TOEPASBAARHEID VAN HET RAI VOOR VERZORGINGSHUIZEN

A. Meijer
L. Wiersma
M. Wierda
G. Bedaux
C. Wagner

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

september 1999

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon 030 272 97 00 - fax 030 272 97 29

HVSG - VU (Huisarts-, Verpleeghuis- en Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit Amsterdam) Van der Boechorststraat 7 - 1081 BT Amsterdam

ISBN 90 6905 439 6

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederland instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUD

VOORWOORD		5
SAMENVATTING		7
1	INLEIDING	11
1.1	Ontwikkelingen in verzorgingshuizen	12
1.2	Het Resident Assessment Instrument (RAI)	14
1.3	Het onderzoek	14
2	METHODE VAN ONDERZOEK	16
2.1	De selectie van verzorgingshuizen en bewoners	16
2.2	Dataverzameling	17
2.3	Analyse van de data	18
2.4	Rapportage naar de deelnemende instellingen	18
3	VERGELIJKING BESTAANDE MANIER VAN REGISTREREN VAN DE ZORGBEHOEFTE MET HET RAI	19
3.1	Methodisch werken volgens de zorgcyclus	19
3.2	De systematiek van de gegevensverzameling	20
3.3	De aandachtsgebieden in het zorgdossier	27
3.3.1	MDS voor de thuiszorg	27
3.3.2	MDS voor verpleeghuiszorg	31
3.4	De analyse van de gegevens	35
3.5	Het vaststellen van het zorgplan en evaluatie	36
4	DRAAGVLAK VOOR HET RAI	38
4.1	Oordeel van de verzorgenden over beide MDS-en	38
4.2	Oordeel van de verzorgenden over het signaleringssysteem	40
4.3	Indrukken tijdens gesprekken met verzorgenden en leidinggevenden	41
5	CONCLUSIES EN DISCUSSIE	43
5.1	Vergelijking bestaande manier van registreren van de zorgbehoefte met het RAI	43
5.2	Draagvlak voor het RAI	44
5.3	Discussie	45
5.3.1	De methoden	45
5.3.2	De resultaten	46
6	AANBEVELINGEN	48
6.1	Aanpassingen aan de MDS en het signaleringssysteem	48
6.2	De implementatie van het RAI in verzorgingshuizen	49
LITERATUUR		51

Bijlage 1: Voorbeeldcasus RAI voor verpleeghuiszorg
Bijlage 2: MDS RAI voor de thuiszorg
Bijlage 3: MDS RAI voor verpleeghuiszorg
Bijlage 4: Vragenlijst voor verzorgenden deel 1
Bijlage 5: Vragenlijst voor verzorgenden deel 2
Bijlage 6: Voorbeeld probleemsignalering RAI voor verpleeghuiszorg
Bijlage 7: Voorbeeld overzicht herkomst gegevens
Bijlage 8: Patiëntenbeoordelingsprotocol voedingstoestand
Bijlage 9: Toelichting bij de Minimun Data Set (MDS) voor verzorgingshuisbewoners
Bijlage 10: MDS voor beoordeling en zorgbepaling van verzorgingshuisbewoners

VOORWOORD

Dit rapport beschrijft een pilotstudy naar de toepassingsmogelijkheden van het Resident Assessment Instrument (RAI) in verzorgingshuizen. Het doel is een beschrijving te geven van de bruikbaarheid, meerwaarde en het draagvlak van dit instrument. Op deze wijze ontstaat een indruk van de mogelijk bredere toepasbaarheid van het RAI in de ouderenzorg. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) in samenwerking met de Vrije Universiteit van Amsterdam. Het project vond plaats onder supervisie van prof.dr. G. Van der Wal, hoogleraar sociale geneeskunde en prof.dr. M.W. Ribbe, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde.

