlaamse overheid heeft gekozen om binnen de gezondheidszorg één communicatietool te voorzien onafhankelijk van de zorgorganisatie en setting.
BelRAI is afkomstig van het interRAI instrumentarium dat internationaal onderzocht is.
De interRAI items en zorgschalen zijn goed omschreven en vertaald in verschillende talen, wat gebruik over de landsgrenzen ook mogelijk maakt.
In de BelRAI staat enkel informatie dat elke behandelende zorgprofessional nodig heeft. BelRAI is geen vervanging van het patiëntendossier.
Privacy wordt gegarandeerd door een getrapt systeem van toegang via de e-ID van de zorgprofessional met als voorwaarde dat deze een therapeutische relatie heeft met de cliënt.

Deze studie heeft als doel met zorgprofessionals en cliënten de items van de BelRAI Revalidatie te bepalen

KU LEUVEN · Universiteit Gent · VUB · Universiteit Antwerpen · UHASSELT · HoGent

BelRAI, meer dan een tool

- BelRAI is flexibel volgens de context waarin het gebruikt wordt. Kernitems zijn dezelfde items over de zorginstellingen en zorgsectoren heen. Sectorspecifieke items zijn er wanneer nodig.
- BelRAI bestaat reeds voor de ouderenzorg, thuiszorg,…. Gelijkaardig onderzoek is lopende voor psychiatrische voorzieningen, kinderen, … binnen het Steunpunt WVG.
- BelRAI voorziet elke professional met een therapeutische relatie de nodige basisinformatie over de gezondheid en noden van zijn cliënt.
- BelRAI voorkomt dat de cliënt telkens opnieuw zijn verhaal moet doen.
- BelRAI geeft aan waar iemand potentieel problemen mee heeft via wetenschappelijk onderbouwde algoritmes.
- BelRAI ondersteunt zo de multidisciplinaire teamvergaderingen binnen de gezondheidszorg.
- BelRAI maakt een objectieve inschaling van de zorg mogelijk.

BelRAI: één inschaling voor beter toegankelijke zorg

KU LEUVEN · Universiteit Gent · VUB · Universiteit Antwerpen · UHASSELT · HoGent

Voor wie

BelRAI gaat gebruikt worden door zorgprofessionals verbonden aan

- Acute ziekenhuizen
- Woonzorgcentra
- Psychiatrische voorzieningen
- Thuiszorgvoorzieningen
  Palliatieve Zorg
- **Revalidatiecentra**
- ...



... die een therapeutische relatie hebben met de cliënt,

... die samen met de cliënt voor efficiënte en optimale zorgplanning gaan door de verschillende levensfases over de landsgrenzen heen.

BelRAI, naar een betere communicatie over doelgroepen en sectoren heen binnen de gezondheidszorg

De Vlaamse Overheid steunt beleidsonderzoek

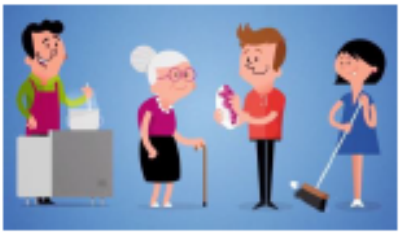
Het Steunpunt WVG is een consortium van wetenschappers verbonden aan verschillende universiteiten en hogescholen. Dit onderzoek valt onder leiding van

- Prof. dr. Anja Declercq (LUCAS KU Leuven).
- Prof. dr. Dominique Van de Velde (UGent)

Uitgevoerd door

Jasmine Van Regenmortel
Wetenschappelijk medewerker
jasmine.vanregenmortel@kuleuven.be
tel.+32 16 32 21 43

Tevens uw contactpersoon voor verdere vragen.



Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

interRAI

BelRAI

KU LEUVEN · Universiteit Gent · VUB · Universiteit Antwerpen · UHASSELT · HoGent

Steunpunt WVG

Minderbroedersstraat 8 – bus 5310

B-3000 Leuven

+32 16 37 34 32

Bijlage 6: Informatiefiche

1 Cliënten

Leuven, 27-06-2017

Infofiche voor BelRAI in de revalidatiesector

Alle gegevens worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt, met respect voor uw privacy. Bij vragen kan u ons contacteren via bovenstaande gegevens.

Naam en voornaam

Leeftijd

Adres en provincie

Contactgegevens (telefoonnummer en e-mailadres)

Revalidatiecentrum of revalidatiecentra waar u zorg kreeg of krijgt

Wijze waarop u dit onderzoek leerde kennen

☐Arts
☐Collega-revalidant
☐Andere

Opmerkingen

Alvast bedankt bij voorbaat

Hoogachtend

Jasmine Van Regenmortel, wetenschappelijk medewerker, mede namens Prof. dr. Dominique Van de Velde (UGent) en Prof. dr. Anja Declercq (LUCAS KU Leuven).

Steunpunt WVG
Minderbroedersstraat 8 – bus 5310
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be

2 Experten

Leuven, 10-07-2017

Informatiefiche voor BelRAI in de revalidatiesector

Alle gegevens worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt, met respect voor uw privacy. Bij vragen kan u ons contacteren via bovenstaande gegevens.

Naam en voornaam

Discipline en/of specialisatie

Instelling, adres en provincie

Contactgegevens (telefoonnummer en e-mailadres)

Wijze waarop u dit onderzoek leerde kennen

☐ Persoonlijke uitnodiging ☐ Collega heeft me aangesproken ☐ Collega heeft mijn gegevens aan u bezorgd ☐ Andere (gelieve bij 'Opmerkingen' te vermelden)

Opmerkingen

Alvast bedankt bij voorbaat!

Mede namens Prof. Dr. Dominique Van de Velde (UGent) en Prof. Dr. Anja Declercq (LUCAS, KU Leuven)

Hoogachtend

Jasmine Van Regenmortel

wetenschappelijk medewerker

Steunpunt WVG

Minderbroedersstraat 8 – bus 5310

B-3000 Leuven

+32 16 37 34 32

Bijlage 7: Bevestingsfiches

1 Focusgroepen Cliënten

Leuven, 27-06-2017

Bevestigingsfiche voor BelRAI in de revalidatiesector

Alle gegevens worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt, met respect voor uw privacy. Bij vragen kan u ons contacteren via bovenstaande gegevens.

Ik,

……

…….(**naam**), zou graag willen deelnemen aan de focusgroep van cliënten over het BelRAI Revalidatie instrument op (**inschrijven kan tot twee weken voor de focusgroep**):

☐ Maandag 21 augustus, 14.00-16.00u te UAntwerpen - Campus Drie Eiken

☐ Woensdag 23 augustus, 14.00-16.00u te Campus Pellenberg (Leuven)

☐ Dinsdag 5 september 14.00-16.00u te UGent

Wijze waarop u dit onderzoek leerde kennen

☐ Arts
☐ Collega-revalidant
☐ Andere

Ik stel voor om volgende collega-cliënten te contacteren voor de focusgroep van cliënten
(graag naam en contactinformatie achterlaten a.u.b.):

Opmerkingen

Datum en Handtekening

Alvast bedankt bij voorbaat

Hoogachtend

Jasmine Van Regenmortel, wetenschappelijk medewerker, mede namens Prof. dr. Dominique Van de Velde (UGent) en Prof. dr. Anja Declercq (LUCAS, KU Leuven).

Steunpunt WVG

Minderbroedersstraat 8 – bus 5310

B-3000 Leuven

+32 16 37 34 32

2 Focusgroep en informatiesessie experten

Leuven, 10-07-2017

Bevestigingsfiche voor BelRAI in de revalidatiesector

Alle gegevens worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt, met respect voor uw privacy. Bij vragen kan u ons contacteren via bovenstaande gegevens.

Ik, ……(*naam*), zou graag willen deelnemen aan de focusgroep van experten over het BelRAI Revalidatie instrument op (*inschrijven kan tot twee weken voor de focusgroep*):

☐ Woensdag 13 september van 14.00-16.00u te UGent

☐ Donderdag 21 september van 14.00-16.00u te LUCAS (Leuven)

☐ Vrijdag 22 september 14.00-16.00u te Brussel (Ellipsgebouw)

Mogen wij vragen dat artsen en niet-artsen van hetzelfde multidisciplinair team zich inschrijven op een verschillende datum?

Ik ben……(*discipline en/of specialisatie*) en ben verbonden aan……(*instelling*).

Ik stel voor om volgende collega's te contacteren voor de focusgroep van experten

(graag naam, discipline, organisatie, contactinformatie achterlaten a.u.b.):

Ik kan aanwezig zijn op de infosessie op 8 september 2017 van 14-16u in het Ellipsgebouw (Brussel):

☐ Ja

☐ Nee

Ik ben bereid om cliënten te rekruteren voor de focusgroepen:

☐ Ja

☐ Nee

Ik was voor de start van het onderzoek reeds gekend met de ICF:

☐ Ja

☐ Nee

Ik werk reeds met de ICF in mijn dagelijkse praktijk:

☐ Ja

☐ Nee

Ik was voor de start van het onderzoek reeds gekend met de BelRAI:

☐ Ja

☐ Nee

Wijze waarop u dit onderzoek leerde kennen

☐ Persoonlijke uitnodiging ☐ Collega heeft me aangesproken ☐ Collega heeft mijn gegevens aan u bezorgd ☐ Andere (gelieve bij 'Opmerkingen' te vermelden)

Opmerkingen

Datum en Handtekening

Alvast bedankt bij voorbaat

Mede namens Prof. Dr. Dominique Van de Velde (UGent) en Prof. Dr. Anja Declercq (LUCAS KU Leuven)

Hoogachtend

Jasmine Van Regenmortel

wetenschappelijk medewerker

Steunpunt WVG

Minderbroedersstraat 8 – bus 5310

B-3000 Leuven

+32 16 37 34 32

3 Feedbackmoment (experten)

Leuven, 03 januari 2018

Bevestigingsfiche feedbackmoment BelRAI Revalidatie

Alle gegevens worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt, met respect voor uw privacy. Bij vragen kan u ons contacteren via bovenstaande gegevens.

Mijn naam is ……..……en

en op het feedbackmoment op 15 februari 2018

☐ wens ik ZOWEL om 13u de herhaling van de informatiesessie van 08.09.2017 te volgen, ALSOOK aan het aansluitende feedbackmoment deel te nemen*).

☐ wens ik enkel deel te nemen aan het feedbackmoment vanaf ca. 14u*).

☐ kan ik niet aanwezig zijn, maar wens feedback te geven op de eerste versie van het BelRAI Revalidatie instrument.

** exacte agenda wordt samen met de herinneringsmailing bezorgd*

Ik ben……(*discipline en/of specialisatie*) en ben verbonden aan……(*instelling*).

Ik ben te contacteren via (e-mail, telefoonnummer, adres, provincie)

E-mailadres: Telefoonnummer: Adres: Provincie:

Datum en handtekening

Alvast bedankt bij voorbaat voor het invullen van deze fiche.

Mede namens Prof. dr. Dominique Van de Velde (UGent) en

Prof. dr. Anja Declercq (LUCAS KU Leuven)

Hoogachtend,

Jasmine Van Regenmortel, wetenschappelijk medewerker

Enkel voor professionals die noch hebben deelgenomen aan de informatiesessie (8 september 2017) noch aan een focusgroep

Ik was voor de start van het onderzoek reeds gekend met de ICF:

☐ Ja

☐ Nee

Ik werk reeds met de ICF in mijn dagelijkse praktijk:

☐ Ja

☐ Nee

Ik was voor de start van het onderzoek reeds gekend met de BelRAI:

☐ Ja

☐ Nee

Wijze waarop u dit onderzoek leerde kennen

☐ Persoonlijke uitnodiging
☐ Collega heeft me aangesproken
☐ Collega heeft mijn gegevens aan u bezorgd
☐ Andere (gelieve bij 'Opmerkingen' te vermelden)

Opmerkingen

Datum en handtekening

Alvast bedankt bij voorbaat!

Mede namens Prof. dr. Dominique Van de Velde (UGent) en

Prof. dr. Anja Declercq (LUCAS KU Leuven)

Hoogachtend,

Jasmine Van Regenmortel,

wetenschappelijk medewerker

Bijlage 8: Leiddraad focusgroepen aan cliënten

Welkom

Situering van het onderzoek.

Kennismakingsronde

Kleine voorstelling door elke deelnemer

Opwarmer: associatie oefening

Waar denken jullie aan als ik revalidatie zeg?

Kernvragen

- Wat moet men van jullie weten om de revalidatie te kunnen starten?
- Welke informatie over jezelf hebben beroepsbehoefenaars aan jullie gevraagd?
- Is er informatie over jezelf die men niet heeft gevraagd, maar die jullie wel had willen delen?
    - En omgekeerd, heb jullie informatie over jezelf gedeeld die je (achteraf) eigenlijk niet had willen delen?
- Is er informatie over jezelf die jullie verschillende malen hebben moeten herhalen?
    - Is er informatie over jezelf die aan jullie gevraagd is, die je liever rechtstreeks tussen beroepsbehoefenaars had willen zien uitgewisseld worden (zonder jou daarin te bevragen)?
        - Indien ja, op welke manier?
        - Indien nee, waarom niet?
    - Is er informatie over jezelf aan jullie waarvan je liever had gehad dat iemand uit je naaste omgeving deze invulde?
        - Of juist niet invulde
    - …dat een instantie of organisatie deze informatie gaf aan je beroepsbehoefenaars
        - Of juist niet gaf?
- Zijn er zaken die niet in kaart worden gebracht die eigenlijk gemist worden?
- In eerdere groepen/interviews hebben we gehoord dat…

Afsluiting

- Samenvatting van de foscusgroep
- Bedanking en afronding van de focusgroep

Steunpunt WVG

Minderbroedersstraat 8

B-3000 Leuven

+32 16 37 34 32

Bijlage 9: Demografische fiches

1 Cliënten focusgroepen

Demografische fiche voor de beschrijving van deelnemers aan de focusgroep

Hartelijk voor uw deelname aan de focusgroep. Om een beeld te krijgen van het profiel van de deelnemers zou wij het appreciëren dat u deze vragenlijst invult. Door deze vragenlijst in te vullen, stemt u in met de deelname van het onderzoek.

Alle gegevens worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt, met respect voor uw privacy. Uw antwoorden worden samengevoegd op groepsniveau zodat individuele deelnemers niet geïdentificeerd kunnen worden. Bij vragen kan u ons steeds contacteren (zie bovenstaande gegevens).

Voor de kwaliteit van de studie is het belangrijk dat u alle vragen beantwoordt. Er zijn geen foute of juiste antwoorden.

1. Geslacht

Ik ben…

☐ vrouw

☐ man

☐ ander

2. Leeftijd

Mijn huidige leeftijd bevindt zich tussen…

☐ 15-19 jaar

☐ 20-29 jaar

☐ 30-39 jaar

☐ 40-49 jaar

☐ 50-59 jaar

☐ 60-65 jaar

3. Woonplaats

Ik woon momenteel in…

☐ West-Vlaanderen

☐ Oost- Vlaanderen

☐ Antwerpen

☐ Limburg

☐ Vlaams-Brabant

☐ Waals Brabant

☐ Waals Gewest

☐ Brussels Hoofdstedelijk Gewest

3.1 Voor deelnemers die momenteel revalidatie volgen (ga anders naar 3.2).

Ik moet omwille van mijn revalidatie verhuizen.

☐ Ja ☐ Neen (ga naar 4)

3.2 Voor deelnemers die momenteel geen revalidatie meer volgen.

Ik ben omwille van mijn revalidatie moeten verhuizen.

☐ Ja ☐ Neen

4. Reden voor revalidatie

De *reden voor mijn laatste revalidatie was*, was een

☐ Aangeboren aandoening.

Dit is een aandoening die ik reeds van bij de geboorte heb en/of genetisch is. Denk hierbij aan een visueel probleem of gehoorprobleem *vastgesteld bij de geboorte*.

Deze aangeboren aandoening, heb ik van…

☐ kinderleeftijd en/of adolescentie

☐ volwassen leeftijd

☐ Verworven/ niet-aangeboren.

Dit is een aandoening die ik door een acuut voorval, complicatie na een ingreep of ongeval heb gekregen. Denk hierbij aan een niet-aangeboren hersenletsel zoals een beroerte, blindheid/ slechtziendheid of gehoorproblemen *na een ongeval of andere oorzaak*, dwarslaesie (ruggenmergletsel), amputatie

☐ Graag uw aandoening specifiëren a.u.b.:

……
……

5. Opleidingsniveau

Mijn hoogste opleidingsniveau is…

☐ lagere school.

☐ middelbaar onderwijs.

☐ hoger beroepsonderwijs / hbo5

☐ bachelor / gegradueerde.

☐ master / licentiaat

☐ doctoraat.

☐ andere, specifieer a.u.b.: ……

Deze is dezelfde als voor mijn revalidatie.

☐ Ja

☐ Nee, ik heb mij moeten herscholen/heroriënteren omwille van mijn aandoening.

☐ Nee, ik heb me om andere redenen herschoold.

6. Arbeidssituatie

Voor deelnemers die momenteel revalidatie volgen (ga anders naar 6.2).

6.1.1 Ik ben tewerkgesteld geweest voor de revalidatie.

☐ Ja

☐ Nee

6.1.2 Mijn arbeid(situatie) is na de revalidatie…

☐ dezelfde als voor mijn revalidatie.

☐ anders dan voor mijn revalidatie

Dit is het geval omdat:

☐ ik, zelfs met revalidatie, niet meer kan werken.

☐ ik kan werken, maar niet meer dezelfde job kan uitvoeren.

☐ andere reden, namelijk: ----------

☐ Ik weet het niet

Voor deelnemers die geen revalidatie meer volgen.

6.2.1 Ik was tewerkgesteld voor de revalidatie.

☐ Ja ☐ Nee

Ik ben van job moeten veranderen omwille van mijn aandoening.

☐ Ja ☐ Nee

6.2.2 Na de revalidatie….

☐ was ik tewerkgesteld bij dezelfde werkgever,

☐ in dezelfde functie/job zonder aanpassingen.

☐ in dezelfde functie/job met aanpassingen.

☐ in een andere functie/job zonder aanpassingen.

☐ in een andere functie/job met aanpassingen.

☐ was ik tewerkgesteld bij een andere werkgever, in een gelijkaardige functie/job als voor de revalidatie.

☐ was ik tewerkgesteld bij een andere werkgever, in een andere functie/job als voor de revalidatie.

7. Revalidatietraject

7.1 Ik heb revalidatie gekregen … (meerdere antwoordmogelijkheden mogelijk)

☐ op een revalidatie afdeling van een algemeen ziekenhuis (AZ).

☐ op de revalidatieafdeling van het universitair ziekenhuis (UZ).

☐ in een gespecialiseerd revalidatiecentrum.

☐ in een Centrum voor Ambulante Revalidatie (C.A.R.).

☐ andere: ----------

7.2 De totale duurtijd van mijn revalidatie was/is momenteel…

☐ < 3 maanden.

☐ 3- 6 maanden.

☐ 6-12 maanden.

☐ 12-18 maanden (1 jaar – 1,5 jaar).

☐ 18-24 maanden (1,5 jaar -2 jaar).

☐ langer dan 2 jaar.

8. Ondersteuning

Voor deelnemers die momenteel revalidatie volgen (ga anders naar 8.2).

Ik *kan* tijdens mijn revalidatie beroep doen op… (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ partner

☐ kinderen

☐ familie

☐ andere personen dan familie en professionele hulpverlening, graag verder specifiëren a.u.b:

De ondersteuning die ik krijg, heb ik nodig omwille van de aandoening waarvoor ik revalidatie krijg.

☐ Ja ☐ Nee

Hartelijk dank voor uw deelname!

Voor deelnemers die geen revalidatie meer volgen.

Ik *kan* de dag van vandaag beroep doen op… (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ partner

☐ kinderen

☐ familie

☐ professionele hulpverlening aan huis

☐ andere personen dan familie en professionele hulpverlening, graag verder specifiëren a.u.b:

De ondersteuning die ik krijg, heb ik nodig omwille van de aandoening waarvoor ik revalidatie krijg.

☐ Ja ☐ Nee

Hartelijk dank voor uw deelname!

Steunpunt WVG

Minderbroedersstraat 8

B-3000 Leuven

2 Experten focusgroepen

Demografische fiche voor de beschrijving van deelnemers aan de focusgroep

Hartelijk voor uw deelname aan de focusgroep. Om een beeld te krijgen van het profiel van de deelnemers zou wij het appreciëren dat u deze vragenlijst invult. Door deze vragenlijst in te vullen, stemt u in met de deelname van het onderzoek.

Alle gegevens worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt, met respect voor uw privacy. Uw antwoorden worden samengevoegd op groepsniveau zodat individuele deelnemers niet geïdentificeerd kunnen worden. Bij vragen kan u ons steeds contacteren (zie bovenstaande gegevens).

Voor de kwaliteit van de studie is het belangrijk dat u alle vragen beantwoordt. Er zijn geen foute of juiste antwoorden.

1. Geslacht

Ik ben…

☐ vrouw

☐ man

☐ ander

2. Zorginstelling

De voorziening waarbinnen ik werk wordt …

☐ door de federaal overheid gefinancierd.

☐ momenteel door de federale overheid gefinancierd. De zesde staatshervorming maakt dat de instelling in de toekomst door de Vlaamse overheid gefinancierd zal worden.

☐ door de Vlaamse overheid gefinancierd.

☐ ik weet het niet.

☐ andere: ……

3. Zorginstelling lokalisatie

Mijn instelling bevindt zich in…

☐ West-Vlaanderen
☐ Oost- Vlaanderen
☐ Antwerpen
☐ Limburg
☐ Vlaams-Brabant
☐ Waals Brabant
☐ Waals Gewest
☐ Brussels Hoofdstedelijk Gewest

4. Opleiding en tewerkstelling

Ik ben van basisopleiding…

☐ sociaal werker
☐ kinesitherapeut
☐ verpleegkundige
☐ psycholoog
☐ ergotherapeut
☐ logopedist
☐ bandagist
☐ diëtist
☐ audioloog

☐ arts, graag specifiëren a.u.b.: ……

☐ ander: …….

Ik werk momenteel…

☐ in een functie op basis van mijn opleiding, eventueel met een bijkomende specialisatie/opleiding

☐ als hoofd van de afdeling of andere leidinggevende functie

☐ binnen het middenkader anders dan diensthoofd (zorgmanager, kwaliteitscoördinator, …)

☐ binnen het directiecomité

☐ andere: …….

Ik werk binnen de revalidatie instelling…

☐ voltijds -> ik werk …… uren per week

☐ deeltijds, meer specifiek

☐ 80% of meer (maar minder dan deeltijds) -> ik werk ……. uren per week

☐ tussen de 50% en 79% -> ik werk …… uren per week

☐ tussen 20% en 49% -> werk …. uren per week

☐ minder dan 20% -> ik werk … uren per week

Binnen de gezondheidszorg heb ik in totaal…. jaren ervaring

☐ < 1 jaar
☐ 1-2 jaar
☐ 3- 5 jaar
☐ 6-10 jaar
☐ 11-15 jaar
☐ 16-20 jaar
☐ 21-25 jaar
☐ +25 jaar

Hiervan werk ik … jaren binnen de revalidatiesector
(eventueel bij verschillende werkgevers/ zorginstellingen)

☐ < 1 jaar
☐ 1- 2 jaar
☐ 3- 5 jaar
☐ 6-10 jaar
☐ 11-15 jaar
☐ 16-20 jaar
☐ 21-25 jaar
☐ +25 jaar

5. Leeftijd

Mijn leeftijd bevindt zich tussen…

☐ 15-19 jaar
☐ 20-29 jaar
☐ 30-39 jaar
☐ 40-49 jaar
☐ 50-59 jaar
☐ 60-65 jaar

Alvast bedankt!

Bijlage 10: Leiddraad focusgroepen aan experten

Welkom

Situering van het onderzoek.

Kennismakingsronde

Kleine voorstelling door elke deelnemer

Opwarmer: associatie oefening

Waar denken jullie aan als ik revalidatie zeg?

Kernvragen

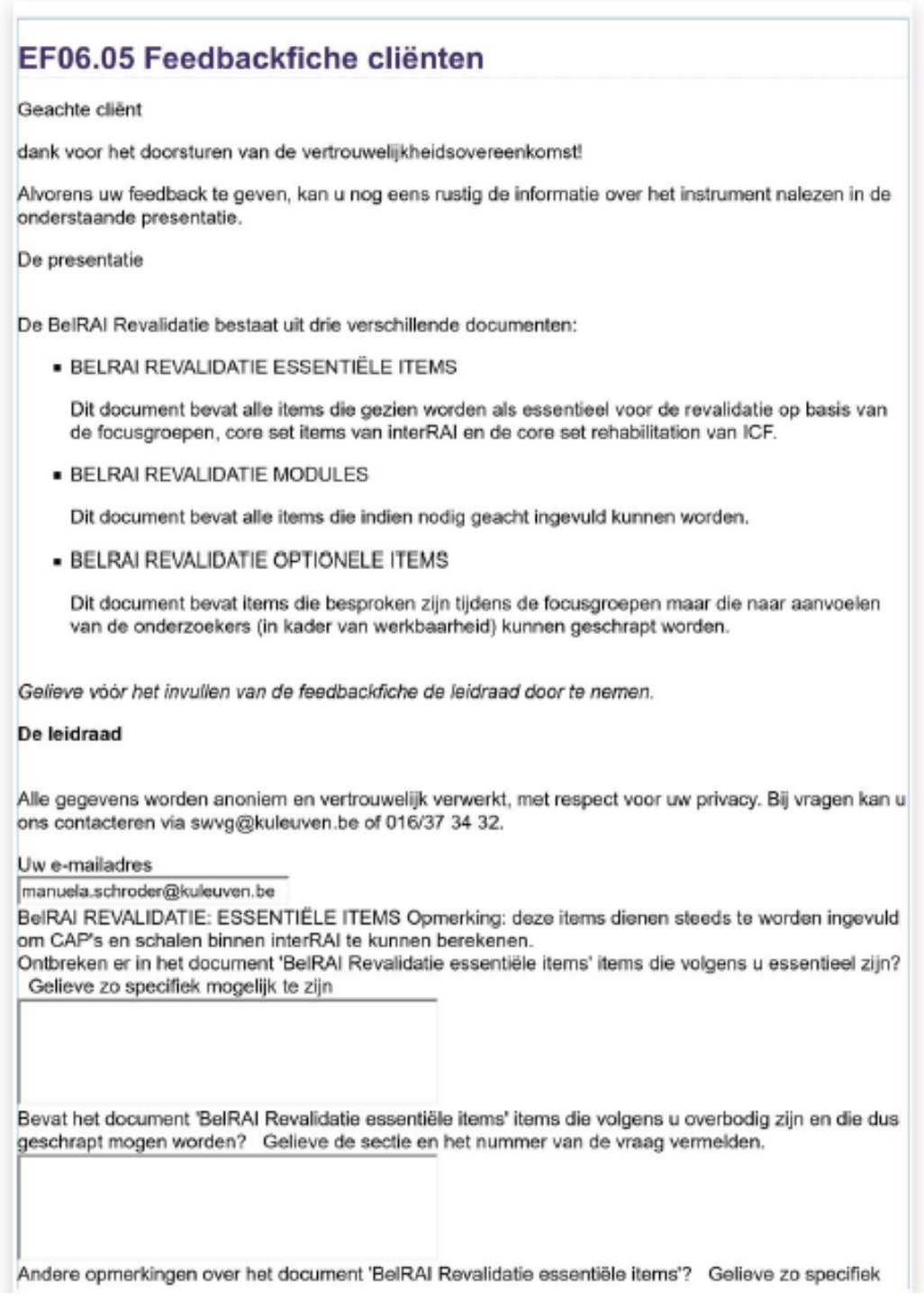
- Wat moeten jullie weten om de revalidatie te kunnen starten?
- Zijn er zaken die niet in kaart worden gebracht die eigenlijk gemist worden?
    - Prioritaire gegevens?
- Welke informatie zouden jullie graag van andere collega's uit de zorg ontvangen?
    - Idem andere sector?
    - Heb je die nodig om kwaliteitsvolle zorg te verlenen (need to know)? Of zouden ze handig zijn (nice to know)
- Welke informatie zouden jullie graag met andere collega's uit de zorg delen?
    - Idem andere sector?
    - Heb je die nodig om kwaliteitsvolle zorg te verlenen (need to know)? Of zouden ze handig zijn (nice to know)
- In eerdere groepen hebben we gehoord dat…
- Is de ICF door jullie gekend?
    - Wat vindt jullie er van (+ / -)
- Wordt de ICF gebruikt door jullie in de praktijk?
    - Zo ja, op welke manier?
        - (Referentiekader? Tot codeniveau? Core sets? (rehabilitation core set)
    - Zo nee, waarom niet? Welke barrières ervaren jullie en jullie team?
    - Kennen jullie collega's die ook wel/niet met ICF werken?
        - Op dezelfde manier als jullie of anders

Afsluiting

- Samenvatting van de focusgroep
- Bedanking en afronding van de focusgroep

Bijlage 11: Feedbackfiche en demografische fiche

1 Cliënten



EF06.05 Feedbackfiche cliënten

Geachte cliënt

dank voor het doorsturen van de vertrouwelijkheidsovereenkomst!