Aan dit rapport hebben velen direct of indirect meegewerkt. Wij willen hen bedanken voor hun bijdragen. Het onderzoek werd ondersteund door een begeleidingscommissie, bestaande uit de volgende leden:
mw. drs. M. Bakker-Winnubst, Stichting Verpleeghuizen Amsterdam (voorzitter)
mw. H. Oosterom, Woonzorg Federatie
dhr. T. van der Meulen, Vereniging NedRAI
mw. drs. L. Wobbes-Lansing, Inspectie voor de Gezondheidszorg
dhr. L. Noyon, LOC
mw. drs. J. van der Linden, NVVA
mw. drs. T. van Sprundel, NVVz
dhr. W. Eggens, NVBV
mw. L. Voorsluis, Sting
Wij danken de leden van deze commissie voor hun bijdrage aan het onderzoek.

Veel dank zijn wij verschuldigd aan de verzorgingshuizen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek. Zonder hun inzet zou deze pilotstudy niet mogelijk geweest zijn.

SAMENVATTING

Door de toegenomen complexiteit van de zorg is binnen verzorgingshuizen de behoefte ontstaan aan een instrument om de zorgbehoefte inzichtelijker te maken en het methodisch werken te ondersteunen. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de overheid hebben behoefte aan gegevens voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg in instellingen en ter onderbouwing van het landelijk beleid.
Eerder is gebleken dat het Resident Assessment Instrument (RAI) het zorgproces in verpleeghuizen kan structureren door de systematische manier van gegevensverzamelen en het analyseren van de meest belangrijke problemen van bewoners. De vraag is in hoeverre het RAI eveneens geschikt is voor verzorgingshuizen en een meerwaarde heeft boven de huidige manier van registreren van de zorgbehoefte. In het kader van dit onderzoeksproject is een pilotstudy uitgevoerd om een beeld te krijgen van de toepassingsmogelijkheden van het RAI in verzorgingshuizen. Indien het RAI ook geschikt blijkt voor verzorgingshuizen kan een groot deel van de instellingen in de ouderenzorg gebruik maken van hetzelfde instrument, waardoor de continuïteit van zorg voor bewoners kan worden gewaarborgd.

Het Resident Assessment Instrument (RAI) bestaat uit:

1. Een uitgebreide vragen- en screeningslijst met de naam Minimum Data Set (MDS). De MDS bestaat uit een aantal secties, zoals cognitief functioneren, continentie, stemming en gedrag en diagnosen van ziekten.
2. Een signaleringssysteem dat problemen bij bewoners signaleert als vragen of combinaties van vragen positief scoren.
3. Beoordelingsrichtlijnen die, als een probleem gesignaleerd is, wijzen op mogelijke oorzaken van het probleem en suggesties bevatten voor eventuele behandelingen. In totaal kent het RAI 18 richtlijnen. Voorbeelden zijn een richtlijn voor decubitus, delier, psychosociaal welbevinden, voedingstoestand en mogelijkheden voor revalidatie.

Vanuit de verkregen informatie kan vervolgens een onderbouwd zorgplan vastgesteld worden.

Methode van onderzoek
Om een oordeel te kunnen geven over de toepasbaarheid van het RAI in verzorgingshuizen is de meerwaarde, de bruikbaarheid en het draagvlak van het instrument in 30 verzorgingshuizen onderzocht.
Per verzorgingshuis is eenmalig voor 10 bewoners nagegaan welke informatie over de bewoner geregistreerd is in het zorgdossier. Voor de bewoners die basiszorg ontvingen (N=167) is door de onderzoekers de MDS voor thuiszorg ingevuld en voor bewoners die meerzorg ontvingen (N=113) de MDS voor verpleeghuiszorg. Vervolgens vond een gesprek plaats met de (contact)verzorgende van de bewoner, waarbij de MDS werd doorgenomen. Na afloop van het gesprek werd de verzorgende met een vragenlijst naar haar/zijn mening gevraagd over de MDS.
De MDS-en zijn in het RAI-computerprogramma ingevoerd, dat door middel van een signaleringssysteem verwijst naar voor de bewoner relevante beoordelingsrichtlijnen.
Na deze analyse werden per instelling in een bijeenkomst de voor de bewoners gesignaleerde problemen besproken. Na deze bijeenkomst werden de verzorgenden gevraagd een vragenlijst in te vullen waarin hun indruk en mening gevraagd werd over het signaleringssysteem en het RAI als geheel.