Alvorens uw feedback te geven, kan u nog eens rustig de informatie over het instrument nalezen in de onderstaande presentatie.

De presentatie

De BelRAI Revalidatie bestaat uit drie verschillende documenten:

- BELRAI REVALIDATIE ESSENTIËLE ITEMS

  Dit document bevat alle items die gezien worden als essentieel voor de revalidatie op basis van de focusgroepen, core set items van interRAI en de core set rehabilitation van ICF.

- BELRAI REVALIDATIE MODULES

  Dit document bevat alle items die indien nodig geacht ingevuld kunnen worden.

- BELRAI REVALIDATIE OPTIONELE ITEMS

  Dit document bevat items die besproken zijn tijdens de focusgroepen maar die naar aanvoelen van de onderzoekers (in kader van werkbaarheid) kunnen geschrapt worden.

Gelieve vóór het invullen van de feedbackfiche de leidraad door te nemen.

De leidraad

Alle gegevens worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt, met respect voor uw privacy. Bij vragen kan u ons contacteren via swvg@kuleuven.be of 016/37 34 32.

Uw e-mailadres

manuela.schroder@kuleuven.be

BelRAI REVALIDATIE: ESSENTIËLE ITEMS Opmerking: deze items dienen steeds te worden ingevuld om CAP's en schalen binnen interRAI te kunnen berekenen.
Ontbreken er in het document 'BelRAI Revalidatie essentiële items' items die volgens u essentieel zijn? Gelieve zo specifiek mogelijk te zijn

Bevat het document 'BelRAI Revalidatie essentiële items' items die volgens u overbodig zijn en die dus geschrapt mogen worden? Gelieve de sectie en het nummer van de vraag vermelden.

Andere opmerkingen over het document 'BelRAI Revalidatie essentiële items'? Gelieve zo specifiek

mogelijk te zijn

BelRAI REVALIDATIE: MODULES Opmerking: deze items dienen ter ondersteuning van specifieke revalidatiesettings en doelgroepen en kunnen vrijblijvend worden ingevuld.
Ontbreken er in het document 'BelRAI Revalidatie Modules' items die volgens u essentieel zijn? Gelieve zo specifiek mogelijk te zijn

Bevat het document 'BelRAI Revalidatie modules' items die volgens u overbodig zijn en die dus geschrapt mogen worden? Gelieve de sectie en het nummer van de vraag vermelden.

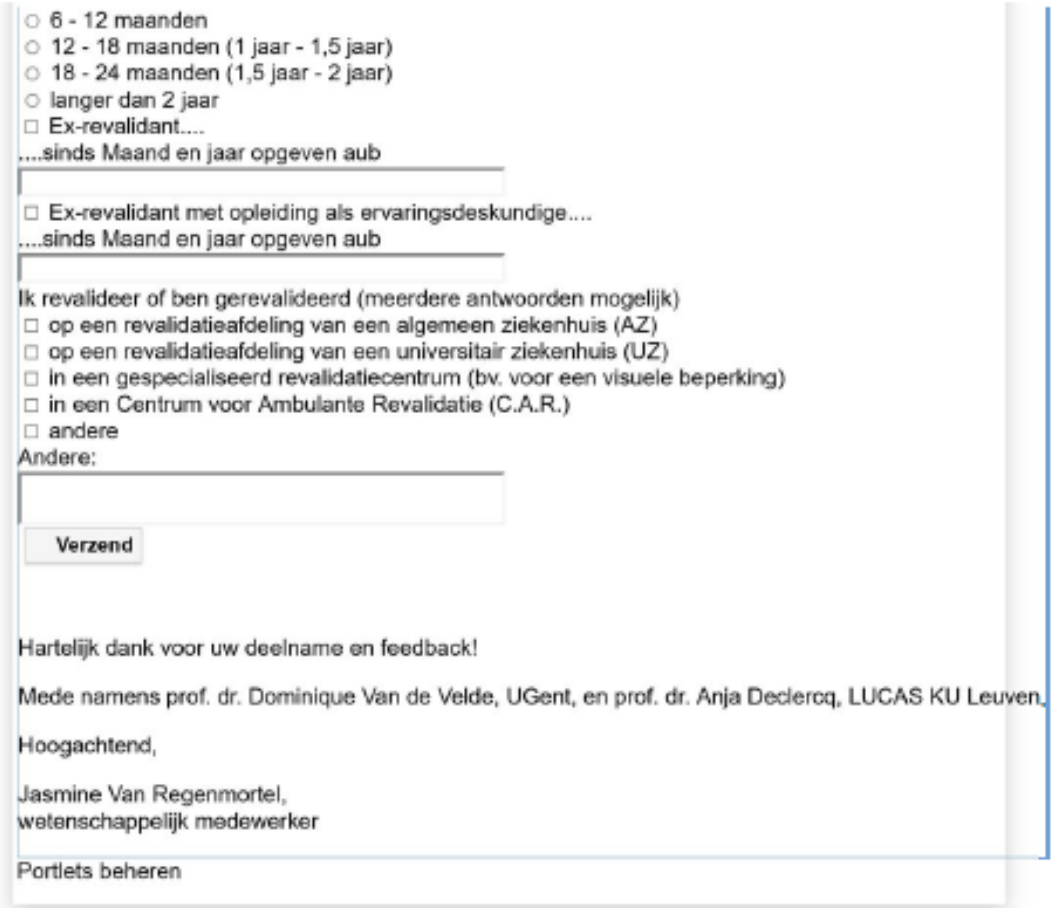
Andere opmerkingen over het document 'BelRAI Revalidatie modules'? Gelieve zo specifiek mogelijk te zijn

BelRAI REVALIDATIE: OPTIONELE ITEMS Opmerking: deze items behoren heden niet tot de BelRAI Revalidatie en worden geschrapt als item in het kader van de werkbaarheid.
Bevat het document 'BelRAI Revalidatie optionele items' items die volgens u essentieel zijn? Gelieve zo specifiek mogelijk te zijn

Andere opmerkingen over het document 'BelRAI Revalidatie optionele items'? Gelieve zo specifiek mogelijk te zijn

TOELICHTING BIJ DEZE FEEDBACK
Waar nodig, geef ik graag toelichting bij deze feedback. Gelieve mij te contacteren via

PERSOONLIJKE GEGEVENS CLIËNTEN Om een beeld te krijgen van het profiel van de deelnemers zouden wij het zeer appreciëren, mocht u ook onderstaande demografische fiche invullen.
Ik ben: (Revalidant, ex-revalidant of ex-revalidant met opleiding als ervaringsdeskundige)
☐ Revalidant
Momenteel ben ik opgenomen in een revalidatiecentrum of krijg ik ambulante revalidatie. De totale duur van mijn revalidatie bedraagt momenteel:
○ < 3 maanden
○ 3 - 6 maanden



○ 6 - 12 maanden
○ 12 - 18 maanden (1 jaar - 1,5 jaar)
○ 18 - 24 maanden (1,5 jaar - 2 jaar)
○ langer dan 2 jaar
□ Ex-revalidant....
....sinds Maand en jaar opgeven aub

□ Ex-revalidant met opleiding als ervaringsdeskundige....
....sinds Maand en jaar opgeven aub

Ik revalideer of ben gerevalideerd (meerdere antwoorden mogelijk)
□ op een revalidatieafdeling van een algemeen ziekenhuis (AZ)
□ op een revalidatieafdeling van een universitair ziekenhuis (UZ)
□ in een gespecialiseerd revalidatiecentrum (bv. voor een visuele beperking)
□ in een Centrum voor Ambulante Revalidatie (C.A.R.)
□ andere
Andere:

Verzend

Hartelijk dank voor uw deelname en feedback!

Mede namens prof. dr. Dominique Van de Velde, UGent, en prof. dr. Anja Declercq, LUCAS KU Leuven,

Hoogachtend,

Jasmine Van Regenmortel,
wetenschappelijk medewerker

Portlets beheren

2 Experten

EF 06.05 Feedbackfiche professional

dank voor het doorsturen van de vertrouwelijkheidsovereenkomst!

Alvorens uw feedback te geven, kan u nog eens rustig de informatie over het instrument nalezen in de onderstaande presentatie en het verslag van het feedbackmoment.

De presentatie
Het verslag

De BelRAI Revalidatie bestaat uit drie verschillende documenten:

- BELRAI REVALIDATIE ESSENTIËLE ITEMS

  Dit document bevat alle items die gezien worden als essentieel voor de revalidatie op basis van de focusgroepen, core set items van interRAI en de core set rehabilitation van ICF.

- BELRAI REVALIDATIE MODULES

  Dit document bevat alle items die indien nodig geacht ingevuld kunnen worden.

- BELRAI REVALIDATIE OPTIONELE ITEMS

  Dit document bevat items die besproken zijn tijdens de focusgroepen maar die naar aanvoelen van de onderzoekers (in kader van werkbaarheid) kunnen geschrapt worden.

Gelieve vóór het invullen van de feedbackfiche de leidraad door te nemen.

De leidraad

Alle gegevens worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt, met respect voor uw privacy. Bij vragen kan u ons contacteren via swvg@kuleuven.be of 016/37 34 32.

Uw e-mailadres

BelRAI REVALIDATIE: ESSENTIËLE ITEMS Opmerking: deze items dienen steeds te worden ingevuld om CAP's en schalen binnen interRAI te kunnen berekenen
Ontbreken er in het document 'BelRAI Revalidatie essentiële items' items die volgens u essentieel zijn?
Gelieve zo specifiek mogelijk te zijn

Bevat het document 'BelRAI Revalidatie essentiële items' items die volgens u overbodig zijn en die dus geschrapt mogen worden? Of naar een module moeten verplaatst worden? Gelieve de sectie en het nummer van de vraag vermelden.

Andere opmerkingen over het document 'BelRAI Revalidatie essentiële items'? Gelieve zo specifiek mogelijk te zijn

BelRAI REVALIDATIE: MODULES Opmerking: deze items dienen ter ondersteuning van specifieke revalidatiesettings en doelgroepen en kunnen vrijblijvend worden ingevuld.
Ontbreken er in het document 'BelRAI Revalidatie Modules' items die volgens u toegevoegd moeten worden? Gelieve zo specifiek mogelijk te zijn

Bevat het document 'BelRAI Revalidatie modules' items die volgens u overbodig zijn en die dus geschrapt mogen worden? Gelieve de sectie en het nummer van de vraag vermelden.

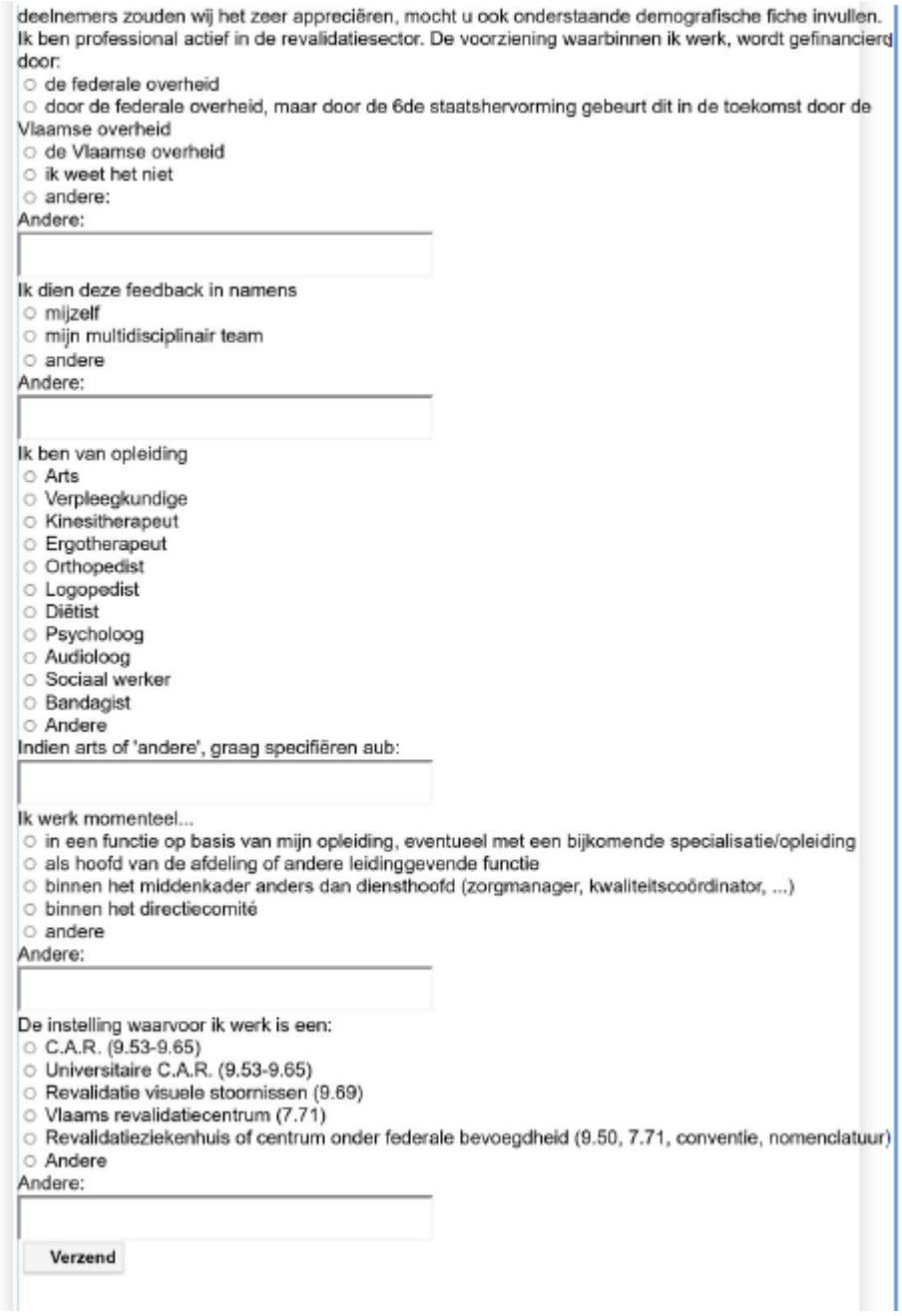
Andere opmerkingen over het document 'BelRAI Revalidatie modules'? Gelieve zo specifiek mogelijk te zijn

BelRAI REVALIDATIE: OPTIONELE ITEMS Opmerking: deze items behoren heden niet tot de BelRAI Revalidatie en worden geschrapt als item in het kader van de werkbaarheid.
Bevat het document 'BelRAI Revalidatie optionele items' items die volgens u essentieel zijn? Of items die naar een module moeten verplaatst worden? Gelieve de sectie en het nummer van de vraag te vermelden.

Andere opmerkingen over het document 'BelRAI Revalidatie optionele items'? Gelieve zo specifiek mogelijk te zijn

TOELICHTING BIJ DEZE FEEDBACK
Waar nodig, geef ik graag toelichting bij deze feedback. Gelieve mij te contacteren via

PERSOONLIJKE GEGEVENS PROFESSIONAL Om een beeld te krijgen van het profiel van de



deelnemers zouden wij het zeer appreciëren, mocht u ook onderstaande demografische fiche invullen.
Ik ben professional actief in de revalidatiesector. De voorziening waarbinnen ik werk, wordt gefinancierd door:
- de federale overheid
- door de federale overheid, maar door de 6de staatshervorming gebeurt dit in de toekomst door de Vlaamse overheid
- de Vlaamse overheid
- ik weet het niet
- andere:

Andere:

Ik dien deze feedback in namens
- mijzelf
- mijn multidisciplinair team
- andere

Andere:

Ik ben van opleiding
- Arts
- Verpleegkundige
- Kinesitherapeut
- Ergotherapeut
- Orthopedist
- Logopedist
- Diëtist
- Psycholoog
- Audioloog
- Sociaal werker
- Bandagist
- Andere

Indien arts of 'andere', graag specifiëren aub:

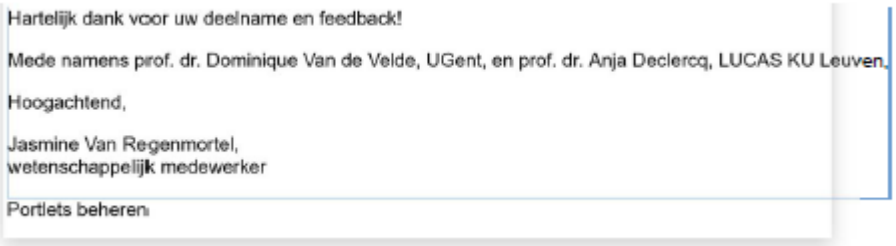
Ik werk momenteel...
- in een functie op basis van mijn opleiding, eventueel met een bijkomende specialisatie/opleiding
- als hoofd van de afdeling of andere leidinggevende functie
- binnen het middenkader anders dan diensthoofd (zorgmanager, kwaliteitscoördinator, ...)
- binnen het directiecomité
- andere

Andere:

De instelling waarvoor ik werk is een:
- C.A.R. (9.53-9.65)
- Universitaire C.A.R. (9.53-9.65)
- Revalidatie visuele stoornissen (9.69)
- Vlaams revalidatiecentrum (7.71)
- Revalidatieziekenhuis of centrum onder federale bevoegdheid (9.50, 7.71, conventie, nomenclatuur)
- Andere

Andere:

Verzend



Hartelijk dank voor uw deelname en feedback!

Mede namens prof. dr. Dominique Van de Velde, UGent, en prof. dr. Anja Declercq, LUCAS KU Leuven.

Hoogachtend,

Jasmine Van Regenmortel,
wetenschappelijk medewerker

Portlets beheren

Bijlage 12: BelRAI Revalidatie formulier

CODEER VOOR DE LAATSTE 3 DAGEN TENZIJ ANDERS AANGEGEVEN

Inhoud

BelRAI 2.0

Sectie A: Persoonlijke gegevens

Sectie B: Intake en voorgeschiedenis

☐ Module 0: Voor de niet-ambulante revalidatie

Sectie C: Cognitie

☐ Module 1: Uitbreiding cognitie

☐ Module 2: Uitbreiding IQ

☐ Module 3: Uitbreiding: neurocognitief, motorische en sensorisch domein

Sectie D: Communicatie, visus en gehoor

☐ Module 4: Uitbreiding communicatie

Sectie E: Stemming en gedrag

☐ Module 5: Uitbreiding geweld

Sectie F: Psychologisch welzijn

☐ Module 6: Uitbreiding psychologisch welzijn

☐ Module 7: Uitbreiding: stress en trauma

Sectie G: Algemeen dagdagelijks functioneren

☐ Module 8: Uitbreiding algemeen dagdagelijks functioneren

☐ Module 9: Uitbreiding algemeen dagdagelijks functioneren: ICT, technologie en bijhorende vaardigheden

Sectie H: Continentie

Sectie I: Ziektebeelden

Sectie J: Gezondheidstoestand

Sectie K: Toestand van mond en voeding

Sectie L: Conditie van de huid

Sectie M: Geneesmiddelen

Sectie N: Behandelingen en procedures

☐ Module 11: Behandeling en procedures: uitbreiding

Sectie O: Mantelzorg en steun

Sectie P: Beoordeling van de leefomgeving

- ☐ Module 13: Uitbreiding: Beoordeling van de leefomgeving

Sectie Q: Gezinssituatie

Sectie R: Productiviteit, opleiding en inkomsten

- ☐ Module 14: Uitbreiding productiviteit, opleiding en inkomsten
- ☐ Module 15: Bijzonder onderwijs
- ☐ Module 16: Uitbreiding curriculum vitae

Sectie S: Dagbesteding anders dan productiviteit: sport, vrije tijd en relaties

☐ Module T: Verantwoordelijkheid en wilsverklaringen

☐ Module U: Seksualiteit

Sectie V: Ontslaginformatie

Sectie W: Beoordelingsinformatie

BelRAI 2.0

1. **NAAM**

   Voornaam:

   Initialen:

   Familienaam:

2. **IDENTIFICATIE VAN DE PERSOON**

   Rijksregisternummer: ☐☐. ☐☐. ☐☐ – ☐☐☐. ☐☐

3. **GESLACHT**

   1 Man
   2 Vrouw

4. **GEBOORTEDATUM**

   ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

   Dag Maand Jaar

5. **COÖRDINATEN VAN DE ORGANISATIE**

   a. Naam en adres:

   b. Afdelingsnummer:
   c. Ziekenhuis:

   d. Afdeling:

6. **CONTACTEN**

   a. Huisarts:
   b. Telefoonnummer van de huisarts:
   c. Contactpersoon buiten de organisatie:
   d. Treating doctor
      a. Verwijzende arts:
      b. Behandelnde arts waar verslag naar verstuurd kan worden:

7. **POSTCODE VAN DE GEBRUIKELIJKE WOONOMGEVING**

   B-☐☐☐☐

Sectie A: Persoonlijke gegevens

1. **BURGERLIJKE STAAT**

1	Nooit gehuwd
2	Gehuwd
3	Samenwonend met partner
4	Weduwe/weduwnaar
5	Feitelijk gescheiden
6	Wettelijk gescheiden

2. **REDEN VOOR BEOORDELING**

1	Opnamebeoordeling
2	Routinematige herbeoordeling
3	Terugkeerbeoordeling
4	Beoordeling wegens een significante toestandsverandering
5	Ontslagbeoordeling over de laatste 3 dagen (van de zorgverlening)
6	Ontslagbeoordeling enkel voor het volgen van de persoon

3. **BEOORDELINGSREFERENTIE DATUM**

☐☐ – ☐☐ – [2][0] ☐☐

Dag Maand Jaar

4. **VERBLIJF PLAATS OP HET TIJDSTIP VAN BEOORDELING**

1	Woning, appartement of studio (eigen of gehuurd, alleen of met anderen)
2	Woning van (de) kind(eren)
3	Woning van een verwant persoon (niet van kind(eren))
4	Serviceflat, aanleunwoning of kangoeroewoning
5	Psychosociaal revalidatiecentrum
6	Revalidatiecentrum voor verslaving
7	(Loco-)motorisch, respiratoir of neurologisch revalidatiecentrum of SP-dienst
8	Medisch-pedagogische instelling (MPI), orthopedagogische instelling of instelling voor verstandelijk gehandicapten
9	Afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis
10	Revalidatieconventie verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis
11	Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
12	Palliatieve dienst van een algemeen ziekenhuis of palliatief centrum
13	Andere afdeling van een algemeen ziekenhuis
14	Initiatief voor Beschut Wonen
15	Beschermd wonen voor personen met een handicap
16	Psychiatrisch verzorgingstehuis
17	Rusthuis of bejaardentehuis (ROB-bed)
18	Woon- en zorgcentrum (WZC), rust- en verzorgingstehuis (RVT) of bejaardentehuis (RVT-bed)
19	Hersteloord
20	Kortverblijf

21 Penitentiaire instelling
22 Klooster
23 Thuisloos of dakloos
24 Emergency unit/service
26 Ziekenhuis (ander dan huidig ziekenhuis)
27 Acute care hospital (return expected)WOONSITUATIE

5. **WOONSITUATIE**

Woont

1 Alleenwonend
2 Samenwonend met echtgeno(o)t(e) of partner
3 Samenwonend met echtgeno(o)t(e) of partner en ander(en)
4 Samenwonend met kind(eren)
5 Samenwonend met ouder(s) of voogd(en)
6 Samenwonend met broer(s) of zus(sen)
7 Samenwonend met andere verwant(e)(n)
8 Samenwonend met niet-verwant(e)(n)

6. **TIJD SINDS LAATSTE ZIEKENHUISVERBLIJF**

Codeer de laatste keer in de LAATSTE 90 DAGEN

0 Geen ziekenhuisopname in de laatste 90 dagen
1 31 tot 90 dagen geleden
2 15 tot 30 dagen geleden
3 8 tot 14 dagen geleden
4 In de laatste 7 dagen
5 Nu in het ziekenhuis

7. **DATUM WAAROP REVALIDATIE PROGRAMMA BEGON**

☐☐ – ☐☐ – [2][0] ☐☐
Dag Maand Jaar

8. **REVALIDATIEGOEDKEURING**

a. Conventie (residentieel of CAR)

☐ Afgekeurd

Goedgekeurd tot

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
Dag Maand Jaar

b. Nomenclatuurnummer (R – K)

☐ Afgekeurd

Goedgekeurd tot

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
Dag Maand Jaar

c. E-pathologie

☐ Afgekeurd

Goedgekeurd tot

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

Dag Maand Jaar

9. **DE PERSOON VERLANGT NAAR VERANDERING**

(wanneer hij/zij die vraag krijgt)

0 Nee

1 Ja

8 Kon of wilde niet antwoorden

a. ☐ Betaalde baan – bv. type, werkuren, loon

b. ☐ Recreatieve activiteiten – bv. type, aantal of niveau van deelname

c. ☐ Woonomstandigheden – bv. locatie, type, medebewoners

d. ☐ Dagelijkse routine – bv. eetpatroon, slaappatroon, outfit

e. ☐ Ondersteuning en dienstverlening – bv. programma's, personeel

f. ☐ Relaties – bv. vriendschappen opbouwen, bestaande relaties verbeteren

Sectie B: Intake en voorgeschiedenis

Vul deze sectie alleen in bij opname of bij de eerste beoordeling

1. **DATUM WAAROP DE CLIËNT IN DEZE ZORGORGANISATIE WERD OPGENOMEN**

☐☐ – ☐☐ – [2][0] ☐☐

Dag Maand Jaar

☐ Module 0: Voor de niet-ambulante revalidatie

I. DATE STAY BEGAN IN ACUTE CARE

Was there an acute care hospital stay immediately preceding this episode

0 Nee

1 Ja

☐☐ – ☐☐ – [2][0] ☐☐

Dag Maand Jaar

If item 2 scores is 0, ga dan naar vraag 4

II. DATE STAY BEGAN IN POST-ACUTE CARE

☐☐ – ☐☐ – [2][0] ☐☐

Dag Maand Jaar

2. **DOOR PERSOON AANGEGEVEN ZORG- EN BEHANDELDOELEN**

a. ☐ Leren en toepassen van kennis betreft het leren, het toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen.

b. ☐ Algemene taken en eisen: treft de algemene aspecten van het uitvoeren van enkelvoudige of meervoudige taken, de routinehandelingen en het omgaan met stress.

c. ☐ Communicatie: betreft algemene en specifieke aspecten van communicatie via taal, tekens en symbolen, inclusief het begrijpen en produceren van boodschappen, converseren, en het gebruiken van communicatieapparatuur en – technieken.

d. ☐ Mobiliteit: betreft het bewegen door het veranderen van lichaamshouding of van locatie, het van de ene plaats naar de andere gaan, dragen, verplaatsen en manipuleren van voorwerpen, lopen, rennen of klimmen, en door het gebruiken van verschillende vormen van transport.

e. ☐ Zelfverzorging: betreft voor zichzelf zorgen, zich wassen en afdrogen, zorgdragen voor lichaam en lichaamsdelen, zich aankleden, eten en drinken, en zorgdragen voor eigen gezondheid.

f. ☐ Huishouden: betreft het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en taken. Huishouden omvat het verwerven van woonruimte, eten, kleding en andere noodzakelijkheden, het schoonmaken en herstellen, het verzorgen van persoonlijke en andere huishoudelijke voorwerpen en het assisteren van andere personen.

g. ☐ Tussenmenselijke interacties en relaties: betreft het uitvoeren van acties en taken die nodig zijn voor basale en complexe interacties met personen (vreemden, vrienden, verwanten, familie, en geliefden), in overeenstemming met de context en cultuur.

h. ☐ Belangrijke levensgebieden: betreft het op zich nemen en uitvoeren van taken en acties in het kader van opleiding, werk en beroep en het uitvoeren van economische transacties.

i. ☐ Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven: betreft de acties en taken die nodig zijn om deel te nemen aan het georganiseerde maatschappelijke leven buiten de familie en in de maatschappij, de maatschappelijke en burgerlijke aspecten van het leven (WHO, 2001, 2018).

3. **VERWACHTINGEN VAN CLIENT ZIJN REALISTISCH**
   1 Ja
   0 Nee

4. **VERWACHTINGEN VAN FAMILIE ZIJN REALISTISCH**
   1 Ja
   0 Nee

Sectie C: Cognitie

1. **COGNITIEVE VAARDIGHEDEN VOOR DAGELIJKSE BESLUITVORMING**

   Het nemen van beslissingen over taken van het dagelijks leven - bv. wanneer opstaan of eten, welke kleren aantrekken, welke activiteiten uitvoeren

   0 **Zelfstandig**—Beslissingen zijn samenhangend, aanvaardbaar en veilig.
   1 **Gewijzigd zelfstandig**—Slechts in (nieuw)e situaties enige moeite.
   2 **Minimaal beperkt**—In specifieke, terugkerende situaties worden slechte of onveilige beslissingen genomen en dan zijn aanwijzingen of toezicht nodig.
   3 **Matig beperkt**—Beslissingen zijn voortdurend slecht of onveilig; altijd aanwijzingen of toezicht nodig.
   4 **Ernstig beperkt**—Neemt zelden of nooit beslissingen
   5 **Geen waarneembaar bewustzijn**, coma.
   [Ga verder met Sectie G].

2. **GEHEUGEN/HERINNERINGSVERMOGEN**

   Codeer in welke mate de cliënt zich aangeleerde of gekende zaken herinnert

   0 Geen probleem
   1 Probleem

   a. **Kortetermijngeheugen** – Schijnt/blijkt zich na 5 minuten nog te herinneren

   b. **Procedureel geheugen** - Kan (bijna) alle stappen van een reeks taken uitvoeren zonder aanwijzingen.

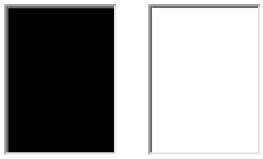
   c. **Situationeel geheugen -** Herkent naam/gezicht van zorgteamleden waarmee hij/zij veel te maken heeft EN kan vaak bezochte plaatsen lokaliseren.

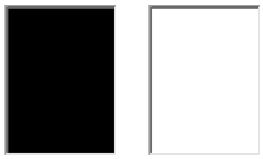
d.  **Langetermijngeheugen** – Schijnt of blijkt zich het verre verleden te herinneren.

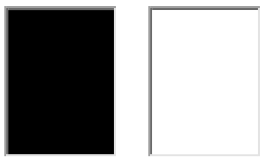
3. **PERIODIEK VERWARD DENKEN OF BEWUSTZIJN**

Let op: Accuraat beoordelen vereist praten met zorgverleners, familie of anderen met directe kennis van het gedrag van de cliënt in het genoemde tijdsbestek

0 Gedrag niet aanwezig
1 Gedrag aanwezig, niet anders dan gewoonlijk
2 Gedrag aanwezig EN lijkt anders dan gewoonlijk bv. plots begonnen of aan het verslechteren, anders dan enkele weken geleden.

a.  Gemakkelijk afgeleid—bv. heeft soms moeite de aandacht erbij te houden; dwaalt af.

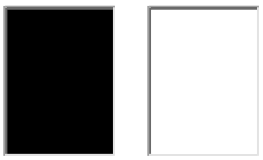
b.  Episoden van onsamenhangend praten—bv. kraamt onzinnige irrelevante dingen uit, springt van de hak op de tak, verliest gedachtegang.

c.  Geestelijk functioneren wisselt in loop van de dag—bv. soms beter, soms slechter.

4. **ACUTE VERANDERING IN GEESTELIJK FUNCTIONEREN TEN OPZICHTE VAN HET GEWONE FUNCTIONEREN**

(vb. rusteloosheid, lethargie, moeilijk te wekken, gewijzigde omgevingswaarneming)

0 Nee
1 Ja



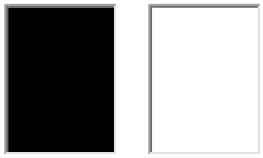
5. **VERANDERING IN BESLISBEKWAAMHEID TEN OPZICHTE VAN 90 DAGEN GELEDEN (OF SINDS LAATSTE BEOORDELING)**

0 Verbeterd
1 Niet veranderd
2 Verslechterd
8 Niet duidelijk



6. **VERWERKINGSSNELHEID**

0 GEEN probleem (geen, afwezig, verwaarloosbaar …) 0 - 4 %
1 LICHT probleem (gering, laag …) 5 - 24 %
2 MATIG probleem (tamelijk …) 25 - 49 %
3 ERNSTIG probleem (aanzienlijk, hoog, sterk…) 50 - 95 %
4 VOLLEDIG probleem (totaal …) 96 - 100 %
8 niet gespecificeerd
9 niet van toepassing

a.  **Denktempo**: Snelheid van het denkproces (WHO, 2001, 2018).

b.  **Wijze van denken**: Coherentie en logica van het denkproces.
Inclusie: ideationele perseveratie, oppervlakkigheid en breedvoerigheid (WHO, 2001, 2018).

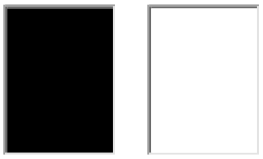
c.  **Inhoud van denkproces**: De ideeën die aanwezig zijn in het denkproces, dat wat geconceptualiseerd wordt.
Inclusie: stoornissen zoals bij delusies, overgewaardeerdedenkbeelden en somatisatie (WHO, 2001, 2018).

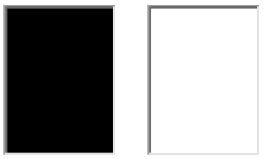
7. **AANDACHT EN CONCENTRATIE**

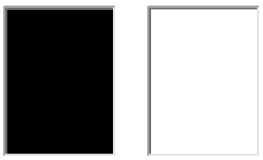
0 GEEN probleem (geen, afwezig, verwaarloosbaar …) 0 - 4 %
1 LICHT probleem (gering, laag …) 5 - 24 %
2 MATIG-probleem (tamelijk …) 25 - 49 %
3 ERNSTIG probleem (aanzienlijk, hoog, sterk…) 50 - 95 %
4 VOLLEDIG-probleem (totaal …) 96 - 100 %
8 niet gespecificeerd
9 niet van toepassing

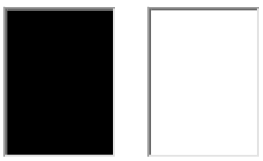
a.  **Aandacht**: Specifieke mentale functies gerelateerd aan het zich richten op een externe stimulus of een innerlijke ervaring gedurende de vereiste periode.
Inclusie: vasthouden van aandacht, veranderen van aandachtsgebied,verdelen van aandacht, en delen van aandacht; concentratie; afleidbaarheid

Exclusie: bewustzijn (b110); energie en driften (b130); slaap (b134); geheugen (b144); psychomotorische functies (b147); perceptie (b156) (WHO, 2001, 2018).

b.  **Vasthouden van aandacht**: Het in staat zijn om de concentratie gedurende de vereiste tijdsduur vol te houden (WHO, 2001, 2018).

c.  **Veranderen van aandachtsgebied:** Het in staat zijn om de aandacht te verplaatsen van de ene stimulus naar de andere (WHO, 2001, 2018).

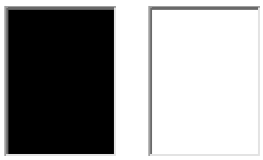
d.  **Verdelen van aandacht:** Het in staat zijn om de aandacht te richten op twee of meer stimuli tegelijkertijd (WHO, 2001, 2018).

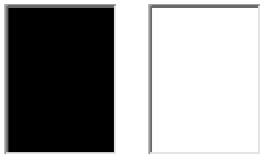
e.  **Delen van aandacht:** Het in staat zijn om met twee of meer mensen tegelijkertijd de aandacht te richten op dezelfde stimulus, zoals een kind en een zorgverlener die zich beide concentreren op een stuk speelgoed (WHO, 2001, 2018).

8. **EXECUTIVE FUNCTIONING - PROBLEM-SOLVING AND REASONING ABILITY**

Codering:

0 Adequate or better
1 Inadequate
8 Minimal or no evidence there of

a.  **Abstractie:** Het creëren van algemene ideeën, kwaliteiten of kenmerken van, en verschillend van, concrete realiteiten, specifieke objecten of actuele gebeurtenissen (WHO, 2001, 2018).

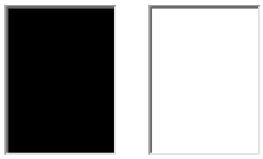
b.  **Organisatie en planning:** Het gecoördineerd samenvoegen van delen tot een geheel, het systematiseren; het ontwikkelen van een methode van handelen (WHO, 2001, 2018).

c. 

Tijdmanagement: Het ordenen van gebeurtenissen in een chronologische volgorde, het toewijzen van een bepaalde hoeveelheid tijd aan gebeurtenissen en activiteiten (WHO, 2001, 2018).

d. 

Cognitieve flexibiliteit: Het veranderen van strategieën, of het wijzigen van mentale sets, met name in verband met het oplossen van problemen (WHO, 2001, 2018).

e. 

Inzicht: Het zich bewust zijn en het begrijpen van zichzelf en van het eigen gedrag (WHO, 2001, 2018).

f. 

Beoordelingsvermogen: Mentale functies gerelateerd aan het onderscheiden en het beoordelen van verschillende opties, zoals relevant bij het zich vormen van een mening (WHO, 2001, 2018).

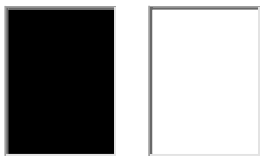
☐ Module 1: Uitbreiding cognitie

I. MATE VAN INZICHT IN DE AANDOENING

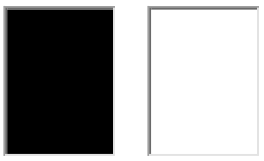
0 Volledig
1 Beperkt
2 Geen

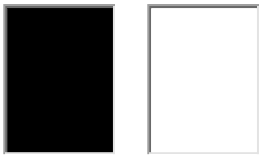
Bij 1 of 2, codeer of de capaciteiten worden

0 Overschatting
1 Onderschatting

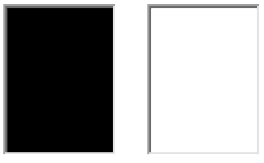


Inzicht eigen functioneren





Inzicht familie in het functioneren van de persoon



II. LEREN EN TOEPASSEN VAN KENNIS

Leren toepassen van kennis (in communicatiesituatie) en leervermogen (cognitieve capaciteiten)

0 GEEN beperking/participatieprobleem (geen, afwezig, verwaarloosbaar...) 0-4 %
1 LICHTE beperking/participatieprobleem (gering, laag …) 5-24 %
2 MATIGE beperking/participatieprobleem (tamelijk …) 25-49 %
3 ERNSTIGE beperking/participatieprobleem (aanzienlijk, hoog, sterk …) 50-95%
4 VOLLEDIGE beperking/participatieprobleem (totaal ...) 96-100%
8 niet gespecificeerde beperking/participatieprobleem
9 niet van toepassing

a. **Gadeslaan:** Doelbewust ervaren van visuele stimuli, zoals bij het gadeslaan van sportwedstrijden of kinderspel (WHO, 2001, 2018).

b. **Luisteren:** Doelbewust ervaren van auditieve stimuli, zoals bij luisteren naar radio, muziek of lezing (WHO, 2001, 2018).

c. **Doelbewust gebruiken van andere zintuigen:** Doelbewust ervaren van stimuli, zoals dingen en de structuur daarvan voelen, snoep proeven of de geur van bloemen (WHO, 2001, 2018).

d. **Nadoen:** Imiteren als basale component van leren, zoals een gebaar nadoen, een geluid of de letters van het (WHO, 2001, 2018).

e. **Herhalen:** Gebeurtenissen of symbolen in volgorde herhalen als basale component van leren, zoals het tellen per tiental of een gedicht uit het hoofd leren declameren (WHO, 2001, 2018).

f. **Ontwikkelen van vaardigheden**: Verwerven van en complexe vaardigheden in samenhangende acties of taken door volhardend aanleren, zoals het leren gebruiken van gereedschap of het leren spelen van een spel, bijvoorbeeld schaken.
Inclusie: ontwikkelen van basale vaardigheden; ontwikkelen van complexe vaardigheden (WHO, 2001, 2018).

g. **Richten van de aandacht:** Doelbewust focussen op specifieke stimuli, zoals door het onderdrukken van ruis (WHO, 2001, 2018).

h. **Denken:** Formuleren en bewerken van ideeën, concepten en denkbeelden, al dan niet doelgericht, alleen of samen met anderen, zoals fantaseren, theoretiseren, met ideeën spelen,brainstormen, mediteren, peinzen, speculeren, of nadenken. Exclusie: oplossen van problemen (d175); besluiten nemen (d177) (WHO, 2001, 2018).

i. **Oplossen van problemen:** Oplossingen vinden voor vragen of situaties door het identificeren en analyseren van vraagstukken, het ontwikkelen van opties en oplossingen, het evalueren van mogelijke effecten van oplossingen, en het uitvoeren van de gekozen oplossing, zoals het oplossen van een geschil tussen twee personen.
Inclusie: oplossen van eenvoudige problemen; oplossenvan complexe problemen
Exclusie: denken (d163); besluiten nemen (d177)
(WHO, 2001, 2018).

j. **Besluiten nemen:** Kiezen uit opties, de keuze uitvoeren, en de effecten van de keuze evalueren, zoals een specifiek voorwerp selecteren en verwerven, of besluiten tot- en daadwerkelijk uitvoeren van één taak uit verschillende uit te voeren taken.
Exclusie: denken (d163); oplossen van problemen (d175) (WHO, 2001, 2018)

☐ Module 2: Uitbreiding IQ

III. RESULTS FROM PRIOR TEST OF INTELLECTUAL FUNCTIONING

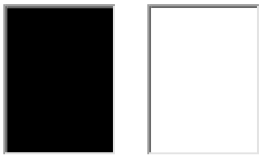
1 Very superior (IQ > 130)
2 Superior (IQ of 120–130)
3 Average (IQ of 90–119)
4 Low average (IQ of 80–89)
5 Borderline range (IQ of 70–79)
6 Extremely low range (IQ < 70)
8 Not documented

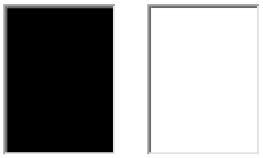
☐ Module 3: Uitbreiding: neurocognitief, motorische en sensorisch domein

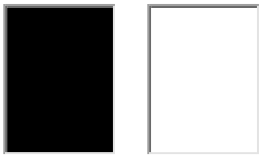
IV. FREQUENTIE VAN GEZONDHEIDSPROBLEMEN

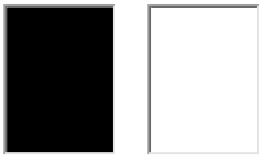
Codeer voor de laatste drie dagen

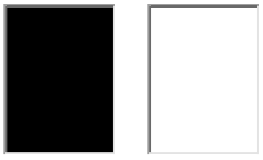
0 Afwezig
1 Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond
2 Op 1 van de laatste 3 dagen vertoond
3 Op 2 van de laatste 3 dagen vertoond
4 Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond

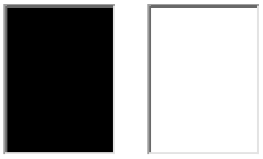
a.  **Epilepsy or seizure disorder** — Disorders of cerebral function that are characterized by sudden episodes of altered consciousness, sensory changes, motor activity, or inappropriate behaviour. May be focal (localized) or generalized.

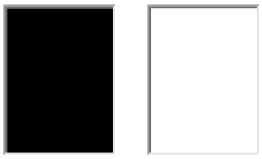
b.  Toevallen

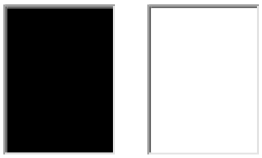
c.  Migratie

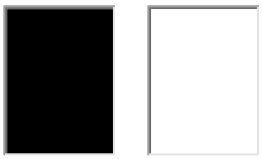
d.  Overmatig zweten

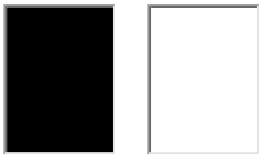
e.  Spieratrofie

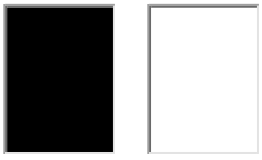
f.  **Limitation in range of motion**: Limitations that interfere with daily functioning or that place child / youth at risk of injury.

g.  **Afasie**: Een spraak- of taalstoornis die veroorzaakt wordt door ziekte of hersentrauma en leidt tot moeite met het uiten van gedachten (d.w.z. spreken, schrijven) of begrijpen van gesproken of geschreven taal.

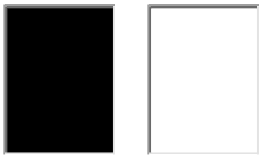
h.  **Oriëntatie** Algemene mentale functies gerelateerd aan het weten en inschatten van de relatie die men heeft met zichzelf, met andere personen, met tijd en met de omgeving.
Inclusie: oriëntatie in tijd, oriëntatie in plaats, en oriëntatie in persoon (eigen en andere personen) stoornissen zoals desoriëntatie in tijd, plaats en persoon (WHO, 2001, 2018).

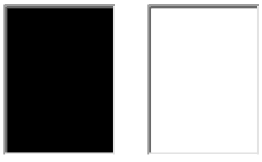
i.  Stimulusneglect

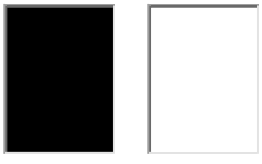
j.  Agnosie

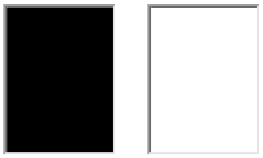
k.  Ataxie

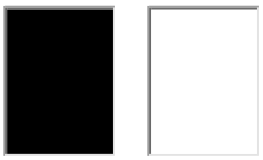
l.  Apraxie

m.  Ideomotorische apraxie (Lafosse, 2009, p. 147)

n.  Ideationele apraxie (Lafosse, 2009, p. 152).

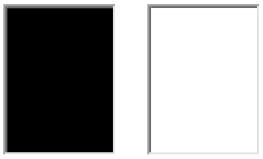
o.  Contructieve apraxie

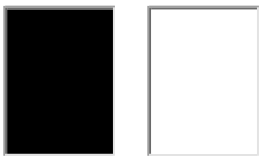
p.  Spraakapraxie (motorische spraakstoornissen)

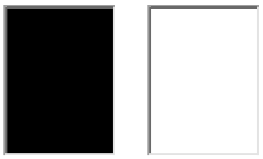
q.  Mobiliteit van gewrichten: Functies gerelateerd aan de bewegingsrange en de beweeglijkheid van gewrichten. Inclusie: mobiliteit van een enkel gewricht (zoals schoudergewricht, ellebooggewricht, polsgewricht, heupgewricht, kniegewricht, enkelgewricht), mobiliteit van meerdere gewrichten (zoals vertebrale gewrichten, kleine hand- en voetgewrichten), mobiliteit van gewrichten in het algemeen; stoornissen zoals hypermobiliteit van gewrichten en bij 'frozen' gewrichten zoals frozen shoulder, en arthritis Exclusie: stabiliteit van gewrichten (b715); controle van willekeurige bewegingen (b760).

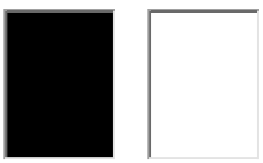
V. EXTRA PYRAMIDALE SYMPTOMEN IN LAATSTE 3 DAGEN

0 Nee
1 Ja

a.  **Akathisie**— subjectief gevoel van rusteloosheid of noodzaak te bewegen.

b.  **Dyskinesia**—e.g., chewing, puckering movements of mouth; abnormal irregular movements of lips; rocking or writhing of trunk.

c.  **Tremor**—Involuntary rhythmic movements of the fingers, limbs, head, mouth, tongue.

d.  **Bradykinesia**—Decrease in spontaneous movements (e.g., reduced body movement, or poverty of facial expression, gestures, speech).

e.

f.  **Rigidity**—Resistance to flexion and extension of muscles (e.g., continuous or cogwheeling rigidity).

g.  **Dystonia**—Muscle hypertonicity (e.g., muscle spasms or stiffness, protruding tongue, upward deviation of the eyes)

h.  **Slow shuffling gait**—Reduction in speed and stride length, usually with a decrease in pendular arm movement.

VI. FUNCTIES EN STOORNISSEN OP MUSCULAIR GEBIED

Codeer voor de laatste drie dagen

0 Afwezig
1 Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond
2 Op 1 van de laatste 3 dagen vertoond
3 Op 2 van de laatste 3 dagen vertoond
4 Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond

a. **Gangpatroon**: functies gerelateerd aan bewegingspatronen gekoppeld aan gaan, rennen of andere bewegingen van het hele lichaam (WHO, 2001, 2018).

b. **Spierstijfheid**: Gevoel dat spieren gespannen of stijf zijn(WHO, 2001, 2018).

c. **Twiting**

d. **Spiersterkte**: Functies gerelateerd aan de kracht ontwikkeld door de contractie van een spier of van spiergroepen (WHO, 2001, 2018).

e. **Spiertonus:** Functies gerelateerd aan de spanning aanwezig in niet-actieve spieren en de weerstand die spieren bieden wanneer zij passief worden gerekt (WHO, 2001, 2018).

f. **Contracture(s)**

g. **Spieruithoudingsvermogen**: functies gerelateerd aan het volhouden van spiercontractie gedurende de vereiste periode (WHO, 2001, 2018).

h. **Inspanningstolerantie:** Functies gerelateerd aan het respiratoire en cardiovasculaire vermogen vereist voor het volhouden van fysieke inspanning.
Inclusie: algemeen fysiek uithoudingsvermogen, aerobe capaciteit, en vermoeibaarheid
Exclusie: functies van het bloedvaatstelsel (B41-42); functies van het hematologisch systeem (b430); ademhaling (b440); functies ademhalingsspieren (b445); andere ademhalingsfuncties (b450)
(WHO, 2001, 2018).

i. Faciale Motoriek

VII. FIJN EN GROF MOTORISCHE VAARDIGHEDEN

A. GROSS MOTOR SKILLS

Ability to perform skills requiring balance and large muscles of the body in coordinated movement (e.g., jumping, kicking a ball, catching a ball)

0 **Adequate:** Performs skills with satisfactory speed and quality of movement both indoors and outdoors (including on uneven ground).

1 **Minimal difficulty:** Slight difficulty maintaining balance or controlling limb movement (for example, appears clumsy, has slower movements).

2 **Moderate difficulty**: Noticeable deficits in gross motor skill development including deficits in balance and controlling limb movements (for example, frequently stumbles, drops objects, walks into objects).

3 **Severe difficulty**: Limitations in trunk, head, and limb control resulting in severe difficulty with coordination of own movements (for example, the young person is unable to reach for a glass of water without knocking it over).

4 **No ability to move body** (full paralysis).

B. FINE MOTOR SKILLS

Ability to perform coordinated movements that involve small muscles (e.g., grasping a pencil, managing buttons, using scissors)

0 **Adequate**: Performs movements within appropriate timeframe and with appropriate quality of movement.

1 **Minimal difficulty**: Slight difficulty controlling movement (for example, the young person is somewhat slow or easily fatigued).

2 **Moderate difficulty**: Noticeable deficits in fine motor skill development compared to same-age peers (for example, the young person is unable to hold a pencil properly and produce legible writing or is unable to tie his or her shoes).

3 **Severe difficulty**: Severe limitation in the ability to coordinate small muscle movement (for example, the young person experiences significant struggle when attempting to pick up an object using his or her thumb and forefinger).

4 **No ability** to move body (full paralysis)

C. FIJNE MOTORIEK VAN DE HAND

Nauwkeurig gebruik van hand: gecoördineerde acties uitvoeren om voorweren met de hand, vingers en duim te pakken, te manipuleren en lost te laten, zoals bij het pakken van munten van een tafel of bij het omdraaien van een knop. Inclusie van pakken, grijpen, manipuleren, loslaten

0 GEEN stoornis
1 LICHTE stoornis (5-24 %)
2 MATIGE stoornis (25-49 %)
3 ERNSTIGE stoornis (50-95 %)
4 VOLLEDIGE stoornis (96-100 %)
8 niet gespecificeerd
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

VIII. SENSORISCHE FUNCTIES – SENSIBILITEIT

0 GEEN stoornis
1 LICHTE stoornis (5-24 %)
2 MATIGE stoornis (25-49 %)
3 ERNSTIGE stoornis (50-95 %)
4 VOLLEDIGE stoornis (96-100 %)
8 niet gespecificeerd
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

a. **Smaak** : Het waarnemen van kwaliteiten als bitter, zoet, zuur en zout (WHO, 2001, 2018).

b. **Reuk**: Het waarnemen van geuren en luchtjes (WHO, 2001, 2018).

c. **Propriocepsis**: Het waarnemen van de relatieve positie van lichaamsdelen en van het lichaam als geheel (WHO, 2001, 2018).

d. **Tast**: Het waarnemen van oppervlakken en hun textuur of kwaliteit (WHO, 2001, 2018).

e. **Temperatuurwaarneming**: Het waarnemen van koude en warmte (WHO, 2001, 2018).

f. **Waarneming van trillingen**: Het waarnemen van schokken of oscillatie (WHO, 2001, 2018).

g. **Waarneming van druk**: Het waarnemen van druk tegen of op de huid (WHO, 2001, 2018).

h. **Waarnemingen van schadelijke stimulus**: Het waarnemen van pijnlijke of onplezierige sensaties (WHO, 2001, 2018).