Vergelijking bestaande manier van registreren van de zorgbehoefte en het RAI
Als de huidige manier van gegevens verzamelen wordt vergeleken met de manier van gegevens verzamelen zoals die bij het RAI plaatsvindt, dan vallen voornamelijk verschillen op wat betreft de gedetailleerdheid en actualiteit van de informatie, de wijze waarop veranderingen in de toestand van de bewoner in kaart worden gebracht en de mate van ondersteuning aan verzorgenden bij het observeren en registreren. Ten aanzien van de wijze van gegevens verzamelen die bij de deelnemende huizen wordt toegepast kan over het algemeen geconcludeerd worden dat deze vaak niet erg gedetailleerd is en dat deze niet altijd een actuele weergave van de toestand van de bewoner vormt. De aandachtsgebieden `stemming en gedrag' en `psychosociaal welbevinden' worden bijna niet beschreven. Vaak worden gegevens pas geregistreerd als zich problemen voordoen. Door pas te reageren op het moment dat een probleem zich voordoet, is het niet mogelijk preventief te werken en daarmee bepaalde problemen te voorkomen.
Met de MDS worden er voor alle bewoners op gestandaardiseerde wijze gedetailleerde gegevens verzameld. Hierdoor ontstaat een uitgangssituatie waaraan veranderingen getoetst kunnen worden. Om de actualiteit van de gegevens te waarborgen zijn aan het RAI richtlijnen verbonden voor de frequentie van invullen. Bij de huidige wijze van registreren wordt niet gevraagd naar het verloop van problemen. De MDS vraagt naar veranderingen in de toestand van de bewoner gedurende een bepaalde periode, waardoor men inzicht krijgt in het verloop van de situatie. Het RAI biedt verzorgenden ondersteuning bij het observeren en registreren van gegevens. Bij de bestaande manier van registreren is de ondersteuning aan verzorgenden beperkt.

Het werken met zorgplannen gebeurt nog maar in enkele van de deelnemende verzorgingshuizen. Als redenen hiervoor worden door verzorgenden en leidinggevenden aangegeven dat het complex en tijdrovend is. De onderdelen van het methodisch werken staan veelal op zichzelf en vertonen weinig samenhang. Er worden wel gegevens verzameld, maar er wordt zelden een analyse gemaakt en het resultaat in de vorm van een zorgplan ontbreekt in veel gevallen.
Wat ontbreekt is een rode draad die verzorgenden van de ene stap naar de andere leidt. Het standaardiseren van de gegevensverzameling, een analysemodel en hulpmiddelen bij het maken van een zorgplan zouden kunnen helpen bij dit probleem. Het RAI zou zo'n rode draad kunnen zijn. Het standaardiseert de gegevensverzameling, en het maakt automatisch probleemlijsten, waarin de analyse en daarmee de samenhang van de problemen zichtbaar wordt. Deze werkwijze helpt de verzorgende bij het methodisch werken en door de gestandaardiseerde geautomatiseerde gegevensverzameling beschikt het management over zorginformatie.

Draagvlak voor het RAI
De eerste indruk die veel verzorgenden van de MDS hebben is dat deze uitgebreid is en veel vragen bevat. Bijna alle verzorgenden vinden de vragen begrijpelijk geformuleerd en zijn van mening dat er geen vragen ontbreken of dat er overbodige vragen gesteld zijn. Ook achten bijna alle verzorgenden zich in staat om, al dan niet na een training, de vragenlijst zelfstandig in te vullen. Door de gedetailleerde vragen die het RAI stelt, werden verzorgenden zich tijdens de interviews bewust van de situatie van de bewoners, hun sterke en hun zwakke kanten. Zij ervaarden dit als een `eye-opener'.
Ook over het signaleringssysteem oordelen de verzorgenden overwegend positief. Het grootste deel van de verzorgenden (88%) denkt dat de MDS en het signaleringssysteem hen kan ondersteunen bij het opstellen van een zorgplan en bij hun dagelijkse werkzaamheden (79%). Als redenen hiervoor worden genoemd: beter overzicht van de