IX. PERCEPTIE

*Specifieke mentale **functies** gerelateerd aan het herkennen en interpreteren van sensorische stimuli (WHO, 2001, 2018).*

0 GEEN stoornis (geen, afwezig, verwaarloosbaar, ...) 0-4%
1 LICHTE stoornis (gering, laag, ...) 5-24%
2 MATIGE stoornis (tamelijk, ...) 25-49%
3 ERNSTIGE stoornis (aanzienlijk, hoog, sterk, ...) 50-95%
4 VOLLEDIGE stoornis (totaal, ...) 96-100%
8 niet gespecificeerd
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

a. **Auditieve perceptie**: Het onderscheiden van geluiden, klanken, tonen en andere akoestische

b. **Visuele perceptie**: Het onderscheid van vorm, grootte, kleur en andere visuele stimuli.

c. **Perceptie van geur**: Het onderscheiden van verschillen tussen geuren.

d. **Perceptie van smaak**: Het onderscheiden van verschillen tussen smaken, zoals zoete, zure, zoutige en bittere stimuli, waargenomen door de tong.

e. **Tactiele perceptie:** Het onderscheiden van verschillen in oppervlaktestructuur, zoals ruw en waargenomen met behulp van tast.

d. **Visuospartiele perceptie**: Het met behulp van visus onderscheiden van de relatieve positie van objecten in de omgeving of in relatie tot de persoon zelf (WHO, 2001, 2018).

Sectie D: Communicatie, visus en gehoor

1. **UITING- ZICHZELF DUIDELIJK MAKEN**

0 **Wordt begrepen** - Uit ideeën zonder moeite.

1 **Wordt gewoonlijk begrepen** - Moeite om woorden te vinden of gedachten af te maken MAAR weinig of geen hulp nodig als voldoende tijd wordt gegeven.

2 **Wordt vaak begrepen** - Moeite om woorden te vinden of gedachten af te maken EN gewoonlijk hulp nodig.

3  **Wordt soms begrepen** - Vermogen beperkt tot het kenbaar maken van concrete verzoeken.

4  **Wordt zelden of nooit begrepen** - In het beste geval is het begrepen worden beperkt tot een interpretatie door zorgverleners van hoogst individuele specifieke geluiden of lichaamstaal (bv. het aangeven van pijn of de behoefte om naar het toilet te gaan).

2. **BEGRIP - ANDEREN KUNNEN BEGRIJPEN**

0  **Begrijpt** -Duidelijk begrip.

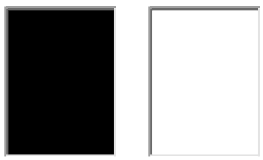
1  **Begrijpt gewoonlijk** - Mist een deel of de bedoeling van de boodschap, MAAR begrijpt het grootste gedeelte van het gesprek.

2  **Begrijpt vaak** - Mist een deel of de bedoeling van de boodschap, MAAR kan het grootste gedeelte van het gesprek vaak begrijpen mits herhaling of uitleg.

3  **Begrijpt soms** - Reageert alleen goed op eenvoudige, directe communicatie.

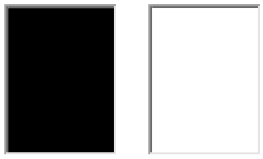
4  **Begrijpt zelden of nooit**

3. **HOORVERMOGEN (MET HOORAPPARAAT INDIEN GEBRUIKT)**

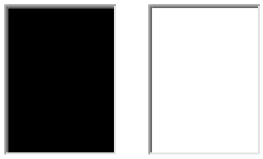
0  **Voldoende**—Geen moeite bij normaal gesprek, sociale interactie, TV- kijken.

1 

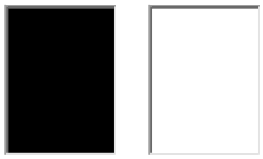
Minimale moeite—Moeite in sommige omstandigheden - bv. wanneer iemand zacht spreekt of zich op een afstand van meer dan 2 meter bevindt.

2 

Matige moeite—Probleem om een normaal gesprek te kunnen volgen, een stille omgeving is een absolute vereiste.

3 

Ernstige moeite—Moeite in alle omstandigheden - bv. de spreker moet luid of heel traag spreken of de cliënt ervaart alles als gemompel.

4 

Doof.

4. **GEBRUIKT HOORAPPARAAT**

0 Neen
1 Ja

Beide oren

Eén oor

Vanaf score 2 (bij vraag D1)

I. AGE OF ONSET OF HEARING LOSS

0 0–2 years
1 3–18 years
2 19–64 years
3 65+ years

II. OORZAAK VAN HET GEHOORVERLIES

0 Neen
1 Ja

	Linker oor			Rechter oor		
a.			Aangeboren gehoorverlies, stabiel over tijd			Aangeboren gehoorverlies, stabiel over tijd
b.			Verworven gehoorverlies, stabiel over tijd			Verworven gehoorverlies, stabiel over tijd
c.			Progressief over tijd gehoorverlies, aangeboren.			Progressief over tijd gehoorverlies, aangeboren.
d.			Progressief over tijd gehoorverlies, verworven.			Progressief over tijd gehoorverlies, verworven.
e.			Niet van toepassing.			Niet van toepassing.

III. TYPE VAN GEHOORVERLIES

a.			Gehoorverlies, geleidingsprobleem.
b.			Gehoorverlies, perceptief gehoorverlies, sensorineural verlies van het gehoor (SNHL) of zenuwdoofheid.

c. Gemengd gehoorverlies.

d. Niet van toepassing.

IV. STABILITY OF HEARING CONDITION

To determine the change, if any, in the person's current vision status compared with 90 days ago, 1 year ago, and 5 years ago.

0 Improved
1 No change
2 Declined
8 Uncertain

a. Change in hearing: 90 days.

b. Change in hearing: 1 year.

c. Change in hearing: 5 years.

V. ADAPTATION TO ADVERSE LISTENING CONDITIONS

0 No
1 Yes
2 No hearing

a. **Background noise outdoors** — Noise that is ongoing in the background, such as traffic or rain.

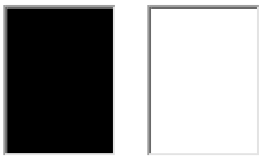
b. **Background noise indoors** — Noise that is ongoing in the person's indoor environment, such as TV on during one-on-one conversation, ventilation noise, crowd noise, or running water.

c. **Multi-talker conversations** — For example, having to divide attention between two speakers during a group conversation.

d. **Spreken op afstand**

5. **ZICHTSVERMOGEN**

Gezichtsvermogen bij adequate verlichting (met bril of ander visueel hulpmiddel indien gebruikt)



0 Voldoende – Ziet details, kan ook normale letters in kranten of boeken lezen
1 Minimale moeite – Kan in kranten of boeken alleen grote letters lezen (bv. krantenkoppen)
2 Matige moeite – Beperkt gezichtsvermogen; kan geen krantenkoppen lezen, kan wel voorwerpen herkennen
3 Ernstige moeite – Niet zeker of voorwerpen worden herkend, ogen lijken voorwerpen wel te kunnen volgen; ziet alleen licht, kleuren of vormen
4 Blind

Vanaf score 2 (bij vraag D3)

VI. ZIJN VOLGENDE VORMEN VAN GEZICHTSBEPERKING

0 Afwezig
1 Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond
2 Op 1 van de laatste 3 dagen vertoond
3 Op 2 van de laatste 3 dagen vertoond
4 Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond

a. Troebel zicht

b. Binoculaire gezichtsscherpte bij vertezien: Het met beide ogen waarnemen van grootte, vorm en contour van ver weg gelegen objecten.

c. Monoculaire gezichtsscherpte bij vertezien (Bijziend): Het met alleen het rechteroog of alleen het linkeroog waarnemen van grootte, vorm en contour van ver weg gelegen objecten. (WHO, 2001, 2018).

d. Binoculaire gezichtsscherpte bij dichtbij zien (Verziend): Het met beide ogen waarnemen van grootte, vorm en contour van dichtbij gelegen objecten.

e. Monoculaire gezichtsscherpte bij dichtbij zien: Het met alleen het rechteroog of alleen het linkeroog waarnemen van grootte, vorm en contour van dichtbij gelegen objecten. (WHO, 2001, 2018).

VII. VISUS- IS ER EEN BEPERKING VAN

0 Afwezig
1 Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond
2 Op 1 van de laatste 3 dagen vertoond
3 Op 2 van de laatste 3 dagen vertoond
4 Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond

a. **Gezichtsveld**: Het hele gebied dat kan worden gezien als de niet bewegen (WHO, 2001, 2018).

b. **Kwaliteit van visus**: Visuele functies gekoppeld aan lichtgevoeligheid, kleurenzien, contrastgevoeligheid en de totale beeldkwaliteit (WHO, 2001, 2018).

VIII. AGE OF ONSET OF VISION LOSS

0 0–2 years
1 3–18 years
2 19–64 years
3 65+ years

IX. CLASSIFICATION OF VISION LOSS- VISUAL ACUITY RANGE (WITHOUT LOW VISION DEVICES)

0 Normal or Near Normal Vision — Better than 6/18 (20/60).
1 Moderate Low Vision — Less than 6/18 to 6/64 (20/60 to 20/160).
2 Severe Low Vision — Less than 6/64 to 6/120 (20/160 to 20/400).
3 Profound Low Vision — Less than 6/120 to 6/300 (20/400 to 20/1000).
4 Near-Blindness — Less than 6/300 to 6/600 (20/1000 to 20/2000).
5 Blindness — No light perception.
8 Unknown.

X. CLASSIFICATION OF VISION LOSS- VISUAL FIELD DIAMETER (WITHOUT LOW VISION DEVICES)

Coding: Code according to the correct diameter in degrees.

0 Normal or Near Normal Vision — More than 80 degrees.
1 Moderate Low Vision — 40 degrees to 80 degrees.
2 Severe Low Vision — 16 degrees to less than 40 degrees.
3 Profound Low Vision — 8 degrees to less than 16 degrees.
4 Near-Blindness — 4 degrees to less than 8 degrees.
5 Blindness — No visual field to less than 4 degrees.
8 Unknown

XI. DISTANCE VISION

0 Adequate — Sees and can identify faces across the room.
1 Minimal difficulty — Sees and can identify faces at conversation distance, but not across the room.
2 Moderate difficulty — Limited vision; can see but not identify faces at conversation distance.
3 Severe difficulty — Ability to identify objects in question, but the person's eyes appear to follow objects (especially people walking by), or the person sees only light, colors, or shapes.
4 Blind

XII. ADAPTATION TO ADVERSE SEEING CONDITIONS

0 No
1 Yes
2 No vision

a. **Dim light or at night** — Poor, inadequate, faint lighting, or typical night-time conditions.

b. **Bright light or daylight** — Intense or bright light, or typical daytime conditions.

c.  **Glare or stray light** — A veil of light that results in decrease of contrast between the visual target and surrounding areas.

d.  **Abrupt changes in illumination** — For example, walking indoors to outside or going from a dimly lit room to a brightly lit room.

e.  **Subtle contrast differences** — Slight or faint differentiation on surfaces, for example, colored print, surface texture.

XIII. VISUAL FATIGUE WHEN PERFORMING VISUAL TASKS

0 None — Visual fatigue not a problem (includes persons with no vision).
1 Minimal — Diminished visual endurance but completes normal day-to-day visual tasks (for example, reading).
2 Moderate — Due to diminished visual endurance, unable to finish normal day-to-day visual activities (for example, reading).
3 Severe — Due to diminished visual endurance, unable to start some normal day-to-day visual activities (for example, reading).
4 Unable to commence any normal day-to-day visual activities — Due to diminished visual endurance.



XIV. STABILITY OF VISION CONDITION

To determine the change, if any, in the person's current vision status compared with 90 days ago, 1 year ago, and 5 years ago.

0 Improved
1 No change
2. Declined
8 Uncertain



6. **STEM EN SPRAAK**

0 geen stoornis (geen, afwezig, verwaarloosbaar, ...) 0-4%
1 lichte stoornis (gering, laag, ...) 5-24%
2 matige stoornis (tamelijk, ...) 25-49%
3 ernstige stoornis (aanzienlijk, hoog, sterk, ...) 50-95%
4 volledige stoornis (totaal, ...) 96-100%
8 niet gespecificeerd
9 niet van toepassing

a. ☐ ☐ **Stem:** de productie van verschillende geluiden door de passage van lucht door de larynx.
Inclusie: voortbrengen van stemgeluid, en stemkwaliteit; stoornissen zoals bij afonie, dysfonie, schorheid, hypernasaliteit en hyponasaliteit
Exclusie: mentale functies gerelateerd aan taal (b167); articulatie (b320).

b. ☐ ☐ **Vloeiendheid en ritme van spreken:** Functies gerelateerd aan de productie van een vloeiende en ritmische wijze van spreken.
Inclusie: vloeiendheid van spreken, ritme van spreken, snelheid van spreken, en spraakmelodie; prosodie en intonatie; stoornissen zoals bij stotteren, stamelen, broddelen, bradylalie en tachylalie.
Exclusie: mentale functies gerelateerd aan taal (b167); stem (b310); articulatie (b320).

c. ☐ ☐ **Articulati**e: functies gerelateerd aan de productie van spraak.
Inclusie: uitspraak, en vormen van fonemen; stoornissen zoals bij spastische dysarthrie, atactische dysarthrie, vlakke dysarthrie, anarthrie
Exclusie: mentale functies gerelateerd aan taal (b167); stem (b310)

☐ Module 4: Uitbreiding communicatie

Kan als verduidelijking worden ingevuld op vraag 6 en 7

XV. COMMUNICATION MODES USED DAILY

0 Not used
1 Used, but not in last 3 days
2 Used on 1–2 of last 3 days
3 Used daily in last 3 days

a. ☐ ☐ Speech.

b. ☐ ☐ Any sign language.

c.			Any adapted or manually coded language.
d.			Tactile method for expressive. communication.
e.			Tactile method for receptive communication.
f.			Idiosyncratic signs, gestures, behaviors.
g.			Tangible symbols.
h.			Communication board or device.
i.			Real time captioning or note taking.
j.			Voice over/oral interpretation.
k.			Written or printed tekst.

l. Braille.

m. Computer, mobile computing, text messaging.

n. TTY/Bell Relay Service.

XVI. ONE OR MORE FAMILY MEMBER ABLE TO COMMUNICATE WITH PERSONS IN PERSON'S PEREFERRED COMMUNICATION MODE

0 No
1 Yes

XVII. LOCATION OF SOUND

0 No
1 Yes
2 No useful hearing

XVIII. ALERTING TO DIFFERENT SOUNDS

0 Responds without hearing device
1 Responds with hearing device
2 Does not respond

A. INDOORS

a. **Quiet sounds** — For example, water running (that is, sounds that may be difficult to hear).

b. **Voices at normal volume** — For example, conversation in quiet room.

c. **Loud voices** — For example, yelling, screaming.

d. **Sounds indicating danger indoors** — For example, smoke detector, fire alarm.

B. OUTDOORS

e. **Sounds indicating danger outdoors** — For example, car horn, siren.

XIX. ASSISTIVE DEVICES OR SUPPORTS

0 No
1 Yes

a. **Sight enhancement devices**—e.g., magnifiers, telescope systems, video magnifiers, adapted computer system with enlarged display for reading and/or writing tasks.

b. **Sight substitution devices**—e.g., simple tactile or speech output devices, Braille devices, adapted computer system with speech and / or Braille output.

c. **Hearing devices**—e.g., hearing aids, FM system, sound field system, cochlear implant, bone conduction aids.

d. **Orientation and mobility devices**—e.g., long cane, identification cane, electronic travel aid.

e. **Adaptive devices**—e.g., specialized lighting; contrast adaptations enlarged display clock, telephone, thermometers; selective transmission eyeglasses; Alertmaster or other personal notification system, signaller or alarm; TTY or TTD.

f. **Support animal**—e.g., guide dog, hearing dog.

XX. IN WELKE MATE ONDERSTEUNT OF CORRIGEERT HET ASSISTIVE DEVICES OR SUPPORTS DE BEPERKING IN HET DAGELIJKS LEVEN

0 GEEN belemmerende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar....) 0-4%
1 LICHT belemmerende factor (gering, laag...) 5-24%
2 MATIG belemmerende factor (tamelijk...) 25-49%
3 AANZIENLIJK belemmerende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
4 VOLLEDIG belemmerende factor (totaal...) 96-100%
+0 GEEN ondersteunende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar.) 0-4%
+1 LICHT ondersteunende factor (gering, laag...) 5-24%
+2 MATIG ondersteunende factor (tamelijk...) 25-49%
+3 AANZIENLIJK ondersteunde factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
+4 VOLLEDIG ondersteunende factor (totaal...) 96-100%
8 belemmerende factor, niet gespecificeerd
+8 ondersteunende factor, niet gespecificeerd
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

XXI. SENSES

Include hearing, seeing, tasting, touching, and smelling.

0 No response to external stimuli
1 Uses single sense (one at a time)
2 Uses multiple sense modalities (for example, two or more senses simultaneously)

XXII. AWARENESS OF OTHERS

To determine if deliberate cues are required to alert the person that someone is in the room. Awareness of others is important for one's own personal safety and appropriate social interaction.

0 No
1 Yes

XXIII. BELANGRIJKSTE COMMUNICATIEKANAAL

0 Nee
1 Ja

a. Communication Methods – verbal

b. Communication Methods - non-verbal

XXIV. TOLK

Is een tolk wenselijk (inclusief schrijftolk)?

0 Nee
1 Ja

XXV. VOORKEUR CONTACTNAME

(nummer geven met 1 voor communicatiekanaal met grootste voorkeur, 2, 3 en/of nummer 8 voor niet van toepassing)

Telefoneren

SMS

Email

Brief

Contactname via vertrouwenspersoon / mantelzorger.

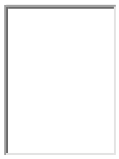
XXVI. HAVE YOU HAD ANY DIFFICULTIES HAVING A CONVERSATION

In the last 3 days, have you had any difficulties having a conversation *either making yourself understood or understanding others?*

0 No
1 Yes

7. **SPEECH CLARITY**

0 Clear, distinct – well articulated words
2 Language indistinct- inaudible, mumbled, slurred speech
3 No spoken words



Sectie E: Stemming en gedrag

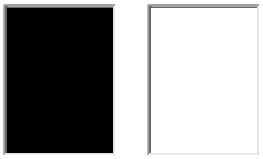
1. **STEMMINGSSTOORNISSEN, ANGST, PSYCHOSE, NEGATIEVE SYMPTOMEN EN ANDERE INDICATOREN**

Codeer de aan- en afwezigheid van elke indicator, ongeacht wat u denkt over de onderliggende oorzaak van het probleem. [Let op: vraag zoveel mogelijk aan de persoon zelf.]

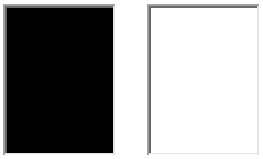
0 Niet aanwezig
1 Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond
2 Op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond
3 Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond

a. 

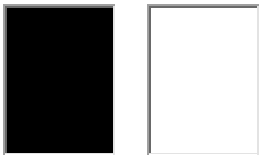
Deed negatieve uitspraken – bv. “Het doet er allemaal niet toe”; “Was ik maar dood”; “Wat voor zin heeft het”; “Ik heb er spijt van dat ik zo lang heb geleefd”; “Laat me doodgaan”.

b. 

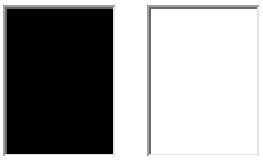
Made positive statements — For example, “I have a lot to look forward to, I’m happy, I enjoy what I’m doing.”

c. 

Voortdurend boos op zichzelf of op anderen—bv. gemakkelijk geërgerd, boos over de ontvangen zorg.

d. 

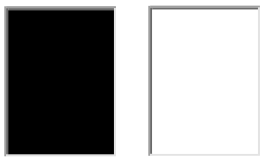
Uitingen, ook non-verbale, van wat onrealistische angsten lijken te zijn – bv. angst om in de steek of alleen te worden gelaten, om met anderen samen te zijn; intense angst voor specifieke voorwerpen of situaties.

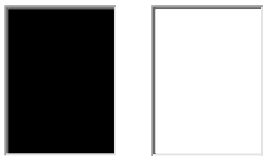
e. 

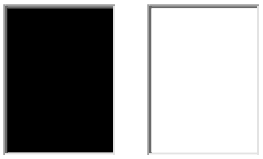
Herhaaldelijk angstig klagen/bezorgd zijn (niet in verband met de gezondheid) – bv. zoekt voortdurend aandacht of geruststelling over dagindeling, maaltijden, de was, kleren, omgang met anderen.

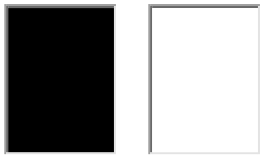
f.  **Herhaaldelijk klagen over de gezondheid**— bv. vraagt voortdurend aandacht van de arts, onophoudelijk bezorgd over lichaamsfuncties.

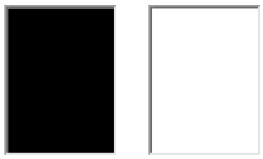
g.  **Droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen** – bv. diepe voorhoofdsrimpels, constant wenkbrauwen fronsen.

h.  **Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten**

i.  **Herhaaldelijk zeggen dat er iets vreselijks zal gebeuren** – bv. denkt dat hij/zij stervende is of een hartaanval zal krijgen.

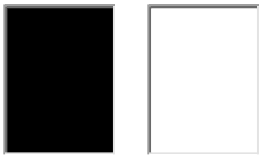
j.  **Zich terugtrekken uit belangrijke activiteiten** – bv. activiteiten waar de persoon al lang aan deelnam, met familie of vrienden samen zijn.

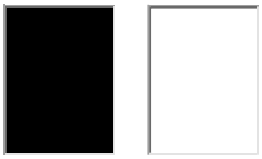
k.  **Verminderde sociale omgang**.

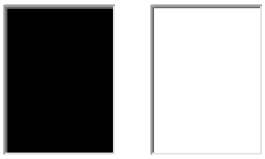
l.  **Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie)** – bv. “Ik heb nergens meer plezier in”.

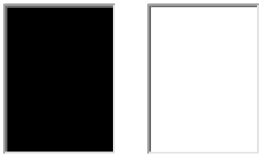
I. INDICATOREN VAN MOGELIJKE DEPRESSIE, ANGST, DROEFENIS (VERVOLG)

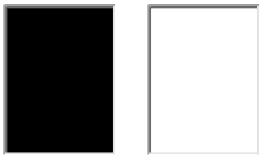
0 Niet aanwezig
1 Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond
2 Op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond
3 Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond

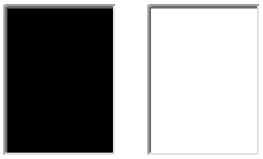
m.  **Verminderde energie –** Geeft uiting van een verminderd energieniveau (bv. “Ik heb geen zin om iets te doen”; “Ik heb geen fut”).

n.  **Apathie-** hypoactiviteit.

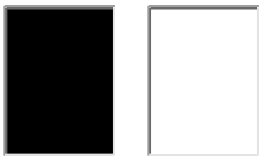
o.  **Uitingen van hopeloosheid** – bv. “Er is geen hoop voor de toekomst”; “Niets zal nog beter gaan”.

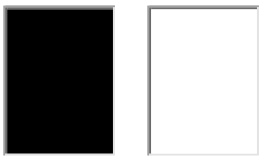
p.  **Overdreven gevoel van eigenwaarde** – bv. verwaandheid, arrogantie, te veel vertrouwen in eigen kunnen.

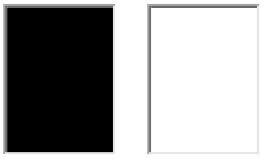
q.  **Prikkelbaarheid** – Duidelijk opvliegender of gemakkelijker van streek.

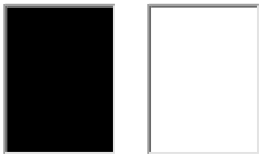
r.  **Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit** – Duidelijk verhoogde sociale of seksuele activiteit.

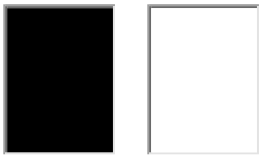
s.  **Druk spreken of razende gedachten** – Snel praten, van de hak op de tak springen.

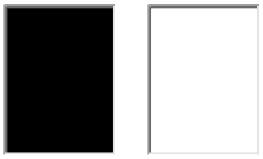
t.  **Affectlabiliteit** – Affect schommelt vaak, al dan niet extern te verklaren.

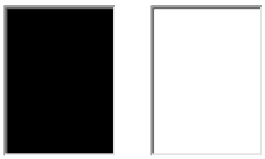
u.  **Vlak of afgestompt affect** — Onverschilligheid, niet reageren, moeilijk tot een glimlach te brengen, enzovoort.

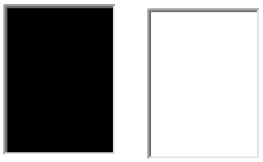
v.  **Compulsief gedrag** – bv. handen wassen, telkens op(nieuw) de kamer inspecteren, tellen.

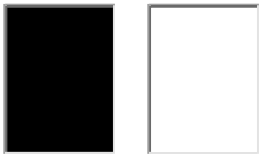
w.  **Hallucinaties** – Onjuiste zintuiglijke waarnemingen van welke aard dan ook, met of zonder inzicht, zonder overeenkomstige prikkels (bv. auditieve, visuele, tactiele, gustatoire of olfactorische hallucinaties; *niet* imperatieve hallucinaties).

x.  **Gebrek aan motivatie** – Afwezigheid van spontane doelgerichte activiteit.

y.  **Therapieverloop – progressie van de therapie.**

z.  **Werkhouding / therapeutische attitude** - inzet door patiënt.

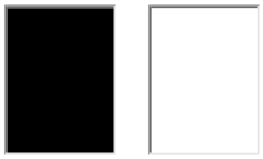
aa.  **Autonome conversaties** – praat met zichzelf.

bb.  **Hygiëne**- Gewoonlijk slechte hygiëne, slecht verzorgd.

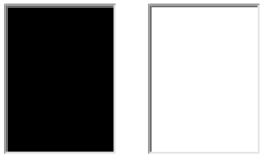
2. **ZELF GEMELDE STEMMING**

0 Niet in de laatste 3 dagen
1 Niet in de laatste 3 dagen, maar voelt zich vaak zo
2 Op 1-2 van de laatste 3 dagen
3 Dagelijks in de laatste 3 dagen
8 Persoon kon niet (wilde niet) antwoorden

VRAAG: "Hoe vaak, in de laatste 3 dagen voelde u... "

a.  ... weinig belangstelling voor of plezier in dingen waar u gewoonlijk van geniet?

b.  ... zich angstig, rusteloos of ongemakkelijk?

c.  ... zich bedroefd, depressief of hopeloos?

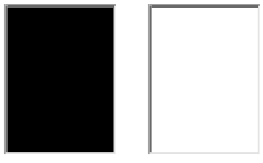
3. **GEDRAGSSYMPTOMEN**

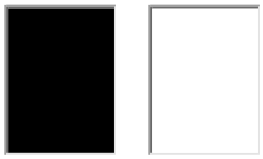
Codeer wat is waargenomen, ongeacht de veronderstelde oorzaak

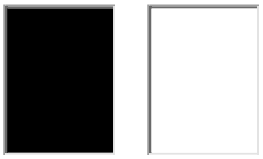
0 Niet aanwezig
1 Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond
2 Op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond
3 Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond

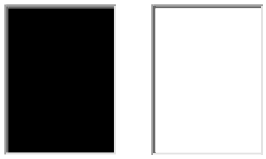
a.  **Verbaal geweld**—bv. bedreigde anderen, schreeuwde of vloekte tegen hen.

b.  **Lichamelijk geweld**—bv. sloeg, duwde, krabde, viel seksueel lastig.

c.  **Sociaal ongepast of storend gedrag**—bv. maakte storende geluiden, lawaai, gilde, smeerde of gooide met eten of feces, hamsterde, snuffelde in andermans spullen.