bewoner; je wordt gewezen op dingen die vanzelfsprekend zijn geworden; makkelijker problemen te ontdekken; uitgebreid alle onderdelen van de zorg omvattend. Bijna alle verzorgenden (96%) vinden dat het signaleringssysteem voldoende gegevens geeft die relevant zijn voor de zorgbehoefte van bewoners. Wel geven enkele verzorgenden aan dat zij graag een kortere vragenlijst zouden willen. Sommigen vonden de gestelde vragen een te grote inbreuk op de privacy van de bewoner.

Leidinggevenden gaven aan op zoek te zijn naar een manier om de zorgbehoefte inzichtelijker te maken en het methodisch werken te ondersteunen. Tijdens de presentatie van de resultaten waren zowel veel verzorgenden als leidinggevenden positief verrast door de mogelijkheden die het RAI op dit gebied biedt.
Tijdens de gesprekken met verzorgenden en leidinggevenden kwam veelvuldig naar voren dat het vastleggen van gegevens in de verzorgingshuizen in een voortdurend spanningsveld verkeert. Wat moet er in het dossier worden vastgelegd en welke rol speelt de autonomie/ privacy van de bewoner? Verzorgenden geven ook aan bepaalde dingen over een bewoner gewoon niet te weten, omdat deze zich op de kamer van de bewoner afspelen, buiten het zicht van de verzorgenden. Bij bewoners die nog redelijk zelfstandig zijn vraagt men zich ook af of het nut heeft zeer uitgebreid gegevens te verzamelen.
Het dossier wordt door de verzorgende enerzijds als een belangrijk document ervaren, maar anderzijds is het bijhouden van het dossier een tijdrovende en moeilijke bezigheid die als eerste komt te vervallen bij tijdgebrek. Men gaf aan dat de situatie wat betreft het soort bewoners en hun (woon)situatie in verzorgingshuizen toch anders is dan in verpleeghuizen en in de thuiszorg en dat het instrument aangepast zou moeten worden aan de specifieke situatie in verzorgingshuizen.

Door dit onderzoek is duidelijk geworden op welke gebieden het RAI een meerwaarde zou kunnen hebben ten opzicht van de manier waarop nu in verzorgingshuizen wordt gewerkt. De meerwaarde is vooral dat het RAI gedetailleerde informatie over individuele bewoners levert en verzorgenden ondersteund bij het analyseren van problemen en het opstellen van een zorgplan. Voordat het RAI in verzorgingshuizen toegepast kan worden zal wel aan een aantal voorwaarden voldaan moeten worden. De belangrijkste voorwaarde is dat verzorgenden over voldoende tijd moeten beschikken, aangezien dit bij de huidige manier van registreren reeds als een probleem wordt ervaren. Hiermee hangt samen dat de personeelsbezetting wat betreft kwantiteit en kwaliteit voldoende moet zijn. Verder zullen leidinggevenden en verzorgenden voldoende gemotiveerd moeten zijn wil de implementatie succesvol verlopen. De resultaten van het onderzoek naar het draagvlak duiden er wel op dat zij voordelen zien in het werken met het RAI. Op basis van de gevonden resultaten worden in dit rapport aanbevelingen gedaan om de MDS en het signaleringssysteem aan te passen aan de situatie in Nederlandse verzorgingshuizen en zijn aanbevelingen gedaan voor de implementatie.

1 INLEIDING

Door de toegenomen complexiteit van de zorg is binnen verzorgingshuizen de behoefte ontstaan aan een instrument om de zorgbehoefte inzichtelijker te maken en het methodisch werken te ondersteunen. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de overheid hebben behoefte aan gegevens voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg in instellingen en ter onderbouwing van het landelijk beleid. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om systematische informatie over het zorgproces en de uitkomsten van zorg, en om vergelijkbare informatie over kenmerken van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en hun zorgzwaarte.
Om in de toekomst over de gewenste informatie te kunnen beschikken, zijn door de overheid en de IGZ een aantal ontwikkelingstrajecten opgestart, zoals benchmarking, ontwikkeling van een gezamenlijke hulpindex voor het bepalen van de zorgzwaarte van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen, en het bevorderen van de deskundigheid van verzorgenden (VWS e.a., 1997). Het doel van deze trajecten is onder andere het verkrijgen van vergelijkbare beleidsinformatie over de ouderenzorg.
Door deze ontwikkelingen wordt de aandacht op het zorgdossier gevestigd. Het primaire zorgproces rondom de bewoner, de planning van interventies en de coördinatie en interactie tussen verschillende zorgverleners staan of vallen met de aanwezigheid van dit document. Algemeen wordt echter gesteld dat de huidige zorgdossiers niet tegen deze taken zijn opgewassen (Berg e.a., 1998).

Een multifunctioneel instrument voor de ouderenzorg dat geschikt is om de gewenste informatie te verzamelen ontbreekt tot nu toe.
Het Resident Assessment Instrument (RAI) zou, indien het aantal deelnemende verpleeg- en verzorgingshuizen wordt uitgebreid, aan een groot deel van de informatiebehoefte kunnen voldoen. Een belangrijke eis die aan een multifunctioneel instrument wordt gesteld, is de toepasbaarheid van het instrument voor uitvoerenden in de gehele ouderenzorg, waarbij de aandacht in eerste instantie uitgaat naar verpleeg- en verzorgingshuizen, en pas in een later stadium naar de thuiszorg.

Om het draagvlak en de toepasbaarheid van het RAI voor de ouderenzorg te kunnen beoordelen, is het van belang op bredere schaal verpleeg- en vooral verzorgingshuizen kennis te laten maken met het RAI. Instellingen kunnen vervolgens zelf besluiten in hoeverre het RAI een meerwaarde heeft boven de bestaande manier van werken en in hoeverre het de instelling beter in staat stelt aan de informatiebehoefte van externe partijen tegemoet te komen.

In deze inleiding komen drie onderwerpen aan de orde. Allereerst worden de ontwikkelingen in de verzorgingshuizen beschreven (paragraaf 1.1). In paragraaf 1.2 wordt ingegaan op het Resident Assessment Instrument (RAI), het centrale onderwerp van dit rapport. Het onderzoek en de opzet van dit rapport worden toegelicht in paragraaf 1.3.

1.1 Ontwikkelingen in verzorgingshuizen

In de Overgangswet Verzorgingshuizen (1996) is een verzorgingshuis als volgt omschreven:

> *'Een instelling waarin aan tenminste vijf personen van 65 jaar of ouder duurzaam verblijf en verzorging wordt verschaft'.*

Dit in tegenstelling tot een verpleeghuis waar dag en nacht medische, paramedische, verpleegkundige en psychosociale zorg centraal staan en de woonfunctie niet als zodanig benoemd wordt (Heijnen, 1998)
In Nederland zijn er rond de 1400 verzorgingshuizen, waarvan 135 met een bijzondere functie. Vooral door fusies met andere verzorgingshuizen en/of verpleeghuizen in de regio neemt het totale aantal verzorgingshuizen en met name het aantal kleine instellingen met minder dan 50 plaatsen steeds meer af. Het gemiddelde aantal bewoners per verzorgingshuis is ongeveer 90, waarvan ongeveer 20% mannen (WZF, 1997)