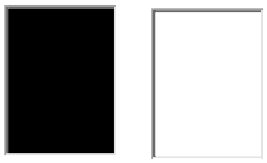
d.  **Ongepast openlijk seksueel gedrag of zich in het openbaar uitkleden-**Bv. in het openbaar of in een kamer waar anderen bij zijn masturberen, obscene gebaren of opmerkingen maken.

e.  **Verzet zich tegen zorg**—bv. geneesmiddelen of injecties, hulp bij ADL of eten.

f.  **Weglooppogingen** of dreigen daarmee bv. geneesmiddelen of injecties, hulp bij ADL of eten.

g.  **Impulsive** — e.g., runs into traffic; takes risky actions without thinking; difficulty taking turns; interrupts.

h.  **Ontremd zijn – ontremming**

i.  **PICA:** Inslikken van dingen die geen voedsel zijn (bv. zeep, grond, faeces).

☐ Module 5: Uitbreiding geweld

II. GEWELD

Codeer de meest recente keer.

0. Nooit
1. Meer dan 1 jaar geleden
2. 31 dagen – 1 jaar geleden
3. 8 – 30 dagen geleden
4. 4 – 7 dagen geleden
5. In de laatste 3 dagen

a. **Intimidatie of dreigen met geweld** – bv. bedreigende gebaren of bedreigende houding zonder fysiek contact, kwaad roepen, met meubilair gooien, expliciet met geweld dreigen

b. **Geweld tegenover anderen** – Handelt met opzettelijke, kwaadwillige of hatelijke bedoelingen en brengt daarbij de andere fysieke schade toe, bv. steken, verstikken, slaan .

c. **Zelfverwondend gedrag** – bv. bonkt met het hoofd tegen de muur; knijpt, bijt, krabt, slaat of stompt zichzelf; trekt de eigen haren uit.

Sectie F: Psychologisch welzijn

1. **SOCIALE OMGANG**

0 Nooit
1 Meer dan 30 dagen geleden
2 8 tot 30 dagen geleden
3 4 tot 7 dagen geleden
4 In de laatste 3 dagen
8 Niet te bepalen

a. Deelname aan sociale activiteiten die de cliënt al lang interesseren.

b. Bezoek van familie of oude vrienden/kennissen.

c. Andere omgang, bv. via telefoon of e-mail, met familie of vrienden/kennissen.

d. Maakt gebruik van sociale apps (facebook Messenger, WhatsApp,…) om in contact te blijven met vrienden.

e. Deelname aan sociale activiteiten die (nieuw) zijn voor cliënt.

2. **MATE LEREN OMGAAN MET BEPERKING**

0 Neen
1 Ja

a. Rationeel.

b. Rust vinden.

c. Leren met leven.

d. Levensvervulling.

i. Heeft het gevoel dat alle nodige financiële, juridische en andere formele verantwoordelijkheden in orde zijn gebracht.

ii. Heeft het gevoel vooruitgang te boeken betreffende het vervullen van persoonlijke doelen.

iii. Heeft innerlijke krachten die kunnen worden bevorderd.

3. **VERWERKINGSPROCES (ROUWPROCES): REACTIE EN ROUW VAN DE PERSOON ZELF**

0 GEEN belemmerende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar....) 0-4%
1 LICHT belemmerende factor (gering, laag...) 5-24%
2 MATIG belemmerende factor (tamelijk...) 25-49%
3 AANZIENLIJK belemmerende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
4 VOLLEDIG belemmerende factor (totaal...) 96-100%
+0 GEEN ondersteunende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar.) 0-4%
+1 LICHT ondersteunende factor (gering, laag...) 5-24%
+2 MATIG ondersteunende factor (tamelijk...) 25-49%
+3 AANZIENLIJK ondersteunende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
+4 VOLLEDIG ondersteunende factor (totaal...) 96-100%
8 belemmerende factor, niet gespecificeerd
+8 ondersteunende factor, niet gespecificeerd
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

4. **ERKENNING**

0 GEEN belemmerende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar....) 0-4%
1 LICHT belemmerende factor (gering, laag...) 5-24%
2 MATIG belemmerende factor (tamelijk...) 25-49%
3 AANZIENLIJK belemmerende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
4 VOLLEDIG belemmerende factor (totaal...) 96-100%
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).
+0 GEEN ondersteunende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar.) 0-4%
+1 LICHT ondersteunende factor (gering, laag...) 5-24%.
+2 MATIG ondersteunende factor (tamelijk...) 25-49%
+3 AANZIENLIJK ondersteunde factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%.
+4 VOLLEDIG ondersteunende factor (totaal...) 96-100%.
8 belemmerende factor, niet gespecificeerd.
+8 ondersteunende factor, niet gespecificeerd.

5. **REACTIE**

0 GEEN belemmerende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar....) 0-4%
1 LICHT belemmerende factor (gering, laag...) 5-24%
2 MATIG belemmerende factor (tamelijk...) 25-49%
3 AANZIENLIJK belemmerende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
4 VOLLEDIG belemmerende factor (totaal...) 96-100%
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).
+0 GEEN ondersteunende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar.) 0-4%
+1 LICHT ondersteunende factor (gering, laag...) 5-24%
+2 MATIG ondersteunende factor (tamelijk...) 25-49%
+3 AANZIENLIJK ondersteunde factor (hoog, sterk, ernstig ...) 50-95%
+4 VOLLEDIG ondersteunende factor (totaal...) 96-100%
8 belemmerende factor, niet gespecificeerd
+8 ondersteunende factor, niet gespecificeerd

6. **ROUW VAN DE PERSOON ZELF**

0 GEEN belemmerende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar....) 0-4%
1 LICHT belemmerende factor (gering, laag...) 5-24%
2 MATIG belemmerende factor (tamelijk...) 25-49%
3 AANZIENLIJK belemmerende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
4 VOLLEDIG belemmerende factor (totaal...) 96-100%
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

+0 GEEN ondersteunende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar.) 0-4%.
+1 LICHT ondersteunende factor (gering, laag...) 5-24%
+2 MATIG ondersteunende factor (tamelijk...) 25-49%
+3 AANZIENLIJK ondersteunde factor (hoog, sterk, ernstig ...) 50-95%
+4 VOLLEDIG ondersteunende factor (totaal...) 96-100%
8 belemmerende factor, niet gespecificeerd
+8 ondersteunende factor, niet gespecificeerd.

7. **STERKE PUNTEN (EMOTIONELE COMPETENTIE)**

0 Neen
1 Ja

a. Relatie met familie is sterk en ondersteunend.
Bij 'neen', sectie O vraag IX serk aan te bevelen.

b. Overwegend positieve kijk.

c. Vindt het alledaagse leven zinvol.

I. STERKE PUNTEN

a. Zegt een vertrouwenspersoon te hebben.

b. **Reports strong sense of involvement in community**: Person conveys a sense of belonging to the community represented by a residential setting or a particular work, family, or social network, and is involved in the life of the community.

8. **EENZAAM**

Zegt of geeft aan zich eenzaam te voelen.

0 Neen
1 Ja

9. **SOCIAL INTERACTIONS**

Social interactions — Communicating with others in either a familiar or unfamiliar social environment.
Code for level of difficulty based on presumed ability to interact with others as independently as possible.

0 **None**—Able to interact with others without intervenor in all situations
1 **Minimal**—Can interact in familiar AND unfamiliar environments, BUT requires intervenor in complex situations (e.g., meetings, legal proceedings, medical appointments)
2 **Moderate**—Can interact in familiar environments, BUT requires intervenor in ALL unfamiliar situations
3 **Severe**—Can interact in familiar environments, BUT requires intervenor with unfamiliar people
4 **Very severe**—Requires intervenor to interact with familiar individuals in familiar environments

10. **ACTIVITEITSVOORKEUREN**

Bedoeling: Bepalen in welke van de geselecteerde activiteiten de cliënt wilt participeren of zijn engagement wilt veranderen (onafhankelijk of met anderen). De keuze zou niet beperkt moeten blijven tot de huidige beschikbaarheid van of betrokkenheid bij de activiteit.

0 Geen voorkeur
1 Voortzetten op huidig niveau
2 Stopzetten of verminderen
3 Toevoegen of vermeerderen

a. **Bezoeken van/met vrienden of anderen**: Persoonlijke bezoeken van / met vrienden of anderen. Dit kan ook omvatten dat de cliënt bepaalt van welke specifieke vrienden hij/zij bezoek wilt.

b. **Telefoneren of e-mailcontact**: Binnenkomende of uitgaande telefoongesprekken of e-mails. Dit kan omvatten dat de cliënt alle telefoons of e- mails weigert of specifieke vrienden of familieleden identificeert met wie de cliënt wilt communiceren.

c. **Praten over het leven of herinneringen ophalen:** Praten over of herinneringen ophalen over gebeurtenissen uit het leven of het bespreken van de levensgeschiedenis (met familieleden, vrienden of spirituele adviseurs).

d. **Alleen zijn**: Een geuit verlangen om alleen te zijn voor een bepaalde tijd (bv. een uur per dag, merendeel van de dag).

e. **Ontspanningsactiviteiten:** Ontspanningsactiviteiten zijn heel specifiek voor de cliënt en kunnen onder andere knutselen, lezen, video's lijken, spelletjes spelen… zijn.

11. **VERANDERING IN SOCIALE ACTIVITEITEN IN DE LAATSTE 90 DAGEN (OF SINDS LAATSTE BEOORDELING)**

Afname in deelname aan sociale, religieuze, beroepsmatige of andere zelfgekozen activiteiten. INDIEN ACHTERUITGANG, heeft de cliënt er dan verdriet van?

0 Geen achteruitgang.
1 Achteruitgang, niet verdrietig .
2 Achteruitgang, verdrietig.

☐ Module 6: Uitbreiding psychologisch welzijn

II. OVERTUIGING DAT RELATIE MET NAAST(E) FAMILIELID(-LEDEN) VERSTOORD IS

0 Overtuiging niet aanwezig
1 Alleen de persoon deelt deze overtuiging
2 Familie, vrienden of anderen delen deze overtuiging
3 De persoon en anderen delen deze overtuiging

III. PSYCHOLOGISCH DRAAGKRACHT OM DE REVALIDATIE TE STARTEN

0 GEEN probleem (geen, afwezig, verwaarloosbaar .) 0 - 4 %
1 LICHT probleem (gering, laag .) 5 - 24 %
2 MATIG probleem (tamelijk .) 25 - 49 %
3 ERNSTIG probleem (aanzienlijk, hoog, sterk.) 50 - 95 %
4 VOLLEDIG probleem (totaal .) 96 - 100 %
8 niet gespecificeerd
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

IV. TEMPERAMENT, PERSOONLIJKHEID EN ALGEMENE TUSSENMENSELIJKE INTERACTIES

Algemene mentale functies gerelateerd aan het aangeboren vermogen van het individu om op een bepaalde manier te reageren op situaties, inclusief de cluster van mentale eigenschappen die een persoon onderscheidt van anderen.
Inclusie: extraversie, inschikkelijkheid, nauwgezetheid, psychische stabiliteit, ontvankelijkheid voor (nieuw)e ervaringen, optimisme, vertrouwen en betrouwbaarheid
Exclusie: intellectuele functies (b117); energie en driften (b130); psychomotorische functies (b147); stemming (b152)

0 GEEN beperking/participatieprobleem (geen, afwezig, verwaarloosbaar) 0-4%
1 LICHTE beperking/participatieprobleem (gering, laag) 5-24%
2 MATIGE beperking/participatieprobleem (tamelijk) 25-49%
3 ERNSTIGE beperking/participatieprobleem (hoog, sterk, aanzienlijk) 50-95%
4 VOLLEDIGE beperking/participatieprobleem (totaal) 96-100%
8 niet gespecificeerde beperking/participatieprobleem
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

a. 

Extraversie: Een persoonlijke aard die is te karakteriseren door openheid, een sociale instelling en een zich manifesteren, in tegenstelling tot verlegen, ontoegankelijk en geremd.

b. 

Inschikkelijkheid: Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als coöperatief, vriendelijk en gemakkelijk, in tegenstelling tot onvriendelijk, tegendraads en opstandig.

c. 

Nauwgezetheid: Een persoonlijke aard die is te karakteriseren door hardwerkend, zorgvuldig en gewetensvol, in tegenstelling tot lui, onbetrouwbaar en onverantwoordelijk.

d. 

Psychische stabiliteit: Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als gelijkmoedig, kalm en gelijkmatig, in tegenstelling tot lichtgeraakt, zorgelijk, labiel en wispelturig.

e. 

Ontvankelijkheid voor (nieuw)e ervaringen: Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als (nieuw)sgierig, fantasierijk, onderzoekend en zoeken naar (nieuw)e ervaringen, in tegenstelling tot mat, onoplettend, en zich emotioneel niet uitend.

f. **Optimisme:** Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als vrolijk, opgewekt en verwachtingsvol, in tegenstelling tot teneergeslagen, zwaarmoedig en wanhopig.

g. **Vertrouwen:** Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als zelfverzekerd, moedig en assertief, in tegenstelling tot timide, onzeker en teruggetrokken.

h. **Betrouwbaarheid:** Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als betrouwbaar en gewetensvol, in tegenstelling tot oneerlijk en asociaal (WHO, 2001, 2018).

V. ABLE TO TALK WITH SOMEONE IN COMMUNITY ABOUT SPIRITUAL, ETHICAL OR PHILOSOPHICAL ISSUES

0 No, not interested
1 No, would like to be engaged in such conversations
2 Yes

☐ Module 7: Uitbreiding: stress en trauma

VI. STRESSVOLLE LEVENSGEBEURTENISSEN/ NARE ERVARINGEN

Codeer telkens de laatste keer dat de gebeurtenis zich voordeed.

0 Nooit
1 Meer dan 1 jaar geleden
2 31 dagen – 1 jaar geleden
3 8 – 30 dagen geleden
4 4 – 7 dagen geleden
5 In de laatste 3 dagen

a. Ernstig ongeval of lichamelijke beperking.

b. Bedroefd om de gezondheid van iemand anders.

c. Dood van naast familielid of goede vriend.

d. Voogdijkwesties; geboorte of adoptie van kind.

e. Relatieproblemen, ook scheiding.

f. Gezakt voor een opleiding of opleiding niet voltooid.

g. Zwaar inkomensverlies of serieuze financiële problemen.

h. Hoorzitting – bv. forensisch, feitenvaststelling, onderzoek naar toerekeningsvatbaarheid.

i. Immigratie, ook vluchtelingenstatus.

j. Leefde in een oorlogs- of conflictgebied (als soldaat of als burger).

k. Getuige van ernstig ongeval, ramp, terrorisme, geweld of misbruik.

l.			Slachtoffer van misdaad – bv. diefstal (*NIET* AANRANDING).
m.			Slachtoffer van seksueel geweld of misbruik.
n.			Slachtoffer van lichamelijk geweld of misbruik.
o.			Slachtoffer van emotioneel misbruik.
p.			Ouders zijn alcohol- of drugsverslaafd.
q.			Slachtoffer van pesten.
r.			Lives in neighborhood with pervasive violence or criminal activity.
s.			Verworven sensoriële beperkingen.
t.			Verworven tinnitus oorsuizen.

u. Verlies van sociaal contact, vereenzaming, sociale isolatie.

VII. VERWAARLOOSD, MISBRUIKT OF MISHANDELD

0 Nooit
1 Meer dan 30 dagen geleden
2 8 tot 30 dagen geleden
3 4 tot 7 dagen geleden
4 In de laatste 3 dagen
8 Niet te bepalen

VIII. MINSTENS ÉÉN VAN BOVENSTAANDE STRESSVOLLE LEVENSGEBEURTENISSEN ROEPT BIJ DE PERSOON EEN GEVOEL VAN AFSCHUW OF INTENSE ANGST OP

0 Nee of niet van toepassing
1 Ja
8 Kon niet (wilde niet) antwoorden

IX. OMGAAN MET STRESS EN ANDERE MENTALE EISEN

Eenvoudige of complexe acties uitvoeren om te kunnen voldoen aan de mentale eisen van het uitvoeren van taken waarbij men grote verantwoordelijkheid draagt, en waarbij sprake is van stress, afleiding, of crisissituaties, zoals het autorijden in druk verkeer of het verzorgen van vele kinderen.

Inclusie: dragen van verantwoordelijkheden; omgaan met stress; omgaan met crisissituaties

0 GEEN beperking/participatieprobleem (geen, afwezig, verwaarloosbaar)0-4%
1 LICHTE beperking/participatieprobleem (gering, laag) 5-24%
2 MATIGE beperking/participatieprobleem (tamelijk) 25-49%
3 ERNSTIGE beperking/participatieprobleem (hoog, sterk, aanzienlijk) 50-95%
4 VOLLEDIGE beperking/participatieprobleem (totaal) 96-100%
8 niet gespecificeerde beperking/participatieprobleem
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

Sectie G: Algemeen dagdagelijks functioneren

1. **DOMINANTIE**

1 Linkshandig
2 Rechtshandig

2. **IADL - UITVOERING EN MOGELIJKHEDEN**

Code 1: Uitvoering
Code 2: Mogelijkheden

Premorbid capacity
Premorbid performance
Current capacity
Current preformance

0	Zelfstandig
1	Hulp beperkt tot klaarzetten
2	Toezicht — Toezicht of aanwijzingen.
3	Beperkte hulp — Hulp bij sommige gelegenheden.
4	Uitgebreide hulp — Hulp bij de gehele taak, maar voert 50% of meer van de taken zelf uit.
5	Maximale hulp – Hulp bij de gehele taak, maar voert minder dan 50% van de taken uit.
6	Totale afhankelijkheid — Alle activiteiten worden altijd door anderen uitgevoerd.
8	Activiteit heeft zich niet voorgedaan – Gedurende de gehele periode.

[DO NOT USE THIS CODE IN SCORING CAPACITY]

a. | | | | | **Maaltijdbereiding**. - Hoe maaltijden worden bereid (bv. planning,koken, ingrediënten bijeenbrengen, voedsel opdienen en bestek neerleggen).

b. | | | | | **Normaal huishoudelijk werk**. – Hoe normaal werk in het huishouden wordt uitgevoerd (bv. afwassen, stofzuigen, het bed opmaken, opruimen, de was doen).

c. | | | | | **Abnormale en zwaarder huishoudelijke werk**: bv. strijken, poetsen, lenteschoonmaak, ramen lappen,…), onderhouden en klusjes in de woning, tuin onderhoud.

d. 

Met geld omgaan. - Hoe worden rekeningen betaald, hoe wordt nagegaan of voldoende geld op de rekening staat, of huishoudelijke uitgaven kloppen, of overschrijvingen juist zijn.

e. 

Geneesmiddelenbeheer. – Hoe geneesmiddelen worden beheerd (bv. herinneren geneesmiddelen te nemen, flesjes openen, de juiste dosering nemen, injecties geven, zalf opbrengen).

f. 

Telefoongebruik - Hoe wordt gebeld of ontvangen (met hulpmiddelen zoals extra grote nummers op telefoon, versterkt geluid indien nodig).

g. 

Traplopen - Hoe een trap (12-treden) wordt op- en afgelopen.

h. 

Boodschappen doen - Hoe boodschappen worden gedaan voor voedsel en huishoudelijke artikelen (bv. keuzes maken, met geld betalen). EXCLUSIEF VERVOER.

i. 

Vervoer. - Hoe men met het openbaar vervoer reist (uitzoeken, kaartje kopen) of zelf rijdt, ook uit huis komen, in- en uitstappen.

3. **ADL-FUNCTIONEREN**

Codeer het ADL-functioneren rekening houdend met alle situaties waarin de activiteit zich in de LAATSTE 3 DAGEN heeft voorgedaan

- *Als de activiteit iedere keer op hetzelfde niveau wordt uitgevoerd, geef dan de ADL-score van dat niveau*
- *Als de activiteit in 1 of meerdere situaties op niveau 6 maar andere keren minder afhankelijk (0-5) wordt uitgevoerd, geef dan een ADL-score van 5*
- *Focus in de andere gevallen op de 3 meest afhankelijke situaties waarin de activiteit wordt uitgevoerd (of op alle situaties waarin de activiteit minder dan 3 keer wordt uitgevoerd). Als de meest afhankelijke situatie 1 is, geef dan een ADL-score van 1. Zo niet, geef de minst afhankelijke score uit de reeks van 2 t.e.m. 5 CODE (1)*

0. Zelfstandig – Bij geen enkele activiteit fysieke hulp, klaarzetten of toezicht nodig
1. Hulp beperkt tot klaarzetten – Voorwerp of apparaat bezorgd of binnen bereik geplaatst, bij geen enkele activiteit fysieke steun of toezicht nodig
2. Toezicht – toezicht of aanwijzingen geven
3. Beperkte hulp – Ondersteuning bij het bewegen van ledematen, fysieke ondersteuning zonder gewicht te dragen
4. Uitgebreide hulp – Gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door 1 hulpverlener, waarbij de cliënt zelf nog minstens 50% van de subtaken uitvoert
5. Maximale hulp – Gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door minimum 2 hulpverleners OF gewichtsondersteunendhulp bij meer dan 50% van de subtaken
6. Totale afhankelijkheid – Activiteit wordt altijd volledig door anderen uitgevoerd

8 Activiteit kwam niet voor

[DO NOT USE THIS CODE IN SCORING CAPACITY]

	Premorbid capacity	Premorbid performance	Current capacity	Current preformance	
a.					**Baden**—Het nemen van een bad of douche inclusief het in- en uitstappen EN hoe elk lichaamsdeel wordt gewassen (uitgezonderd rug en haar).
b.					ADL Self-Performance - **Washing hair**

c. **Persoonlijke hygiëne**—Het zich wassen (bv. aan een lavabo, waskom), inclusief haar kammen, **tanden poetsen**, scheren, maquilleren, wassen en afdrogen van gezicht en handen - NIET baden en douchen.

d. **Kleden onder**—Het aan- en uittrekken van alle kledingstukken, (onder- en bovenkleren) onder het middel, ook prothesen, steungordels, riemen, broeken, rokken, schoenen, ritsen, veters.

e. **Kleden boven**—Het aan- en uittrekken van alle kledingstukken (onder- en bovenkleren) boven het middel, ook prothesen, steungordels, ritsen, knopen, truien,...

f. **Wandelen**—Het stappen van de ene plaats naar de andere op dezelfde verdieping.

g. **Zich verplaatsen**—Het zich voortbewegen (wandelen of met rolstoel) van de ene plaats naar de andere op dezelfde verdieping. Bij gebruik van een rolstoel: zichzelf kunnen voortbewegen eens men in de rolstoel zit.

h. **Toilettransfer**—Het op toilet(stoel) gaan en van een toilet(stoel) komen.

i. **Toiletgebruik**—Het gebruik van de toiletruimte (of toiletstoel, urinaal, bedpan) en het zichzelf reinigen; bij incontinentie het vervangen van incontinentiemateriaal, het omgaan met stoma of katheter; kleren in orde

brengen - NIET op een toilet(stoel) gaan en van een toilet(stoel) komen.

j. **Beweeglijkheid in bed**—Het in en uit lighouding komen, zich positioneren en draaien in bed.

k. **Eten**—Het eten en drinken (ongeacht vaardigheid) inclusief de opname van voedsel op andere manieren (bv. sondevoeding, totale parenterale voeding).

4. **VOORNAAMSTE MANIER VAN VERPLAATSEN BINNENSHUIS**

0 Stapt zonder materieel hulpmiddel
1 Stapt met materieel hulpmiddel
bv. wandelstok, looprek, kruk, rollator, loopstoel
2 (Elektrische) rolstoel, elektronische scooter
3 Bedlegerig

5. **WHAT IS YOUR MAIN WAY OF MOVING AROUND, INDOORS?**

Code:

0 Walking without an assistive device
1 Walking with a cane
2 Walking with crutches
3 Walking with walker
4 Manual wheelchair
5 Motorized wheelchair or scooter

6. **WHAT IS YOUR MAIN WAY OF MOVING AROUND, OUTDOORS?**

Code:

0 Walking without an assistive device
1 Walking with a cane
2 Walking with crutches
3 Walking with walker
4 Manual wheelchair

7. **WANDELAFSTAND**

Grootste afstand die de cliënt te voet aan één stuk door (zonder te gaan zitten) in de laatste 3 dagen heeft afgelegd (met hulp indien nodig)

0 Niet gewandeld
1 Minder dan 5 meter
2 5-49 meter
3 50-99 meter
4 100-999 meter
5 1+ km

8. **IN ROLSTOEL AFGELEGDE AFSTAND**

Grootste afstand die de cliënt zelf in een rolstoel aan één stuk door in de laatste 3 dagen heeft afgelegd (inclusief het zelfstandig gebruik van een elektrische rolstoel)

0 Door anderen geduwd
1 Met elektrische rolstoel/scooter
2 Minder dan 5 meter
3 5-49 meter
4 50-99 meter
5 100+ meter
8 Gebruikt geen rolstoel

Orientation and Mobility (Vanaf score 2 (bij vraag D1 en/of D3)

I. ORIENTATION AND MOBILITY IN DAYTIME

(Code 1) Performance *— Code for the person's actual performance over the last 3 days.*
(Code 2) Capacity *— Speculate and code for what you think the person's capacity (ability) would have been if he or she had had to carry out the activity over the last 3 days.*
Code 1: Uitvoering
Code 2: Mogelijkheden

Premorbid capacity
Premorbid performance
Current capacity
Current preformance

0 Zelfstandig
1 Hulp beperkt tot klaarzetten
2 Toezicht — Toezicht of aanwijzingen.
3 Beperkte hulp — Hulp bij sommige gelegenheden.
4 Uitgebreide hulp — Hulp bij de gehele taak, maar voert 50% of meer van de taken zelf uit.
5 Maximale hulp – Hulp bij de gehele taak, maar voert minder dan 50% van de taken uit.
6 Totale afhankelijkheid — Alle activiteiten worden altijd door anderen uitgevoerd.
8 Activiteit heeft zich niet voorgedaan – Gedurende de gehele periode.
[DO NOT USE THIS CODE IN SCORING CAPACITY]

a. Familiar indoor environment — For example, person's home, parent's home.

b. Familiar outdoor environment — For example, person's neighborhood.

c. ☐ ☐ ☐ ☐ Unfamiliar environment (indoor or outdoor) — For example, home the person has not visited, new public building, streets in a community the person is not familiar with.

II. WITTE STOK GEBRUIK

1 Ja
2 Nee

☐ ☐

III. WALKING AND TRAILING

0 Neither
1 Trailing only
2 Walking only
3 Both

Premorbid capacity
Premorbid performance
Current capacity
Current performance

A. WALKING

Includes walking independently or with the assistance of a device, guide dog, or other person.

a. ☐ ☐ ☐ ☐ Travel – familiar

b. ☐ ☐ ☐ ☐ Travel – Unfamiliar

B. TRAILING

Involves using one or two hands, perpendicular or parallel to the wall, in order to orient oneself and travel.

a. Travel – familiar

b. Travel – Unfamiliar

IV. TRAVEL

0 Feels safe traveling independently
1 Feels safe traveling with assistance — For example, sighted guide, guide dog.
2 Does not feel safe traveling as a pedestrian.

a. **Travel - familiar—** For example, neighborhood or community that is well-known to the person.

b. **Travel – Unfamiliar** For example, a community or streets that the person is not familiar with.

9. **ACTIVITEITSNIVEAU**

A. TOTAAL AANTAL UUR LICHAMELIJKE ACTIVITEIT OF OEFENING IN DE LAATSTE 3 DAGEN

0 Geen
1 Minder dan 1 uur
2 1-2 uur
3 3-4 uur
4 Meer dan 4 uur



B. TOTAAL AANTAL UUR LICHAMELIJK ACTIVITEIT OF OEFENING DAT MEN AAN ÉÉN STUK KAN UITVOEREN

0 Geen
1 Minder dan 1 uur



2 1-2 uur
3 3-4 uur
4 Meer dan 4 uur

10. **WORK**

To examine how the person performed job-related activities. Note that this Item is measured by both performance (iG1ia) and capacity (iG1ib) of the person.