De laatste jaren staan de taak en functie van verzorgingshuizen steeds meer onder druk. Sinds het midden van de tachtiger jaren zijn ze onder andere geconfronteerd met flankerend ouderenbeleid, reikwijdteverbreding, substitutie van verpleeghuiszorg, extra-muralisering van de zorgverlening, kwaliteitsbeleid, voorbereiding op andere vormen van financiering en het uitwerken van een functiegerichte benadering (Van Loveren-Huyben, 1995). Deze ontwikkelingen zijn het gevolg van discussies die plaats hebben gevonden en nog steeds plaats vinden binnen de samenleving en op overheidsniveau ten aanzien van de vergrijzing en de veranderde positie en wensen van ouderen. Hierbij speelt de (toekomstige) betaalbaarheid en kwaliteit van woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen eveneens een rol.
In het kader van de reikwijdteverbreding van de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) is het al enige jaren mogelijk voor verzorgingshuizen om aan niet-bewoners zorg te verlenen wanneer zij beschikken over een indicatie voor opname in een verzorgingshuis (Heijnen, 1998). Door middel van substitutieprojecten, vanuit verpleeghuizen, hebben bewoners van verzorgingshuizen extra zorg gekregen (Van der Ende, 1997). In de Kwaliteitswet Zorg-instellingen is onder andere opgenomen dat de zorgverlening in instellingen moet voldoen aan welomschreven kwaliteitseisen. Zorgverleners zijn verplicht om verantwoorde zorg te bieden, voldoende en kwalitatief goed personeel in dienst te hebben en de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken. De financiering van de verzorgingshuizen vindt sinds begin 1997 plaats uit een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad. Na een overgangsperiode wordt deze zorg straks, in 2001, vergoed als AWBZ-verstrekking (WZF, 1997). De nieuwe regeling, waarbij zowel verpleeg- als verzorgingshuizen onder de AWBZ vallen, leidt tot een ontschotting van de financiering van de voorzieningen, maar ook is daarbij het streven dat de zorg van deze voorzieningen meer dan tot nu toe het geval is op elkaar gaat aansluiten (Van der Ende, 1997). Tegelijkertijd treedt de overheid verder terug in haar bemoeienis met de concrete invulling van de ouderenzorg als zodanig.

Zowel de vergrijzing en daarmee de toename van het aantal ouderen met een grote zorgbehoefte, als de achterblijvende capaciteit van verzorgings- en verpleeghuizen leidt tot een zorgverzwaring in de verzorgingshuizen. Vroeger hadden verzorgingshuizen vooral een woonfunctie, het aantal bewoners dat zorg nodig had was relatief klein. Tegenwoordig is er een steeds grotere groep bewoners waarbij de nadruk ligt op de zorgfunctie (Van Westerhoven & Van Loveren-Huyben, 1997). Met name het aantal bewoners met psychogeriatrische en ernstige somatische problematiek neemt toe. Dit is een gevolg van het feit dat de indicatiecommissies alleen die ouderen in verzorgingshuizen toelaten, bij wie sprake is van somatische, sociale of psychische problematiek. Ook komt bij hoogbejaarden, die al gedurende lange tijd in verzorgingshuizen wonen, in hun laatste

levensfase een toenemend aantal problemen voor. Van de bewoners van verzorgingshuizen is volgens enkele onderzoeken 15 à 20% qua problematiek vergelijkbaar met de gemiddelde verpleeghuispatiënt. Gezien bovenstaande trends is het te verwachten dat de problematiek van bewoners van verzorgingshuizen verder zal toenemen en dat de populatie van de verzorgingshuizen steeds meer dezelfde kenmerken zal gaan vertonen als de intramurale chronische verpleeghuispopulatie (Van der Ende, 1997).
Deze trend komt ook tot uiting in de nieuwe definitie van verzorgingshuizen. Anno 1999 is het doel van verzorgingshuiszorg als volgt omschreven:

> *'Het bieden van gecoördineerde planbare en onplanbare 24-uurs hulp bij zelfzorgtekorten op somatisch, psychogeriatrisch en psychosociaal gebied, waarbij verblijf in de instelling (beschutte context/beschermde woonomgeving) onlosmakelijk samenhangt met de aard en de ernst van zelfzorgtekorten als gevolg van veroudering en met de mate waarin de cliënt in staat is de regie over het eigen leven te voeren' (Ziekenfondsraad, 1999).*

De werkzaamheden van het personeel zijn overeenkomstig verschoven van voornamelijk huishoudelijke taken naar verzorging, verpleging en begeleiding (Schrijnemaekers e.a., 1996). Uit onderzoek door Van Loveren & Partners (1997) is gebleken dat: 'de huidige personeelsformatie zowel kwantitatief als kwalitatief niet in staat is op een dergelijk grote schaal aan intensief zorgbehoevende ouderen zorg te verlenen.'

Een deel van de huidige verzorgingshuizen en hun aanleunwoningen ontwikkelt zich tot woon-zorgcomplexen. Hier wonen mensen die zelfstandig kunnen functioneren, waarbij in voorkomenden gevallen sprake is van enkelvoudige problematiek, waar aanvullende zorg nodig is.
Een ander deel van de verzorgingshuizen kiest voor het ontwikkelen van verpleegunits. Het gaat hierbij om leegkomende delen van verzorgingshuizen die de bestemming van een verpleeghuisvoorziening krijgen. Verzorgingshuizen die zich ontwikkelen om de zwaarder wordende bewonerspopulatie op te vangen worden ook wel verzorgingshuizen-nieuwe-stijl genoemd.
Hiermee treedt tevens een verschuiving op van bewoners in verpleeghuizen. Verpleeghuizen zullen voor de doelgroep het intramurale deel gaan ontwikkelen tot instellingen voor zwaar gedragsgestoorde dementerende ouderen, voor ouderen die zeer intensieve, complexe verpleging en verzorging nodig hebben en voor ouderen die kort verblijven voor de revalidatie-/reactiveringsfunctie (Tweede Kamer der Staten Generaal, 1995).

Aangezien de woonfunctie in verzorgingshuizen altijd voorop heeft gestaan, is het in verzorgingshuizen minder dan in verpleeghuizen gebruikelijk de zorgbehoefte van bewoners systematisch in kaart te brengen en te werken met zorgplannen. Hierin is de laatste jaren verandering gekomen gezien de toegenomen complexiteit van de zorgbehoefte van bewoners en de toegenomen vraag naar kwaliteitsbewaking. Het streven is om het zorgproces zo transparant mogelijk te maken.
Reeds eerder is gebleken dat het Resident Assessment Instrument (RAI) het zorgproces in verpleeghuizen kan structureren door de systematische manier van gegevensverzamelen en het analyseren van de meest belangrijke problemen van bewoners (Wiersma, 1996). De vraag is in hoeverre het RAI eveneens geschikt is voor verzorgingshuizen en een meerwaarde heeft boven de huidige manier van registreren van de zorgbehoefte. In het kader van dit onderzoeksproject is een pilotstudy uitgevoerd om een beeld te krijgen van de toepassingsmogelijkheden van het RAI in verzorgingshuizen. Indien het RAI ook geschikt blijkt voor verzorgingshuizen kan een groot deel van de instellingen in de ouderenzorg

gebruik maken van hetzelfde instrument, waardoor bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen kan worden vergeleken en voor bewoners de continuïteit van zorg kan worden gewaarborgd.

1.2 Het Resident Assessment Instrument (RAI)

Het Resident Assessment Instrument is een instrument dat in Amerika is ontwikkeld en een aantal jaren geleden in Nederland in de verpleeghuissector is geïntroduceerd. Op dit moment zijn 12 verpleeghuizen bezig met de implementatie van het RAI. In één verzorgingshuis heeft reeds een verkennende pilotstudy plaatsgevonden. Naar verwachting zal dit aantal de komende jaren gestaag groeien aangezien de behoefte van instellingen aan een dergelijk instrument, mede ingegeven door wettelijke verplichtingen zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de BOPZ (Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis) en WGBO (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) toeneemt.

Het RAI geeft een beschrijving van de beperkingen èn de nog aanwezige sterke punten van de bewoner en tegelijkertijd ook aangrijpingspunten voor een zorgplan. Het doel van het RAI is het gestructureerd aanleveren van gegevens ten behoeve van de ontwikkeling van het zorgplan. Het RAI is mede gericht op het signaleren van sluipende en aspecifieke veranderingen in de toestand van de bewoner en kan in die zin de alertheid van verzorgenden voor zulke veranderingen verhogen.
Het RAI bestaat uit:

1. Een uitgebreide vragen- en screeningslijst om te komen tot een Minimum Data Set (MDS). De MDS bestaat uit een aantal secties, zoals cognitief functioneren, continentie, stemming en gedrag en diagnosen van ziekten.
2. Een signaleringssysteem dat problemen bij bewoners signaleert als vragen of combinaties van vragen positief scoren.
3. Beoordelingsrichtlijnen die, als een probleem gesignaleerd is, wijzen op mogelijke oorzaken van het probleem. In totaal kent het RAI 18 richtlijnen. Voorbeelden zijn een richtlijn voor decubitus, delier, psychosociaal welbevinden, voedingstoestand en mogelijkheden voor revalidatie.

Vanuit de verkregen informatie kan vervolgens een onderbouwd zorgplan vastgesteld worden. In bijlage 1 is een voorbeeld van een casus beschreven. De gegevens worden voor het eerst verzameld bij opname en bijgesteld per kwartaal, per jaar en wanneer duidelijke veranderingen in de gezondheidstoestand optreden. Door de periodieke evaluaties kan het verloop van gezondheidsproblemen worden gevolgd en kan de gegeven zorg worden geëvalueerd. Probleemgebieden op het niveau van de bewoner en in geaggregeerde vorm op het niveau van de organisatie kunnen tijdig worden gesignaleerd en aanleiding zijn voor veranderingen respectievelijk verbeteringen in de zorgverlening (Wagner & Ribbe, 1997).
Er zijn verschillende versies van het RAI voor diverse zorgsettings, onder andere voor verpleeghuiszorg, thuiszorg, revalidatie, psychiatrie en ziekenhuiszorg. In dit onderzoek zijn de RAI voor thuiszorg en de RAI voor verpleeghuiszorg toegepast. Er bestaat nog geen RAI specifiek voor verzorgingshuizen.

1.3 Het onderzoek

Door middel van een pilotstudy onder 30 verzorgingshuizen is nagegaan hoe bruikbaar het RAI is voor verzorgenden, bij het verzamelen van gegevens, voor het beoordelen van de

zorgbehoefte van bewoners en het opstellen van een goed onderbouwd zorgplan. Op dit moment wordt in het veld op verschillende manieren de zorgbehoefte van bewoners geregistreerd. De vraag is wat de meerwaarde van het RAI is ten opzichte van de huidige werkwijzen, hoe deze werkwijzen zich tot elkaar verhouden, in hoeverre er onderlinge afstemming tussen instrumenten mogelijk is, en naar welk instrument of combinatie van instrumenten de voorkeur van het veld (instellingen voor ouderenzorg en koepelorganisaties) uitgaat.

Het doel van dit onderzoek is een antwoord te geven op de vraag of het RAI toepasbaar is in verzorgingshuizen. Om een oordeel te kunnen geven over de toepasbaarheid is het noodzakelijk de bruikbaarheid, de meerwaarde en het draagvlak van het RAI voor verzorgingshuizen te onderzoeken. Hierbij zijn de volgende deelvragen gesteld:

> *'In hoeverre bestaan er verschillen in de manier waarop de zorgbehoefte van bewoners nu in kaart wordt gebracht en geanalyseerd ten opzichte van registratie met het RAI?'*
>
> *'Dekt de inhoud van het RAI (voor de thuiszorg c.q. voor verpleeghuiszorg) de probleemgebieden die zich