0 Independent — Required no help, set-up, or supervision.
1 Set-up help only — Help is limited to providing or placing anarticle or device within reach of the person; all other tasks are performed by the person on his or her own.
2 Supervision — Requires oversight or cueing only.
3 Limited assistance — On some occasion(s) did task on own, other times required help.
4 Extensive assistance — Required assistance throughout the task but performed 50% or more of subtasks involved in the activity on his or her own.
5 Maximal assistance — While involved, was able to complete less than 50% of subtasks of the activity on his or her own.
6 Total dependence — Full performance of the activity by others required during entire activity.
8 Activity did not occur — The activity did not occur during thelast 3 days. Do not use this code in scoring capacity.

11. **RIJDEN**

a. Drove car (vehicle) in the last 90 days prior to admission

0 No
1 Yes

b. Besturen van een gemotoriseerd voertuig B (rijbekwaamheid)

0 Niet bekwaam
1 Bekwaam

CARA-attest aanwezig

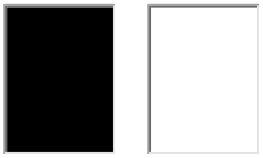
0 Neen
1 Ja

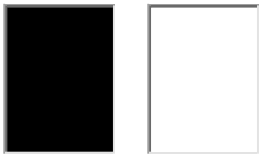
c. Besturen van een fiets in the last 90 days prior to admission

0 Neen
1 Ja

12. **POTENTIEEL VOOR LICHAMELIJKE VERBETERING**

0 Neen
1 Ja

a.  De persoon denkt in staat te zijn tot een grotere zelfstandigheid in lichamelijk functioneren.

b.  De zorgverlener denkt dat de persoon in staat is tot een grotere zelfstandigheid in lichamelijk functioneren.

13. **ALGEMENE ZELFREDZAAMHEID IS WEZENLIJK VERANDERD TEN OPZICHTE VAN 90 DAGEN GELEDEN (OF SINDS DE LAATSTE BEOORDELING INDIEN MINDER DAN 90 DAGEN)**

0 Verbeterd
1 Geen verandering
2 Verslechterd

CODE FOLLOWING THREE ITEMS IF "DETERIORATED" IN LAST 90 DAYS — OTHERWISE SKIP TO SECTION S

V. AANTAL VAN 10 ADL-GEBIEDEN WAARIN DE PERSOON ZELFSTANDIG WAS VÓÓR DE VERSLECHTERING.

VI. AANTAL VAN 8 IADL-GEBIEDEN WAARIN DE PERSOON ZELFSTANDIG WAS VÓÓR DE VERSLECHTERING.

VII. MOMENT WAAROP DE GEBEURTENIS DIE OF HET PROBLEEM DAT DE VERSLECHTERING VEROORZAAKTE OPTRAD

0 In de laatste 7 dagen
1 8-14 dagen geleden
2 15-30 dagen geleden
3 31-60 dagen geleden
4 Meer dan 60 dagen geleden
8 Geen duidelijke oorzaak

☐ Module 8: Uitbreiding algemeen dagdagelijks functioneren

VIII. TRANSFERS

Al dan niet met draaischijf of ander hulpmiddelen

Uitvoering en vermogen

Code 1: Uitvoering

Code 2: Mogelijkheden

0	Zelfstandig – Bij geen enkele activiteit fysieke hulp, klaarzetten of toezicht nodig
1	Hulp beperkt tot klaarzetten
2	Toezicht — Toezicht of aanwijzingen.
3	Beperkte hulp — Hulp bij sommige gelegenheden.
4	Uitgebreide hulp — Hulp bij de gehele taak, maar voert 50% of meer van de taken zelf uit.
5	Maximale hulp – Hulp bij de gehele taak, maar voert minder dan 50% van de taken uit.
6	Totale afhankelijkheid — Alle activiteiten worden altijd door anderen uitgevoerd.
8	Activiteit heeft zich niet voorgedaan – Gedurende de gehele periode. **[DO NOT USE THIS CODE IN SCORING CAPACITY]**

	Premorbid capacity	Premorbid performance	Current capacity	Current preformance
a.				
b.				
c.				

Veranderen van basale lichaamshouding: Van de lichaamshouding in de andere komen en van de ene locatie naar de andere gaan, zoals van een stoel opstaan en op bed gaan liggen, en gaan knielen of hurken en weer opstaan.
Inclusie: veranderen van lighouding naar andere houding; veranderen van hurkzit naar andere houding; veranderen van knielen naar andere houding; veranderen van zit naar andere houding; veranderen van stand naar andere houding; buigen; verplaatsen van het lichaamszwaartepunt .
Exclusie: uitvoeren van transfers (d420) (WHO, 2001, 2018).

Handhaven van lichaamshouding: Waar nodig zelfde lichaamshouding bewaren, zoals blijven zitten voor werk of school (WHO, 2001, 2018).

Uitvoeren van transfer in zit: zich in zit van het ene oppervlak naar het andere verplaatsen op hetzelfde of op een ander niveau, zoals bij het van een stoel naar een bed gaan (WHO, 2001, 2018).

d. 

Veranderen van stand naar een andere houding: veranderen van staande houding of van een houding in stand in een andere houding komen zoals gaan liggen of zitten (WHO, 2001, 2018).

e. 

Handhaven van zittende houding: In een zittende houding blijven, op een stoel of op de vloer, gedurende enige tijd, zo lang als nodig is, zoals bij het zitten aan een bureau of tafel.

f. 

Actief houding corrigeren

☐ Module 9: Uitbreiding algemeen dagdagelijks functioneren: ICT, technologie en bijhorende vaardigheden

I. VAARDIGHEDEN

Premorbid capacity
Premorbid performance
Current capacity
Current performance

0 Zelfstandig – Bij geen enkele activiteit fysieke hulp, klaarzetten of toezicht nodig
1 Hulp beperkt tot klaarzetten – Voorwerp of apparaat bezorgd of binnen bereik geplaatst, bij geen enkele activiteit fysieke steun of toezicht nodig
2 Toezicht – toezicht of aanwijzingen geven
3 Beperkte hulp – Ondersteuning bij het bewegen van ledematen, fysieke ondersteuning zonder gewicht te dragen
4 Uitgebreide hulp – Gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door 1 hulpverlener, waarbij de cliënt zelf nog minstens 50% van de subtaken uitvoert
5 Maximale hulp – Gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door minimum 2 hulpverleners OF gewichtsondersteunendhulp bij meer dan 50% van de subtaken
6 Totale afhankelijkheid – Activiteit wordt altijd volledig door anderen uitgevoerd
8 Activiteit heeft zich niet voorgedaan – Gedurende de gehele periode.
[DO NOT USE THIS CODE IN SCORING CAPACITY]

a.					Blind typen
b.					Online kopen (boodschappen, apps, abonnementen).
c.					Administratieve handelingen (online aanvragen, bankieren, …)
d.					Delen van persoonlijke informatie (sociale media) en draagwijdte kennen.
e.					Internetvaardigheden (zoeken, doorklikken).
f.					Gebruik vaste computer (inclusief laptop).
g.					Gebruik tablet.
h.					Gebruik smartphone.

i.					Gebruik EHealth (consultatie, parameters, coaching programma's).

II. HULPMIDDELEN

In bezit van

1 Ja

0 Nee

	Premorbid capacity	Premorbid performance	Current capacity	Current performance	
a.					Aangepast beeldscherm.
b.					Aangepast toetsenbord.
c.					Aangepaste muis.
d.					Ondersteunende producten en technologie voor communicatiedoeleinden: Aangepaste of speciaal ontworpen apparatuur, producten en technologieën die mensen ondersteunen bij het verzenden en ontvangen van informatie, zoals speciale hulpmiddelen voor het zien, opto-elektronische hulpmiddelen, speciale schrijfhulpmiddelen, hulpmiddelen voor tekenen en schrijven met de hand, signaleringssystemen, speciale computer software en hardware, cochleaire implantaten, hoorapparaten, [FM auditory trainers], stemprotheses, communicatieborden, brillen en contactlenzen.

III. ERVARING PROFESSIONAL

0 Zelfstandig – Bij geen enkele activiteit fysieke hulp, klaarzetten of toezicht nodig
1 Hulp beperkt tot klaarzetten – Voorwerp of apparaat bezorgd of binnen bereik geplaatst, bij geen enkele activiteit fysieke steun of toezicht nodig
2 Toezicht – toezicht of aanwijzingen geven
3 Beperkte hulp – Ondersteuning bij het bewegen van ledematen, fysieke ondersteuning zonder gewicht te dragen
4 Uitgebreide hulp – Gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door 1 hulpverlener, waarbij de cliënt zelf nog minstens 50% van de subtaken uitvoert
5 Maximale hulp – Gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door minimum 2 hulpverleners OF gewichtsondersteunendhulp bij meer dan 50% van de subtaken
6 Totale afhankelijkheid – Activiteit wordt altijd volledig door anderen uitgevoerd
8 Activiteit heeft zich niet voorgedaan – Gedurende de gehele periode.
[DO NOT USE THIS CODE IN SCORING CAPACITY]

	Premorbid capacity	Premorbid performance	Current capacity	Current performance	
a.					Blind typen
b.					Online kopen (boodschappen, apps, abonnementen).
c.					Administratieve handelingen (online aanvragen, bankieren, …)
d.					Delen van persoonlijke informatie (sociale media) en draagwijdte kennen.
e.					Internetvaardigheden (zoeken, doorklikken).

f. Gebruik vaste computer (inclusief laptop).

g. Gebruik tablet.

h. Gebruik smartphone.

i. Gebruik EHealth (consultatie, parameters, coaching programma's).

Sectie H: Continentie

1. **URINECONTINENTIE**

0 **Continent** — Volledige beheersing. GEBRUIKT GEEN katheter of enig ander urine-opvangsysteem.

1 **Volledige beheersing met katheter of stoma** — Volledige beheersing met gebruik van katheter of urine-opvangsysteem.

2 **Soms incontinent** — Continent in de laatste 3 dagen, maar soms toch incontinent.

3 **Af en toe incontinent** — Incontinentievoorvallen minder vaak dan dagelijks.

4 **Vaak incontinent** — Dagelijks incontinent, maar nog enige beheersing (bv. overdag) aanwezig.

5 **Incontinent** — Geen blaasbeheersing aanwezig, herhaald dagelijkse incontinentievoorvallen, de gehele of bijna de gehele tijd.

8 **Kwam niet voor** — Geen urinelozing uit blaas in de laatste 3 dagen.

2. **STOELGANGCONTINENTIE**

Codering: *Codeer voor ontlasting gedurende de laatste 3 dagen.*

0 **Continent:** Volledige beheersing; GEEN stoma aanwezig
1 **Beheersing met een stoma**: In de laatste 3 dagen
2 **Accidenteel incontinent:** Continent in de laatste 3 dagen, maar accidenteel incontinent
3 **Minder vaak dan dagelijks incontinent**: Incontinentie voorvallen minder vaak dan dagelijks
4 **Dagelijks incontinent:** Dagelijks incontinent, maar nog enige beheersing
5 **Incontinent:** Geen beheersing
8 **Kwam niet voor:** Geen stoelgang in de laatste 3 dagen

Vanaf een score 1 of meer op vraag 1 of 2

I. INCONTINENTIEMATERIAAL OF INLEGKRUISJES

Codering: *Codeer voor aanwezigheid van incontinentiemateriaal.*

0 Nee
1 Ja

II. AANWEZIGHEID VAN STOMA

Codering: *Codeer voor aanwezigheid van een stoma gedurende de laatste 3 dagen.*

0 Nee
1 Ja

Sectie I: Ziektebeelden

1. **SELECTIELIJST VAN ZIEKTEBEELDEN**

0 Afwezig.
1 Primaire diagnose/diagnose voor huidige zorgperiode.
2 Diagnose aanwezig, actieve behandeling.
3 Diagnose aanwezig, wordt opgevolgd, maar geen actieve behandeling.

a. Musculoskeletaal

b. Neurologisch

c. ☐ Orthopedie

d. ☐ Psychiatrisch

e. ☐ Sensorieel

f. ☐ Cardiovasculair

g. ☐ Respiratoir

h. ☐ Gastro-intestinaal en urogenitaal

i. ☐ Dermatologisch

Sectie J: Gezondheidstoestand

1. **ALLERGIE**

0 Neen
1 Ja

a. ☐ Allergie voor voedingsmiddelen, latex, andere

b. ☐ Environmental allergies

c. ☐ Severe (anaphylactic) allergy
EXCLUDE MEDICATION ALLERGIES

d. ☐ Contacteczeem

Zie ook allergie voor medicatie Sectie M vraag 1

2. **VOEDSELINTOLERANTIE(S)** ☐

0 Neen
1 Ja

3. **VALINCIDENTEN** ■ ☐

0 Geen valincident in de laatste 90 dagen
1 Geen valincident in de laatste 30 dagen, maar wel 31-90 dagen geleden
2 Een valincident in de laatste 30 dagen
3 Twee of meer valincidenten in de laatste 30 dagen

4. **FREQUENTIE VAN GEZONDHEIDSPROBLEMEN**

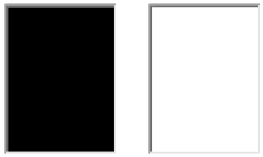
Codeer voor de laatste drie dagen

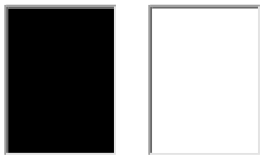
0 Afwezig
1 Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond
2 Op 1 van de laatste 3 dagen vertoond
3 Op 2 van de laatste 3 dagen vertoond
4 Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond

A. EVENWICHT

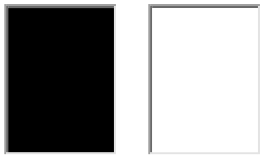
a. ■ ☐ Kan moeilijk of niet zonder hulp gaan staan.

b.  Kan moeilijk of niet omdraaien en de andere kant opkijken vanuit staande positiestanding.

c.  Duizeligheid

d.  Loopt onzeker

B. SLAAP

a.  **Inslaap- of doorslaapproblemen;** te vroeg wakker worden; rusteloosheid; geen rustige slaap.

b.  Te veel slaap; Hetgeen normaal functioneren belemmert.

5. **SLAAP GEDURENDE DE DAG**

0 De gehele tijd of meestal wakker (niet meer dan één dutje in de morgen of namiddag)
1 Dut veelvuldig
2 Meestal in slaap, maar soms wakker en oplettend
4 Meestal in slaap of niet reagerend



6. **DYSPNEU (KORTADEMIGHEID)**

0 Afwezig
1 Afwezig bij rust, maar aanwezig bij het leveren van matige inspanningen
2 Afwezig bij rust, maar aanwezig bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten
3 Aanwezig bij rust.



7. **VERMOEIDHEID**

Onvermogen om normale dagelijkse activiteiten (ADL, IADL, ...) uit te voeren

0 Niet vermoeid
1 Minimaal
2 Matig
3 Ernstig
5 Onvermogen om dagelijkse activiteiten te beginnen

8. **FREQUENTIE WAARMEE OVER PIJN WORDT GEKLAAGD OF PIJN WORDT GETOOND**

0 Geen pijn
1 Pijn aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond
2 Pijn op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond
3 Pijn dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond

9. **INTENSITEIT VAN DE ERGSTE PIJN**

0 Geen pijn
1 Mild
2 Matig
3 Ernstig
4 Momenten van vreselijk of ondraaglijke pijn

10. **PIJNPATROON**

0 Geen pijn
1 Een pijnopstoot in de laatste 3 dagen
2 Met tussenpozen
3 Ononderbroken.

11. **DOORBRAAKPIJN**

Plotse, acute pijnsscheuten in de laatste 3 dagen

0 Nee
1 Ja

12. **PIJNBESTRIJDING**

0 Geen pijn
1 Pijnintensiteit aanvaardbaar; geen pijnbestrijding nodig
2 Goed met therapeutische aanpak bestreden
3 Bestreden wanneer therapeutische aanpak correct wordt gevolgd, maar dat is niet altijd het geval
4 Therapie gevolgd, maar pijn niet goed bestreden
5 Geen therapeutische aanpak voor pijn gevolgd; pijn niet goed bestreden.

13. **INSTABILITEIT VAN GEZONDHEIDSPROBLEMEN**

0 Nee
1 Ja

a.  Door problemen/ziekten zijn cognitie, ADL, stemming of gedrag onstabiel.

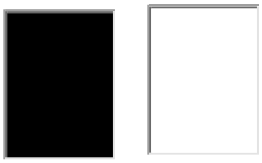
b.  Maakt een acuut optreden of opleving mee van een terugkerend of chronisch gezondheidsprobleem.

c.  Terminaal stadium van ziekte, 6 maanden of minder te leven.

14. **ZELF GEMELDE GEZONDHEID**

VRAAG: "Hoe vindt u over het algemeen uw gezondheid?"

0 Uitstekend
1 Goed
2 Redelijk
3 Slecht
8 Kon of wilde niet antwoorden



Bij aanwezigheid van terminale ziekte

I. GESCHATTE LEVENSVERWACHTING

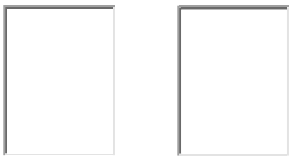
1 Nakend overlijden
2 Minder dan 6 weken
3 6 weken of langer, maar minder dan 6 maanden
4 6 maanden of langer



15. **ALCOHOL**

Hoogste aantal consumpties (glazen) bij één gelegenheid in LAATSTE 14 DAGEN

0 Geen
1 1
2 2- 4
3 5 of meer



Indien score op 3 op vraag J15

II. PERSOON HEEFT OOIT EEN AANDOENING DIE GERELATEERD WAS AAN HET GEBRUIK VAN BEPAALDE MIDDELEN

bv. alcoholafhankelijkheid

0 Nee
1 Ja

16. **ROOKT DAGELIJKS TABAK**

1 Nee
2 Niet in de laatste 3 dagen, maar rookt normaal gezien dagelijks
3 Ja

Sectie K: Toestand van mond en voeding

1. **LENGTE EN GEWICHT**

Noteer lengte in cm en gewicht in kg. Baseer het gewicht op de meest recente meting in de LAATSTE 30 DAGEN

A. LENGTE

Codering: *Lengte (cm.)*

☐ ☐ ☐

B. GEWICHT

Codering: *Gewicht (kg.)*

☐ ☐ ☐

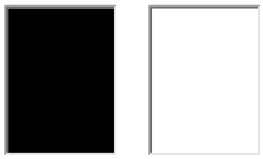
2. **VOEDINGSPROBLEMEN**

0 Nee
1 Ja

a. ■ ☐ Gewichtsverlies van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% of meer in de laatste 180 dagen.

b. ■ ☐ Gedehydrateerd (bv. uitgedroogde huid en slijmvliezen).

c.  Minder dan 1 liter vochtinname per dag.

d.  Meer vochtverlies dan vochtinname.

3. **SLIKKEN**

De passage van voedsel en vloeistof door mondholte, keelholte en oesofagus naar de maag met een adequaat tempo en een adequate snelheid.
Inclusie: orale fase slikproces, faryngeale fase slikproces, en oesofageale fase slikproces; stoornissen zoals orale, faryngeale en oesofageale dysfagie

0 GEEN stoornis
1 LICHTE stoornis (5-24 %)
2 MATIGE stoornis (25-49 %)
3 ERNSTIGE stoornis (50-95 %)
4 VOLLEDIGE stoornis (96-100 %)
8 niet gespecificeerd
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

4. **EVOLUTIE VAN DE EETLUST**

in de laatste 30 dagen

0 De eetlust is toegenomen
1 De eetlust is ongewijzigd
2 De eetlust is afgenomen
3 Evolutie onbekend

5. **MANIER VAN VOEDSELINNAME**

0 **Normaal**—Kan alle soorten voedsel doorslikken
1 **Verminderd zelfstandig**—Bv. drinkt met kleine teugjes, eet beperkte hoeveelheid vast voedsel, behoefte aan voedselbewerking is misschien niet gekend
2 **Vraagt een aangepaste bewerking om vast voedsel te kunnen doorslikken** - Bv. pureren, fijnhakken, of kan alleen specifieke voedingsmiddelen tot zich nemen
3 **Aanpassingen nodig om vloeistoffen te kunnen doorslikken** - Bv. indikken
4 **Kan alleen gepureerd vast voedsel en ingedikt vloeibaarvoedsel doorslikken**
5 **Combinatie van orale en parenterale toediening van voedsel of sondevoeding**
6 **Alleen voedseltoediening via nasogastrische sonde**
7 **Voedseltoediening via buikwand**—bv. PEG
8 **Alleen parenterale voedseltoediening**—Alle soorten parenterale voeding (bv. TPN)
9 **Activiteit kwam niet voor**

6. **GEBIT EN MOND**

0 Neen
1 Ja

a. Draagt een kunstgebit (uitneembare prothese).

b. Heeft gebroken, gebarsten of niet intacte eigen tanden.

c. Meldt een droge mond te hebben.

d. Meldt moeite met kauwen te hebben.

7. **PARENTERALE OF ENTERALE INNAME**

Het aandeel in totaal aantal calorieën dat de cliënt parenteraal of door sondevoedingen in de laatste 3 dagen ontving

0 Geen parenterale/enterale voeding
1 Parenteraal/sondevoeding, maar geen calorieën
2 1% tot 25% van totaal aantal calorieën
3 26% of meer van totaal aantal calorieën

Sectie L: Conditie van de huid

1. **DOORLIGWONDE MET HOOGSTE ERNSTGRAAD**

Leg het hoogste stadium van een decubitus ulcus (doorligwonde) vast op gelijk welk deel van het lichaam in de laatste 3 dagen

0 Geen doorligwonde
1 Niet wegdrukbare roodheid op om het even welke plaats
2 Oppervlakkige beschadiging van huidlagen of blaarvorming
3 Huiddefect (krater) met schade of necrose van huid en subcutis
4 Uitgebreide aantasting en necrose van onderliggende en/of ondersteunende weefsels en structuren
5 Ernst niet te bepalen door bijvoorbeeld grote hoeveelheid necrotische korst.

2. **EERDER EEN DOORLIGWONDE GEHAD**

   0 Neen
   1 Ja

3. **ANDER ULCUS DAN DOORLIGWONDE**

   bv. veneuze, arteriële, gemengd veneus-arteriële of diabetische voetulcus

   0 Nee
   1 Ja

4. **ERNSTIGE HUIDPROBLEMEN**

   bv. tweede- of derdegraadsverbranding, helende operatiewonden

   0 Nee
   1. Ja

5. **SKIN TEARS OF SNIJWONDEN (GEEN OPERATIEWONDEN)**

   0 Nee
   1 Ja

6. **ANDERE HUIDPROBLEMEN OF HUIDVERANDERINGEN**

   (vb. ecchymosen (blauwe plekken), huiduitslag, jeuk, huidvlekken, herpes zoster (gordelroos), intertrigo (smetplekken), eczeem)

   0 Neen
   1 Ja

7. **VOETPROBLEMEN**

   (vb. hallux valgus, likdoorns, hamertenen, overlappende tenen, structuurproblemen, infecties, zweren)

   0 Geen voetproblemen
   1 Voetproblemen, beperken het lopen niet
   2 Voetproblemen, beperken het lopen
   3 Voetproblemen, verhinderen het lopen
   4 Voetproblemen, persoon loopt om andere redenen niet

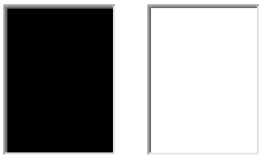
Sectie M: Geneesmiddelen

1. **ALLERGIE VOOR GENEESMIDDELEN**

   0 Nee
   1 Ja

2. **HOUDING VAN DE PERSOON TEN OPZICHTE VAN VOORGESCHREVEN GENEESMIDDELEN**

0 Hield zich er altijd aan
1 Hield zich er 80% van de tijd of meer aan
2 Hield zich er minder dan 80% van de tijd aan, omvat ook het niet kopen van voorgeschreven geneesmiddelen
8 Geen geneesmiddelen voorgeschreven



3. **TOTAAL AANTAL GENEESMIDDELEN**

Noteer het aantal verschillende (voorgeschreven en vrij verkrijgbare) geneesmiddelen dat regelmatig of occasioneel wordt gebruikt in de laatste 3 dagen (ook oogdruppels en geneesmiddelen die op een onderhoudsbasis worden gebruikt). Codeer van 0 tot 15 (kies 15 indien 15 of meer).



4. **TOTAAL AANTAL GENEESKRACHTIGE KRUIDEN EN VOEDINGSSUPPLEMENTEN**

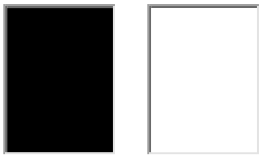
Noteer het aantal verschillende geneeskrachtige kruiden en voedingssupplementen dat regelmatig of occasioneel wordt gebruikt in de laatste 3 dagen. Codeer van 0 tot 15 (kies 15 indien 15 of meer).



5. **ONLANGS GEWIJZIGDE GENEESMIDDELEN**

Arts schreef een (nieuw) geneesmiddel voor of stopte een gebruikt geneesmiddel in de laatste 14 dagen.

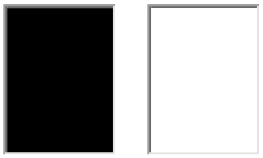
0 Neen
1 Ja



6. **ZELFGEMELDE BEHOEFTE AAN CONTROLE VAN HET GENEESMIDDELENGEBRUIK**

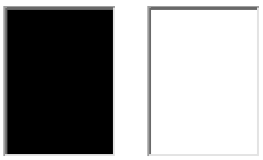
Heeft u over uw geneesmiddelengebruik bedenkingen die u wilt bespreken met een gezondheidswerker?

0 Neen
1 Ja
8 Kon of wilde niet antwoorden



7. **GEBRUIK VAN PSYCHOFARMACA**

0 Neen
1 Ja



8. **OPZETTELIJK MISBRUIK VAN VOORGESCHREVEN OF VRIJ VERKRIJGBARE MEDICIJNEN IN DE LAATSTE 90 DAGEN**

(vb. gebruikte benzodiazepinen of pijnstillers anders dan bedoeld)

0 Neen
1 Ja

Sectie N: Behandelingen en procedures

1. **FORMELE ZORG VÓÓR DE OPNAME**

Kreeg de persoon vóór opname formele zorg (andere dan van familie en vrienden)?

0 Nee
1 Ja
2 Verbleef in een geïnstitutionaliseerde zorgsetting

2. **ZIEKENHUISVERBLIJF, BEZOEK AAN SPOEDDIENST, RAADPLEGING ARTS**

Leg het aantal keren vast in de LAATSTE 90 DAGEN (of sinds de laatste beoordeling als die MINDER DAN 90 DAGEN geleden gebeurde).

a. Opname in acuut ziekenhuis met minstens één doorgebrachte nacht.

b. Spoeddienst bezocht (zonder overnachting).

c. Raadpleging arts (of bevoegd assistent).

3. **FORMAL CARE FORMELE ZORG**

Days (A) and Total minutes (B) of care in last 7 days
Extent of care / treatment in LAST 7 DAYS (or since last assessment or admission, if less than 7 days) involving:

	(Premorbid (A) # of Days (0 - 7)	Total Minutes in Week (0 - 999)	Current (A) # of Days (0 - 7)	Total Minutes in Last Week (0 - 999)	
A. PROFESSIONELE ZORG					
a.					Psychiater
b.					Andere arts of specialist (oa. oogarts)
c.					Thuisverpleegkundige.
d.					Kinesitherapie (door of onder supervisie van een gediplomeerd therapeut)

e.					Ergotherapie (door of onder supervisie van gediplomeerd therapeut).
f.					Logopedie (door een gediplomeerd therapeut).
g.					Audiologie
h.					Klinisch psycholoog
i.					Neuropsycholoog
j.					Diëtist
k.					Maatschappelijk werker
l.					Osteopaat

m.					Podoloog

B. DIENSTEN

n.					Home health aides
o.					Thuisbegeleidingsdiensten
p.					Thuisgeleverde maaltijden
q.					Huishoudhulp
r.					Psychotherapie (door een gediplomeerd therapeut in de geestelijke gezondheidszorg).
s.					CAR
t.					Low vision centra
u.					Hulp bij geneesmiddelengebruik.

v. Hulp bij hygiënische zorgen.

w. Ziekenoppas of oppasdienst.

x. Kortverblijf

4. **BEHANDELINGEN (THUIS OF ELDERS) EN PROGRAMMA'S**

A. ONTVANGEN OF GEPLANDE BEHANDELINGEN EN PROGRAMMA'S IN DE LAATSTE 3 DAGEN (OF SINDS DE LAATSTE BEOORDELING INDIEN MINDER DAN 3 DAGEN)

0 Niet opgedragen EN kwam niet voor
1 Opgedragen, niet uitgevoerd
2 Op 1-2 van de laatste 3 dagen
3 Dagelijks in de laatste 3 dagen
8 Kwam niet voor, weigering van aangeboden behandeling

B. TREATMENTS AND PROGRAMS REQUIRED AFTER DISCHARGE

0 No
1 Yes

a. Chemotherapie
b. Dialyse
c. Infectiecontrole (Isolering/quarantaine)
d. Infuusmedicatie

e. Zuurstoftherapie

f. Bestraling

g. Aspiratie van neus, keel of bovenste luchtwegen

h. Urinary catheter care

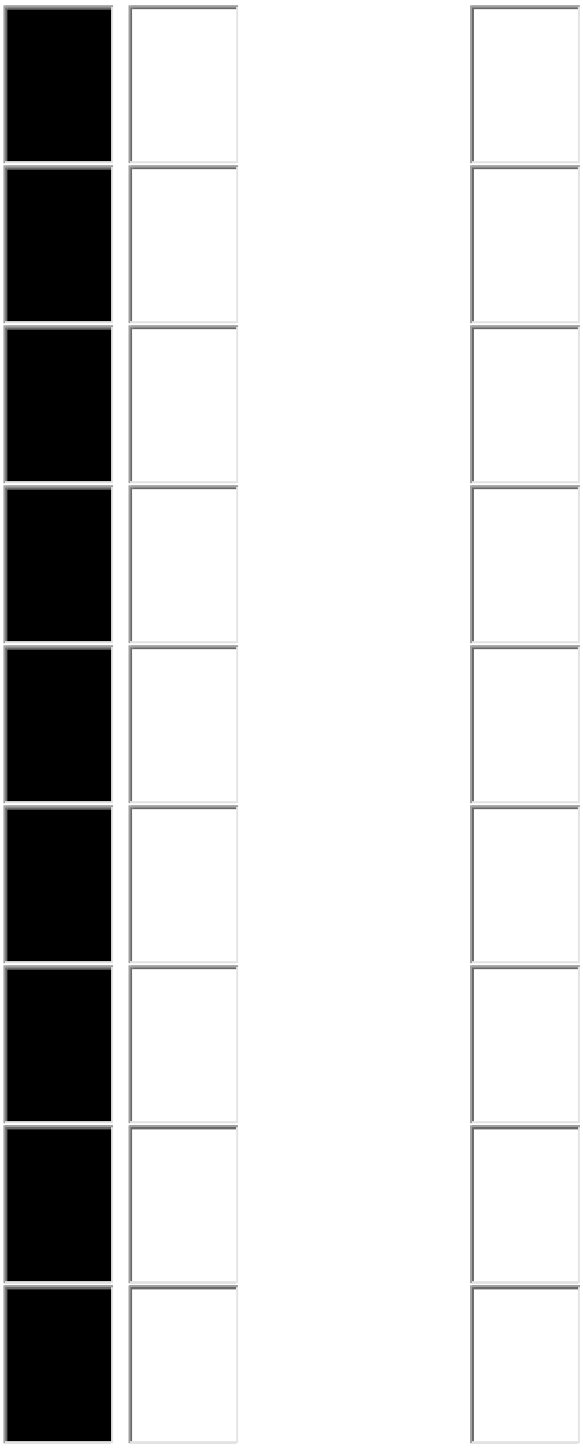
i. Indwelling catheter

j. Wondzorg

k. Zelfregulerende pijnmedicatie (PCA-pomp)

l. Pastorale diensten

m. Wisselhoudingprogramma

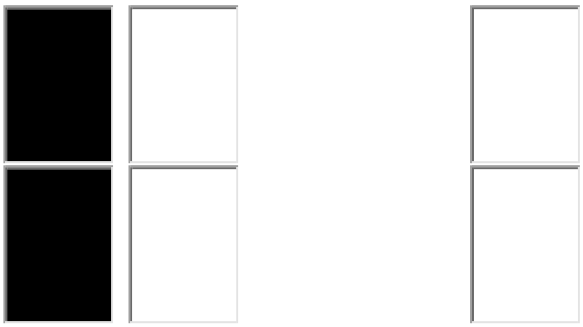


C. ONTVANGEN OF GEPLANDE BEHANDELINGEN EN PROGRAMMA'S IN DE LAATSTE 3 DAGEN (OF SINDS DE LAATSTE BEOORDELING INDIEN MINDER DAN 3 DAGEN)

0 Niet opgedragen EN kwam niet voor
1 Opgedragen, niet uitgevoerd
2 Op 1-2 van de laatste 3 dagen
3 Dagelijks in de laatste 3 dagen
8 Kwam niet voor, weigering van aangeboden behandeling

Darmtraining

Fitting



5. **ATTITUDE NAAR THERAPY**

0	GEEN belemmerende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar....) 0-4%	+0	GEEN ondersteunende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar.) 0-4%
1	LICHT belemmerende factor (gering, laag...) 5-24%	+1	LICHT ondersteunende factor (gering, laag...) 5-24%
2	MATIG belemmerende factor (tamelijk...) 25-49%	+2	MATIG ondersteunende factor (tamelijk...) 25-49%
3	AANZIENLIJK belemmerende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%	+3	AANZIENLIJK ondersteunde factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
4	VOLLEDIG belemmerende factor (totaal...) 96-100%	+4	VOLLEDIG ondersteunende factor (totaal...) 96-100%
8	belemmerende factor, niet gespecificeerd	+8	ondersteunende factor, niet gespecificeerd
		9	niet van toepassing (WHO, 2001, 2018)

☐ Module 11: Behandeling en procedures: uitbreiding

Vanaf score 2 of hoger bij vraag D1 en/of D3

I. NUMBER OF MINUTES SPENT BY FORMAL CAREGIVING AGENCIES IN PROVIDING CARE OR CARE MANAGEMENT IN THE LAST 7 DAYS (OR SINCE THE LAST ASSESSMENT OR ADMISSION, IF LESS THAN 7 DAYS HAVE PASSED).

Pre-morbid / current

Code (1): # of days

Code (2): Total Minutes in Last Week

a.

Intervenor — Assists deafblind persons as they interact with the environment and people.

b.

Interpreter — Assists with communication by helping those with different communication modes to communicate with one another. (Do not include

interpretation services for spoken language, for example, English to Spanish.)

c. ☐ ☐ ☐ ☐ **Vision rehabilitation** — Helping the person adapt to his or her environment with a specific focus on how the person can best use his or her remaining vision.

d. ☐ ☐ ☐ ☐ **Hearing rehabilitation** — Helping the person adapt to his or her environment with a specific focus on how the person can best use his or her remaining hearing.

e. ☐ ☐ ☐ ☐ **Orientation and mobility instruction** Instruction to assist the person in being aware of where he or she is, where he or she wishes to go, and being able to move in his or her environment safely and independently.

f. ☐ ☐ ☐ ☐ **Literacy instruction** — Helping the person develop language and communication skills with any appropriate modality.

g. ☐ ☐ ☐ ☐ Health care aides/personal support worker

Sectie O: Mantelzorg en steun

1. **PRIMARY CAREGIVER FOR ANOTHER INDIVIDUAL**

   0 No
   1 Yes

2. **INFORMAL HELP GIVEN TO OTHERS**

   Areas of informal help given by the person to others (excluding volunteer activities)

   0 No
   1 Yes

   a. Emotional support/companionship.

   b. IADL

   c. ADL

3. **AANWEZIGHEID VAN MANTELZORGERS**

   0 Neen (ga naar O4)
   1 Ja

'JA' OP O3

I. TWEE BELANGRIJKSTE MANTELZORGERS
RELATIE TOT DE PERSOON

Mantelzorger 1

1 Kind/schoonkind
2 Echtgenoot/echtgenote
3 Partner/ander belangrijk persoon
4 Vader/moeder/voogd
5 Zus/broer
6 Ander familielid
7 Vriend(in)
8 Buur
9 Geen mantelzorger

Mantelzorger 2

1 Kind/schoonkind
2 Echtgenoot/echtgenote
3 Partner/ander belangrijk persoon
4 Vader/moeder/voogd
5 Zus/broer
6 Ander familielid
7 Vriend(in)
8 Buur
9 Geen mantelzorger

II. WOONT SAMEN MET DE PERSOON

Mantelzorger 1

0 Nee
1 Ja, 6 maanden of minder
2 Ja, langer dan 6 maanden

Mantelzorger 2

0 Nee
1 Ja, 6 maanden of minder
2 Ja, langer dan 6 maanden.

III. CAREGIVER CHARACTERISTICS

0 No
1 Yes
8 No caregiver

Mantelzorger 1

a. In school full-time

b. In school part-time

Mantelzorger 2

a. In school full-time

b. In school part-time

c. Working full-time outside home

d. Working part-time outside home

e. Working full-time from home

f. Working part-time from home

g. Sleep interrupted frequently at night because of caregiving.

h. Caregiver's physical status is such that he or she has difficulty attending to caregiving tasks.

c. Working full-time outside home

d. Working part-time outside home

e. Working full-time from home

f. Working part-time from home

g. Sleep interrupted frequently at night because of caregiving.

h. Caregiver's physical status is such that he or she has difficulty attending to caregiving tasks.

i. Caregiver's cognitive or mental health status is such that he or she has difficulty attending to caregiving tasks

j. Caregiver has limited access to social support system

k. Caregiver reports hurtful criticism of his or her caregiving from friends or relatives.

i. Caregiver's cognitive or mental health status is such that he or she has difficulty attending to caregiving tasks

j. Caregiver has limited access to social support system

k. Caregiver reports hurtful criticism of his or her caregiving from friends or relatives.

IV. AGE OF CAREGIVER

Mantelzorger 1 ☐☐

Mantelzorger 2 ☐☐

V. TOESTAND VAN MANTELZORGER(S)

0 Nee
1 Ja

a.

b.

Primaire mantelzorger uit gevoelens van droefheid, woede of depressie: De belangrijkste mantelzorger uit (op welke wijze dan ook) dat hij/zij zich ongelukkig voelt, boos is of een conflict ervaart omwille van het zorgen voor de cliënt.

Familie of naaste vrienden geven aan erg van streek te zijn door de ziekte van de cliënt: Familieleden of naaste vrienden zeggen tegen de cliënt of de beoordelaar dat ze moeilijkheden hebben om met de ziekte om te gaan. Ze kunnen aangeven zich overweldigd te voelen of opgebrand te zijn.

c. **Primaire mantelzorger is ontevreden** met de steun die hij/zij van de familie en vrienden krijgt.

d. **Mantelzorger(s) is(zijn) niet in staat om et de zorgactiviteiten verder te gaan** – bv. achteruitgang in de gezondheid van de mantelzorger maakt het moeilijk om verder te gaan : De mantelzorger, de cliënt of de beoordelaar denkt dat (een) mantelzorger(s) niet in staat is om de zorg te blijven verlenen. Dit kan door gelijk welke reden zijn, met inbegrip van persoonlijke gezondheidsproblemen, een gebrek aan motivatie om door te gaan, problemen om zich tot bij de cliënt te verplaatsen, of andere zaken die de volle aandacht vragen (bv. zorg voor een kind, verwachtingen op het werk).

e. **Persoon krijgt steun van iemand die positief tegenover ontslag** (lichtere zorgsetting) of zelfstandig wonen (thuisblijven).

VI. UREN MANTELZORG EN ACTIEVE MONITORING

in de laatste 3 dagen (0 - 999).

☐ ☐ ☐

VII. MANTELZORGBELASTING OP DE ROMANTISCHE PARTNERRELATIE

0 GEEN belemmerende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar....) 0-4%
1 LICHT belemmerende factor (gering, laag...) 5-24%
2 MATIG belemmerende factor (tamelijk...) 25-49%
3 AANZIENLIJK belemmerende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
4 VOLLEDIG belemmerende factor (totaal...) 96-100%
8 belemmerende factor, niet gespecificeerd
+8 ondersteunende factor, niet gespecificeerd
9 niet van toepassing
(WHO, 2001, 2018).

+0 GEEN ondersteunende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar.) 0-4%
+1 LICHT ondersteunende factor (gering, laag...) 5-24%
+2 MATIG ondersteunende factor (tamelijk...) 25-49%
+3 AANZIENLIJK ondersteunde factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
+4 VOLLEDIG ondersteunende factor (totaal...) 96-100%

Vanaf score 2 of hoger bij vraag D1 en/of D3

VIII. AREAS OF INFORMAL HELP DURING LAST 3 DAYS

To assess the types of support provided by each of the identified helpers.

0 No
1 Yes
8 No informal helper

	Pre-morbid Helper 1	Helper 1	Current Helper 2	Helper 2
IADL				
ADL				
Care of children and other dependents				
Orientation and mobility				
Communication				
Hearing				
Vision				

4. **REACTIE EN ROUW VAN DE OMGEVING**

Code for the presence of each item in the last 3 days. If the person has no family or friends, code "8". Codering gaat uit vanuit het standpunt van de omgeving.

0 No
1 Yes
8 Not applicable

a. ☐ ☐ Openlijk ruzie of woede met familie of goede bekenden.

b. ☐ ☐ Door reactie van omgeving is de cliënt bang voor familielid of goede bekenden.

c. ☐ ☐ Familie of vrienden leggen ongebruikelijk veel beslag op tijd van zorgverleners.

d. ☐ ☐ Family or close friends are persistently hostile toward person.

bij 'nee' op vraag O4 EN/OF F7

IX. ATTIDUDE VAN HET NETWERK EN DE OMGEVING

Codeer voor elk item in welke mate de specifieke ondersteuning en relatie een belemmerende of ondersteunende factor is in het revalidatieproces

0 GEEN belemmerende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar....) 0-4%
1 LICHT belemmerende factor (gering, laag...) 5-24%
2 MATIG belemmerende factor (tamelijk...) 25-49%
3 AANZIENLIJK belemmerende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
4 VOLLEDIG belemmerende factor (totaal...) 96-100%
+0 GEEN ondersteunende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar.) 0-4%
+1 LICHT ondersteunende factor (gering, laag...) 5-24%
+2 MATIG ondersteunende factor (tamelijk...) 25-49%
+3 AANZIENLIJK ondersteunde factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
+4 VOLLEDIG ondersteunende factor (totaal...) 96-100%
8 belemmerende factor, niet gespecificeerd
+8 ondersteunende factor, niet gespecificeerd
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

a. ☐ ☐ **Persoonlijke attitudes van naaste familieleden:** Algemene of speciale meningen en opvattingen van naaste familieleden over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische onderwerpen) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden (WHO, 2001, 2018).

b. **Persoonlijke attitudes van verre familieleden**: Algemene of speciale meningen en opvattingen van verre familieleden over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische onderwerpen) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden (WHO, 2001, 2018).

c. **Persoonlijke attitudes van vrienden**: Algemene of speciale meningen en opvattingen van vrienden over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische onderwerpen) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden (WHO, 2001, 2018).

d. **Persoonlijke attitudes van kennissen, leeftijds- en seksegenoten, collega's, buren en stad- of dorpsgenoten**: Algemene of speciale meningen en opvattingen van kennissen, leeftijds- en seksegenoten, collega's, buren en stad- of dorpsgenoten over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische onderwerpen) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden (WHO, 2001, 2018).

e. **Persoonlijke attitudes van meerderen**: Algemene of speciale meningen en opvattingen van meerderen over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische zaken) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden (WHO, 2001, 2018).

f. **Persoonlijke attitudes van ondergeschikten:** Algemene of speciale meningen en opvattingen van ondergeschikten over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische zaken) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden (WHO, 2001, 2018).

Sectie P: Beoordeling van de leefomgeving

Zie hiervoor ook de sociale module binnen de BelRAI.

1. **FINANCIËLE PROBLEMEN**

In de LAATSTE 30 DAGEN maakte de persoon WEGENS BEPERKTE FINANCIËLE MIDDELEN AFWEGINGEN TUSSEN: adequate VOEDING, adequaat onderdak, adequate kledij, voorgeschreven geneesmiddelen, voldoende verwarming of afkoeling, noodzakelijke gezondheidszorg, thuiszorg.

0 Nee
1 Ja

2. **WOONOMGEVING**

Codeer al wat de woonomgeving gevaarlijk of onbewoonbaar maakt. (Indien tijdelijk opgenomen, baseer de beoordeling dan op huisbezoek)

0 Neen
1 Ja
8 Niet vastgesteld, woning niet bezocht.

a. **Achterstallig onderhoud—**Bv. gevaarlijke rommel; onvoldoende of geen verlichting in woonkamer, slaapkamer, keuken, toilet, gangen; gaten in de vloer; lekkende leidingen.

b. **Smerige woon- en leefomstandigheden**—bv. extreem vuil, aanwezigheid van ratten, insecten.

c. **Onvoldoende verwarming of afkoeling**—bv. te heet in zomer, te koud in winter.

d. **Gebrek aan persoonlijke veiligheid—**bv. angst voor geweld, onveilig om post op te halen of buur te bezoeken, druk straatverkeer.

e. **Beperkte of gebrekkige toegang tot woning of de woonvertrekken—**bv. het is moeilijk de woning in te gaan of te verlaten, trappen op te lopen of in de kamers te bewegen; noodzakelijke handgrepen zijn niet aanwezig.

3. **WOONT IN EEN APPARTEMENT DAT OF EEN WONING DIE IS AANGEPAST VOOR EEN PERSOON MET EEN BEPERKING**

0 Nee
1 Ja

4. **WOONT IN EEN APPARTEMENT DAT OF EEN WONING DIE IS AANGEPAST VOOR ZIJN BEPERKING**

0 Nee
1 Ja

5. **PATIENT IS REQUIRED TO CLIMB TWO OR MORE STEPS**

to access usual residence or important rooms in the home (e.g., bathroom, bedroom)

0 Nee
1 Ja

vanaf score 2 of hoger bij vraag D1 en/of D3

I. CODERING VAN DE LEEFOMGEVING

0	GEEN belemmerende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar....) 0-4%	+0	GEEN ondersteunende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar.) 0-4%
1	LICHT belemmerende factor (gering, laag...) 5-24%	+1	LICHT ondersteunende factor (gering, laag...) 5-24%
2	MATIG belemmerende factor (tamelijk...) 25-49%	+2	MATIG ondersteunende factor (tamelijk...) 25-49%
3	AANZIENLIJK belemmerende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%	+3	AANZIENLIJK ondersteunde factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
4	VOLLEDIG belemmerende factor (totaal...) 96-100%	+4	VOLLEDIG ondersteunende factor (totaal...) 96-100%
8	belemmerende factor, niet gespecificeerd.	+8	ondersteunende factor, niet gespecificeerd
		9	niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

a.

Lichtsterkte: Niveau of hoeveelheid energie verspreid door een natuurlijke lichtbron (bijvoorbeeld de zon) of een kunstmatige lichtbron (WHO, 2001, 2018).

b.

Licht kwaliteit: De aard van het licht en bijbehorende kleur contrasten in de zichtbare omgeving die nuttige (bijvoorbeeld zichtbare informatie over de aanwezigheid van een trap of deur) of verwarrende (bijvoorbeeld te veel zichtbare beelden) informatie over de wereld levert (WHO, 2001, 2018).

c. ☐ ☐ **Geluidssterkte:** Niveau of volume van een hoorbaar verschijnsel bepaald door de hoeveelheid energie die is opgewekt, waarbij een hoog energieniveau wordt ervaren als harde geluiden en een laag energieniveau als zachte geluiden (WHO, 2001, 2018).

d. ☐ ☐ **Geluidskwaliteit:** Aard van het geluid bepaald door de golflengte en het golfpatroon van het geluid, ervaren als timbre en toon, zoals scherp of melodieus, en waardoor nuttige (bijvoorbeeld het geluid van een blaffende hond versus een miauwende kat) of verwarrende (bijvoorbeeld achtergrondlawaai) informatie over de wereld kan worden geleverd. (WHO, 2001, 2018).

☐ Module 13: Uitbreiding: Beoordeling van de leefomgeving

Zie hiervoor ook de sociale module binnen de BelRAI

II. AANPASSINGEN NAAR PRODUCTIVITEITSOMGEVING (WERK/ ONDERWIJS)

0 Nee
1 Ja

a. ☐ ☐ Toegankelijke gebouw/aula

b. ☐ ☐ Toegankelijk toilet

c. ☐ ☐ Toegankelijke lift met rolstoel

d. ☐ ☐ Vaste bureau/ landschapsbureaus

e. Informeren van

i. ☐ ☐ Professor/docent /assistent (lesgever).

ii. ☐ ☐ Leidinggevende/directie.

iii. ☐ ☐ Medestudenten/ collega's.

Indien beperking van visuele aard (vanaf score 2 of hoger bij vraag D1 en/of D3) is

III. AANPASSINGEN PRODUCTIVITEITSOMGEVING

0 Nee
1 Ja

a. ☐ ☐ Aanpassingen akoestiek.

b. ☐ ☐ Aandacht voor achtergrondlawaai.

c. ☐ ☐ Aanpassingen verlichting.

d. ☐ ☐ Gesprekspartner in licht.

e. Andere plaats in ruimte gekregen.

IV. BUITENOMGEVING

a. Toegang tot noodhulp — bv. telefoon, alarmopvolgsysteem.

b. Zonder hulp toegang tot voedingswinkel.

c. Thuisbezorging van voedingsmiddelen is mogelijk.

V. WIL WONING AANPASSEN

0 Nee
1 Ja

VI. BESCHRIJVING VAN IEMAND WOONST

	BIJ OPNAME				BIJ ONTSLAG			
	Aanwezig		Toegankelijk		Aanwezig		Toegankelijk	
	0 Nee		0 Nee		0 Nee		0 Nee	
	1 Ja		1 Ja		1 Ja		1 Ja	
a. Toegang woning								
Drempel								
Treden								
Naar binnen/naar buiten								
Voordeur/toegang breed genoeg								
b. Living								
Stoelen met armleuningen								

	☐	☐				☐	☐	
	Gelijke vloer					Gelijke vloer		
c. Slaapkamer	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
	Gelijkvloers					Gelijkvloers		
	☐	☐				☐	☐	
	Verzorgingsbed					Verzorgingsbed		
d. Badkamer	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
	Gelijkvloers					Gelijkvloers		
	☐	☐				☐	☐	
	Inloopdouche					Inloopdouche		
	☐	☐				☐	☐	
	Bad					Bad		

Bad+douche

e. Toilet

Binnen

Buiten

Afwezig

f. Trappen

Aantal treden per verdieping meer dan 15 treden

g. Lift

Bad+douche

Binnen

Buiten

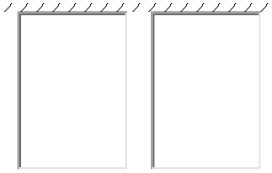
Afwezig

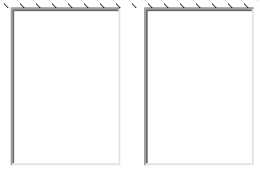
Aantal treden per verdieping meer dan 15 treden

h. Berging









i. Keuken



Onderrijdbaar



In hoogte instelbaar





Onderrijdbaar



In hoogte instelbaar



Sectie Q: Gezinssituatie

1. **HUIDIG GEZIN: SAMENSTELLING**

Code only if child's / youth's primary household is a private home.
For all other usual living arrangements, code "99"

a. ☐☐ Number of adults in household

b. ☐☐ Number of minors

c. Has a pet ☐

0 No
1 No, but would like pet
2 Yes, has a pet

Support animal ☐

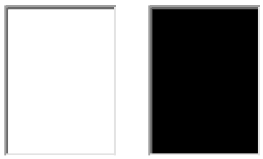
0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

2. **MOTIVATIE EN ONDERSTEUNING NAAR EEN OPLEIDING**

Gezinscultuur naar scholing of volgen van een opleiding met het doel een diploma te behalen

0 GEEN belemmerende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar....) 0-4%
1 LICHT belemmerende factor (gering, laag...) 5-24%
2 MATIG belemmerende factor (tamelijk...) 25-49%
3 AANZIENLIJK belemmerende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
4 VOLLEDIG belemmerende factor (totaal...) 96-100%
+0 GEEN ondersteunende factor (geen, afwezig, verwaarloosbaar.) 0-4%
+1 LICHT ondersteunende factor (gering, laag...) 5-24%
+2 MATIG ondersteunende factor (tamelijk...) 25-49%
+3 AANZIENLIJK ondersteunende factor (hoog, sterk, ernstig...) 50-95%
+4 VOLLEDIG ondersteunende factor (totaal...) 96-100%
8 belemmerende factor, niet gespecificeerd
+8 ondersteunende factor, niet gespecificeerd
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

a. ☐☐ Huidig gezin – motivatie ne ondersteuning (arbeidsreïntegratie).

b.  Origineel gezin – motivatie ne ondersteuning (arbeidsreïntegratie).

Sectie R: Productiviteit, opleiding en inkomsten

1. **OPLEIDINGSNIVEAU**

Al dan niet met ondersteuning in kader van M-decreet

1. Secundaire school niet afgemaakt (schoolverlater)
2. ASO
3. TSO
4. BSO
5. Deeltijds kunstonderwijs
6. Bijzonder onderwijs

Module 15 aan te bevelen

7. Tweedekansonderwijs voor volwassenen
8. Avondonderwijs
9. Bachelor
10. Master
11. Doctoraat



2. **DOET VRIJWILLIGERSWERK**

0 Nee
1 Ja



3. **ACTIEF OP DE ARBEIDSMARKT**

1 Ja (ga naar 3)
0 Neen (ga naar 10)



---

4. **WERKSTATUUT**

1 Werkend
2 Werkloos, werkzoekend
3 Werkloos, niet werkzoekend



5. **WERKLOOS, ZOEKT WERK IN**

1 Normaal economisch circuit (NEC)

2 Maatwerkbedrijf: *Maatwerkbedrijven zijn organisaties/ondernemingen die de inschakeling van doelgroepwerknemers als kerntaak hebben. De economische activiteiten worden daaraan aangepast. In een maatwerkbedrijf heeft minstens 65 procent van de werknemers een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Goede voorbeelden zijn beschutte en sociale werkplaatsen. Maatwerkbedrijven kunnen, in functie van de noden van hun werknemers, bijkomende ondersteuning krijgen om hun kerntaak te realiseren en infrastructuuraanpassingen te doen* (Vlaanderen.be, 2018d).

3 Arbeidszorg: *De begeleide onbezoldigde tewerkstelling op maat voor personen die niet meer of nog niet in het betaalde economische of beschermde tewerkstellingscircuit terecht* kunnen (Vlaanderen.be, 2018c).

8 Weet het (nog) niet

6. **TEWERKSTELLING (*NIET* VRIJWILLIGERSWERK)**

1 Normaal economisch circuit (NEC)

2 Maatwerkbedrijf: *Maatwerkbedrijven zijn organisaties/ondernemingen die de inschakeling van doelgroepwerknemers als kerntaak hebben. De economische activiteiten worden daaraan aangepast. In een maatwerkbedrijf heeft minstens 65 procent van de werknemers een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Goede voorbeelden zijn beschutte en sociale werkplaatsen. Maatwerkbedrijven kunnen, in functie van de noden van hun werknemers, bijkomende ondersteuning krijgen om hun kerntaak te realiseren en infrastructuuraanpassingen te doen*. (Vlaanderen.be, 2018d)

3 Arbeidszorg: *De begeleide onbezoldigde tewerkstelling op maat voor personen die niet meer of nog niet in het betaalde economische of beschermde tewerkstellingscircuit terecht kunnen* (Werk.be, 2018)

8 Niet van toepassing

7. **REGIME**

1 Ja

0 Nee

8 Niet van toepassing

a. Voltijds

b. Deeltijds

c. 4/5

d. Wisselende uren - variabele uren

e. Vaste begin/einduren

f. Ploegensysteem

g. Nachtwerk

h. Dagwerk

8. **JOB AVAILABLE ON RELEASE (VAN DE REVALIDATIE)**

1 Ja
0 Nee
8 Niet van toepassing

9. **ARE YOU BEING ACCOMMODATED AT WORK?**

For example, different job or fewer hours due to your current condition or injury?

0 No accommodation
1 Yes, being accommodated

Bij 'Ja'

I. AANPASSINGEN OP HET WERK AANWEZIG

0 Nee
1 Ja

a. Geen nachten.

b. Geen 7 dagen achter elkaar.

c. Max per 4 aansluitende uren.

d. Vast uurrooster.

10. **UITKERINGSGERECHTIGD (FINANCIËLE EN FISCALE TEGEMOETKOMINGEN)**
(incl. sociale zekerheid, leefloon, ….)

1 ja
0 nee
Bij ja, dewelke

a. Gewaarborgd loon.

b. Primaire arbeidsongeschikt /invaliditeit (inclusief progressieve tewerkstelling).

i. Tegemoetkoming voor hulp van derden.

c. ☐ ☐ Medisch pensioen.

d. ☐ ☐ Beroepsziekte.

e. ☐ ☐ Privé- verzekering.

f. ☐ ☐ Leefloon.

g. Tegemoedkoming Vlaamse Overheid (persoonsvolgende financiering, PVF)

i. ☐ ☐ Basisondersteuningsbudget (BOB).

ii. ☐ ☐ Persoonsvolgend budget (PVB).

iii. ☐ ☐ Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.

iv. ☐ ☐ Budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke hulp.

h. Tegemoedkoming FOD

i. Inkomensvervangende tegemoetkoming.

ii. Integratietekoming.

iii. Pensioen (Vlaanderen.be, 2018a).

☐ Module 14: Uitbreiding productiviteit, opleiding en inkomsten

II. WERKSTATUUT: HOEDANIGHEID

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

a. Als loontrekkende
   i. Bediende
   ii. Arbeider
b. Als zelfstandige
c. Uitzendarbeid
d. Als overheidspersoneel
   i. Vast benoemd
e. Ten laste van derde in het statuut van kinderverzorgster

III. SECTOR

Gebaseerd op (Onderwijskiezer, 2018; VDAB, 2018)

a. Audiovisuele sector
b. Autocar en bussector
c. Autosector
d. Bediendensector
e. Betonindustrie
f. Bouwsector
g. Brandstoffenhandel
h. Chemie, kunststoffen en life sciences
i. Diamantsector
j. Dienstencheques
k. Elektrotechnische sector
l. Groene sectoren
s. Mode en confectie
t. Montage en kraanbediening
u. Onderwijs
v. Papier- en kartonindustrie
w. Podiumkunsten en muziek
x. Printmedia
y. Social profit en zorg
z. Seizoensarbeid land – en tuinouw
aa. Taxisector
bb. Textielsector
cc. Textielverzorging

m.	Horeca	dd.	Transport, logistiek en afhandeling op luchthavens
n.	Hout- en meubelsector	ee.	Uitzendsector
o.	Internationale handel, vervoer en logistiek (haven)	ff.	Vastgoedsector
p.	Kappers, fitness en schoonheidsspecialisten	gg.	Verhuissector
q.	Lokale besturen en overheid	hh.	Voedingsindustrie
r.	Metaal- en technologische industrie	ii.	Vrije beroepen

IV. ARBEIDSGENEESHEER

1 Interne dienst
2 Externe dienst

V. VDAB- BEGELEIDING

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

VI. ERKENING ARBEIDSHANDICAP BIJ VDAB

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

A. GOEDKEURING BTOM

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

VII. ENKEL VOOR PERSONEN MET GEHOORPROBLEMEN

Erkenning bijstand van een tolk Vlaamse gebarentaal

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

VIII. BETROKKENHEID BIJ GESTRUCTUREERDE ACTIVITEITEN

0 Nee
1 Ja
a. Scholingsprogramma

b. Dagprogramma

IX. INGESCHREVEN VOOR EEN FORMELE OPLEIDING

0 Neen
1 Deeltijds
2 Voltijds

X. RISICO OP WERKLOOSHEID OF VERSTOORDE OPLEIDING

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

a. Vaker te laat of afwezig in de LAATSTE 6 MAANDEN.

b. Lage productiviteit of verstoringen op het werk of op school.

c. Is van plan om met werk of school te stoppen.

d. Voortdurend werkloos of vaak veranderende werksituatie in de LAATSTE 2 JAAR.

XI. MOGELIJKHEDEN GEHAD TOT VOLGEN VAN ONDERWIJS

0 Nee
1 Ja

XII. SCHOOLSE VAARDIGHEDEN IN HET *NEDERLANDS*

Analfabeet 1 Ja (*ga na volgend item*)
0 Nee

0 GEEN beperking/participatieprobleem (geen, afwezig, verwaarloosbaar)0-4%
1 LICHTE beperking/participatieprobleem (gering, laag) 5-24%
2 MATIGE beperking/participatieprobleem (tamelijk) 25-49%
3 ERNSTIGE beperking/participatieprobleem (hoog, sterk, aanzienlijk) 50-95%

4 VOLLEDIGE beperking/participatieprobleem (totaal) 96-100%
8 niet gespecificeerde beperking/participatieprobleem
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

a. **Schrijven van boodschappen**: Produceren van de letterlijke en figuurlijke betekenis van geschreven boodschappen, zoals een brief schrijven aan een vriend (WHO, 2001, 2018).

b. **Rekenen in alfanumeriek**: Specifieke mentale functies gerelateerd aan het rekenen met getallen, zoals bij optellen, aftrekken, vermenigvuldigen en delen (WHO, 2001, 2018).

i. Rekent niet graag
0 Nee
1 Ja

c. **Lezen:** begrijpen en interpreteren van geschreven materiaal (zoals boeken, instructies, kranten, in tekst of in Braille) met als doel algemene kennis of specifieke informatie te verwerven. Exclusie: leren lezen (d140) (WHO, 2001, 2018).

i. Leest niet graag
0 Nee
1 Ja

XIII. OPLEIDINGSNIVEAU VOOR LETSEL

1. ASO
2. TSO
3. BSO
4. Deeltijds kunstonderwijs
5. Bijzonder onderwijs
6. Tweede kans onderwijs voor volwassenen
7. Avondonderwijs
8. Professionele Bachelor
9. Universitaire Bachelor
10. Master
11. Doctoraat

☐ Module 15: Bijzonder onderwijs

I. HOOGST BEHAALDE DIPLOMA / GETUIGSCHRIFT

A. OPLEIDINGSVORM

1 **Opleidingsvorm 1:** maatschappelijke participatie en eventueel arbeidsdeelname in een omgeving met onder steuning
2 **Opleidingsvorm 2**: maatschappelijke participatie en tewerkstelling in een omgeving met ondersteuning
3 **Opleidingsvorm 3**: maatschappelijke participatie en tewerkstelling in het gewone arbeidsmilieu
4 **Opleidingsvorm 4**: algemeen, beroeps-, kunst- en technisch onderwijs
8 **Niet van toepassing** (Vlaanderen.be, 2018b).

B. BUITENGEWOON SECUNDAIR ONDERWIJS

0 **Type basisaanbod**: voor jongeren met specifieke onderwijsbehoeften voor wie het gemeenschappelijk curriculum met redelijke aanpassingen niet haalbaar is in een school voor gewoon onderwijs. Dit type vervangt vanaf september 2015 geleidelijk het type 1.
1 **Type 1:** voor jongeren met een licht mentale handicap (in afbouw)
2 **Type 2:** voor jongeren met een verstandelijke beperking
3 **Type 3:** voor jongeren met een emotionele of gedragsstoornis, maar zonder verstandelijke beperking
4 **Type 4:** voor jongeren met een motorische beperking
5 **Type 5:** voor jongeren in een ziekenhuis, een preventorium of een residentiële setting
6 **Type 6:** voor jongeren met een visuele beperking
7 **Type 7:** voor jongeren met een auditieve beperking of een spraak- of taalstoornis
9 **Type 9:** voor jongeren met een autismespectrumstoornis, maar zonder verstandelijke beperking (sinds september 2015)
8 **Niet van toepassing** (Vlaanderen.be, 2018b)

☐ Module 16: Uitbreiding curriculum vitae

te herhalen per (nieuw)e functie

I. PERIODE WERKLOOSHEID

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

A. PERIODE

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

Dag Maand Jaar

Tot en met

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
Dag Maand Jaar

II. PERIODE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

A. PERIODE

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
Dag Maand Jaar

Tot en met

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
Dag Maand Jaar

III. TEWERKSTELLING

A. PERIODE

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
Dag Maand Jaar

Tot en met

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
Dag Maand Jaar

B. WERKSTATUUT: HOEDANIGHEID

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

a. Als loontrekkende
   i. Bediende
   ii. Arbeider
b. Als zelfstandige
c. Uitzendarbeid
d. Als overheidspersoneel
   iii. Vast benoemd
e. Ten laste van derde in het statuut van kinderverzorgster

C. SECTOR

Gebaseerd op (Onderwijskiezer, 2018; VDAB, 2018)

a. Audiovisuele sector
b. Autocar en bussector
c. Autosector
d. Bediendensector
e. Betonindustrie
f. Bouwsector
g. Brandstoffenhandel
h. Chemie, kunststoffen en life sciences
i. Diamantsector
j. Dienstencheques
k. Elektrotechnische sector
l. Groene sectoren
m. Horeca
n. Hout- en meubelsector
o. Internationale handel, vervoer en logistiek (haven)
p. Kappers, fitness en schoonheidsspecialisten
q. Lokale besturen en overheid
r. Metaal- en technologische industrie
s. Mode en confectie
t. Montage en kraanbediening
u. Onderwijs
v. Papier- en kartonindustrie
w. Podiumkunsten en muziek
x. Printmedia
y. Social profit en zorg
z. Seizoensarbeid land – en tuinouw
aa. Taxisector
bb. Textielsector
cc. Textielverzorging
dd. Transport, logistiek en afhandeling op luchthavens
ee. Uitzendsector
ff. Vastgoedsector
gg. Verhuissector
hh. Voedingsindustrie
ii. Vrije beroepen

D. REGIME

1 Ja
0 Nee
8 Niet van toepassing

a. Voltijds

b. Deeltijds

c. 4/5

d. Wisselende uren - variabele uren

e. Vaste begin/einduren

f. Ploegensysteem

g. Nachtwerk

h. Dagwerk

Sectie S: Dagbesteding anders dan productiviteit: sport, vrije tijd en relaties

1. **VERENIGINGSLEVEN**

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

a. Actief als lid in 1 of meerdere verenigingen (vzw).

b. Actief als bestuurslid van 1 of meerdere verenigingen (vzw).

c. Participatie aan het lokale leven is verstoord.

2. **PAST ROLES**

a. ☐ ☐ Strong identification with past roles and life status .

b. ☐ ☐ Expresses sadness, anger, or empty feeling over lost roles or status.

3. **ACTIVITEITSVOORKEUREN EN BETROKKENHEID (PRE-MORBID EN HEDEN)**

(aan de huidige mogelijkheden aangepast)

0 Geen voorkeur
1 Geen voorkeur, in de laatste 3 dagen (mee)gedaan
2 Voorkeur, maar niet (mee)gedaan
3 Voorkeur, regelmatig (mee)gedaan, maar niet in laatste 3 dagen
4 Voorkeur, in laatste 3 dagen (mee)gedaan

a. ☐ ☐ Kaarten, spelletjes of puzzels

b. ☐ ☐ Voordracht, spreker of discussie volgen

c. ☐ ☐ Crossword puzzles, denkpuzzels

d. ☐ ☐ Cooking

e. ☐ ☐ Computergebruik

f. ☐ ☐ Discussing or reminiscing about life

g. ☐ ☐ Computer activities other than games

h. ☐ ☐ Educational courses

i. ☐ ☐ Computerized games

j. ☐ ☐ Feeding or watching birds

k. 
Handwerk of creatieve activiteiten

l. 
Folk/Line/Square Dancing

m. Dansen

i. 
Uitvoeren

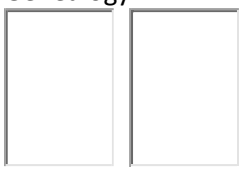
ii. 
Kijken en beleven

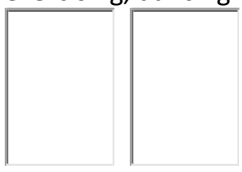
n. 
Gardening or plants

o. 
Oefeningen of sport

p. 
Genealogy

q. 
Physical activities—e.g., walking, exercising, dancing

r. 
Going out to restaurants

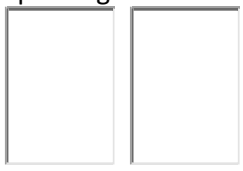
s. 
Helping others

t. 
Going out to movies, concerts, etc.

u. 
Tuinieren of planten verzorgen

v. 
Op café gaan

w. 
Muziek of zingen

x. 
Naar feest / fuif gaan

y.  Huisdieren

z.  Musical instrument

aa.  Lezen, schrijven of kruiswoordpuzzels

bb.  Participating in religious activities or Bible study

cc.  Geestelijke of religieuze activiteiten

dd.  Playing musical instrument

ee.  Uitstapjes of winkelen

ff.  Reading

gg.  Wandelen of in rolstoel naar buiten

hh.  Shopping

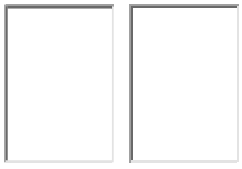
ii.  TV-kijken of naar de radio luisteren.

jj.  Singing

kk.  Intellectually stimulating activities—e.g., read, watch specific TV programs, surf the net, take educational course

ll.  Travel

mm.  Engaged withothers—e.g., converse, chat, reminisce.

nn.  Daguitstappen

oo. Solitary activities—little or no engagement with others

pp. Writing

qq. Bowling

rr. Bloemschikken

ss. Gezelschapspelen zoals schaken

tt. Skiën

uu. Conversing, or talking on the phone

vv. Duiken

ww. Collecting

4. **TIJD GEMIDDELD BEZIG MET ONTSPANNINGSACTIVITEITEN**

Van de tijd dat men wakker is en geen ADL-activiteiten doet of behandelingen ontvangt

0 Geen
1 Weinig -minder dan 1/3 van de tijd
2 Enige - van 1/3 tot 2/3 van de tijd
3 Meeste -meer dan 2/3 van de tijd

5. **PARTICIPATES IN FITNESS / EXERCISE PROGRAM**

Code for total hours of exercise or physical activity in LAST 3 DAYS

0 None
1 None, but usually participates
2 Less than 2 hours
3 Less than 3 hours
4 Less than 4 hours
5 4 hours or more

6. **WHAT OBSTACLES OR BARRIERS KEEP YOU FROM ENGAGING IN OR ADHERING TO AN EXERCISE PROGRAM?**

(Probe as necessary)

a. ☐ ☐ Functional limitations—For example, limited range of motion, fatigues easily.

b. ☐ ☐ Lack of knowledge about how to start.

c. ☐ ☐ Lack of motivation.

d. ☐ ☐ Pain exercising.

e. ☐ ☐ Physical restrictions tot exercising—For example, from medications, disease or doctor's orders.

f. ☐ ☐ After a change in schedule, I was unable to get back into an exercise regime.

g. ☐ ☐ The exercise program is not offered at a convenient time.

7. **RECREATION**

0 Not interested
1 interested, already participating
2 interested, not participating
3 Grootste tijdverdrijf (dagelijks)

a. Kaarten, spelletjes of puzzels

b. Voordracht, spreker of discussie volgen

c. Crossword puzzles, denkpuzzels

d. Cooking

e. Computergebruik

f. Discussing or reminiscing about life

g. Computer activities other than games

h. Educational courses

i. Computerized games

j. Feeding or watching birds

k. Handwerk of creatieve activiteiten

l. Folk/Line/Square Dancing

m. Dansen

i. Uitvoeren

n. Gardening or plants

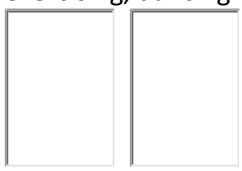
ii. 
Kijken en beleven

o. 
Oefeningen of sport

p. 
Genealogy

q. 
Physical activities—e.g., walking, exercising, dancing

r. 
Going out to restaurants

s. 
Helping others

t. 
Going out to movies, concerts, etc.

u. 
Tuinieren of planten verzorgen

v. 
Op café gaan

w. 
Muziek of zingen

x. 
Naar feest / fuif gaan

y. 
Huisdieren

z. 
Musical instrument

aa. 
Lezen, schrijven of kruiswoordpuzzels

bb. 
Participating in religious activities or Bible study

cc. Geestelijke of religieuze activiteiten

dd. Playing musical instrument

ee. Uitstapjes of winkelen

ff. Reading

gg. Wandelen of in rolstoel naar buiten

hh. Shopping

ii. TV-kijken of naar de radio luisteren.

jj. Singing

kk. Intellectually stimulating activities—e.g., read, watch specific TV programs, surf the net, take educational course

ll. Travel

mm. Engaged withothers—e.g., converse, chat, reminisce.

nn. Daguitstappen

oo. Solitary activities—little or no engagement with others

pp. Writing

qq. Bowling

127

rr. Bloemschikken

ss. Gezelschapspelen zoals schaken

tt. Skiën

uu. Conversing, or talking on the phone

vv. Duiken

ww. Collecting

8. **EXERCISE-RELATEDACTIVITY PREFERENCE AND INVOLVEMENT**

0 Not interested
1 Interested, already participating
2 Interested, not participating

a. Biking

o. Basketbal

b. Recreatief fietsen

p. Volleybal

c. Bowling

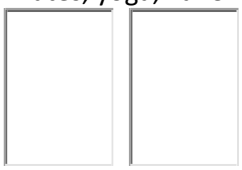
q. Korfbal

d. Formal exercise or aerobic class

r. Petanque

e.  Golf

f.  Pilates, yoga, Tai Chi

g.  Running

h.  Swimming or aqua fitness

i.  Tennis

j.  Treadmill or steppers

k.  Video fitness

l.  Walking or hiking

s.  Zumba

t.  Fitness

u.  Squash

v.  Skiën

w.  Schaatsen

x.  Muurklimmen

y.  Torbal

z.  Badminton

m. Weight or resistance training

n. Voetbal

aa. Judo

bb. Duiken

☐ Module T: Verantwoordelijkheid en wilsverklaringen

I. VERANTWOORDELIJKHEID

Codering:

0 Nee
1 Ja
8 Niet besproken op dit moment

a. Wettelijk vertegenwoordiger
b. Gerechtelijk raadsman
c. Voorlopige bewindvoerder
d. Voorafgaandelijk aangeduide vertegenwoordiger
e. Informele vertegenwoordiger
f. Vertegenwoordiging door zorgverlener
g. Wilsbeschikking

A. RELATIE TOT PERSOON

1. Kind/schoonkind
2. Echtgenoot/echtgenote
3. Partner/ander belangrijk persoon
4. Zus/broer
5. Ander familielid
6. Vriend(in)
7. Buur
8. Gerechtelijk raadsman
9. Beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg
10. Geen mantelzorger

B. WENS VAN BETROKKENHEID

0 Nee
1 Ja
8 Niet besproken op dit moment

a. Verwittigen ICE.

b. Informeren gezondheid (medische info).

c. Betrekken bij de revalidatie.

d. Betrekken bij organiseren zorg.

II. SCHRIFTELIJKE WILSVERKLARINGEN

0 Niet bekend
1 Bekend

a. Beschikking voor het afzien van reanimatie.

b. Beschikking voor het afzien van invasieve behandelingen.

c. Beschikking voor het afzien van hospitalisatie.

d. Beschikking voor het afzien van sondevoeding en/of intraveneuze vochttoediening.

e. Beschikking voor beperkingen bij medicatietoediening.

f. Wilsverklaring betreffende het niet doorsturen naar een spoeddienst.

g. Wilsverklaring betreffende beperking van therapie.

h. Wilsverklaring betreffende euthanasie.

i. Wilsverklaring betreffende orgaandonatie.

j. Zorgvolmacht.

k. Document omtrent vroegtijdige zorgplanning en zorgdoelen.

III. CODE OMTRENT BEPERKING VAN THERAPIE (DNR)

Het is de bedoeling de DNR-codes (0, 1, 2, 3) hier louter schematisch (als aandachtspunten) weer te geven.

0 Geen therapiebeperking
1 Niet reanimeren
2 Therapie niet uitbreiden
3 Therapie afbouwen

☐ Module U: Seksualiteit

I. SEKSUALITEIT

Meldt aanhoudende seksuele problemen in de LAATSTE 30 DAGEN— bv. verminderde interesse of drift, erectie- of ejaculatiestoornissen, geremd vrouwelijk orgasme

0 Nee
1 Ja

II. INTIEME RELATIES

Een nauwe of romantische relatie aangaan en onderhouden, zoals tussen man en vrouw, geliefden of seksuele partners.
Inclusie: romantische relaties; samenlevingsrelaties; seksuele relaties(WHO, 2001, 2018).

Uitvoering en vermogen

0 GEEN beperking/participatieprobleem (geen, afwezig, verwaarloosbaar) 0-4%
1 LICHTE beperking/participatieprobleem (gering, laag) 5-24%
2 MATIGE beperking/participatieprobleem (tamelijk) 25-49%
3 ERNSTIGE beperking/participatieprobleem (hoog, sterk, aanzienlijk) 50-95%
4 VOLLEDIGE beperking/participatieprobleem (totaal) 96-100%
8 niet gespecificeerde beperking/participatieprobleem
9 niet van toepassing (WHO, 2001, 2018).

Sectie V: Ontslaginformatie

1. **LAATSTE DAG VAN ZORGVERLENING**

☐☐ – ☐☐ – [2][0] ☐☐
Dag Maand Jaar

2. **VISITS HEALTH CARE PROFESSION**

During this episode of care, how many visits (at least 15 min) did this patient visit with each of the following healthcare professions?

	Visits		**Visits**
a. Physiotherapist		f. Speech Language Pathologist	

b. Physiotherapy Assistant		g. Communications Disorders Assistant	
c. Occupational Therapist		h. Registered Practical Nurse	
d. Occupational Therapy Assistant		i. Social Work	
e. Kinesiologist		j. Registered Nurse	

Intent is to document the number of attendances with each type of professional.

3. **ONTSLAG NAAR**

1. Woning, appartement of studio (eigen of gehuurd, alleen of met anderen)
2. Woning van (de) kind(eren)
3. Woning van een verwant persoon (niet van kind(eren))
4. Serviceflat, aanleunwoning of kangoeroewoning
5. Psychosociaal revalidatiecentrum
6. Revalidatiecentrum voor verslaving
7. (Loco-)motorisch, respiratoir of neurologisch revalidatiecentrum of SP-dienst
8. Medisch-pedagogische instelling (MPI), orthopedagogische instelling of instelling voor verstandelijk gehandicapten
9. Afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis



10. Revalidatieconventie verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis
11. Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
12. Palliatieve dienst van een algemeen ziekenhuis of palliatief centrum
13. Andere afdeling van een algemeen ziekenhuis
14. Initiatief voor Beschut Wonen
15. Beschermd wonen voor personen met een handicap
16. Psychiatrisch verzorgingstehuis
17. Rusthuis of bejaardentehuis (ROB-bed)
18. Woon- en zorgcentrum (WZC), rust- en verzorgingstehuis (RVT) of bejaardentehuis (RVT-bed)
19. Hersteloord
20. Kortverblijf
21. Penitentiaire instelling

22. Klooster
23. Thuisloos of dakloos
24. Overleden
25. Emergency unit/service
27. Ziekenhuis (ander dan huidig ziekenhuis)
28. Acute care hospital
29. Respijtzorg
30. CAR
31. Low vision centra

4. **DOORVERWIJZING**

Persoon wordt doorverwezen naar

0 Nee
1 Ja

a. ☐ Huisarts
b. ☐ Psychiater
c. ☐ Andere arts of specialist (oa. oogarts)
d. ☐ Thuisverpleging
e. ☐ Kinesitherapeut
f. ☐ Ergotherapeut
g. ☐ Logopedist
l. ☐ Maatschapppelijk werker
m. ☐ Osteopaat
n. ☐ Podoloog
o. ☐ Referral to palliative services
p. ☐ Thuisbegeleidingsdiensten
q. ☐ Huishoudhulp
r. ☐ Psychotherapie (door een gediplomeerd therapeut in

			de geestelijke gezondheidszorg)
h.	Audiologie	s.	CAR
i.	Klinisch psycholoog	t.	Low vision center
j.	Neuropsycholoog	u.	Ziekenoppas of oppasdienst
k.	Dietist		

Sectie W: Beoordelingsinformatie

1. **HANDTEKENING**

   Naam van de beoordelingsverantwoordelijke

2. **DATUM WAAROP DE BEOORDELING VOLLEDIG WAS AFGEROND**

   ☐☐ – ☐☐ – [2][0] ☐☐

   Dag Maand Jaar

3. **PERSOON VERTROK TEGEN MEDISCH ADVIES IN**

   1 Ja
   0 Neen

Bibliografie

Bestaande items: interRAI / BelRAI

Lafosse, C. (2009). *Zakboek neuropsychologische symptomatologie* (zesde druk). Leuven/Den Haag: Acco.

Onderwijskiezer. (2018). Beroepssectoren. Retrieved June 19, 2018, from https://www.onderwijskiezer.be/v2/beroepen/beroep_sectoren.php

VDAB. (2018). Sectoren in de kijker. Retrieved June 19, 2018, from https://www.vdab.be/jobs/sector

Vlaanderen.be. (2018a). Financiële en fiscale tegemoetkomingen voor personen met een handicap. Retrieved June 19, 2018, from https://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/handicap/financiele-en-fiscale-tegemoetkomingen-voor-personen-met-een-handicap

Vlaanderen.be. (2018b). Onderwijsaanbod in Vlaanderen. Retrieved March 7, 2018, from https://data-onderwijs.vlaanderen.be/onderwijsaanbod/

Vlaanderen.be. (2018c). Sociale Economie: arbeidszorg. Retrieved June 19, 2018, from https://www.socialeeconomie.be/arbeidszorg

Vlaanderen.be. (2018d). Sociale Economie: Collectief Maatwerk (vanaf 2019).

Werk.be. (2018). Tewerkstelling en sociale economie: Arbeidszorg. Retrieved March 7, 2018, from https://www.werk.be/online-diensten/tewerkstelling-en-sociale-economie/arbeidszorg

WHO. (2001). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Healthí*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

WHO. (2018). ICF Browser (NL). Retrieved May 1, 2018, from https://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla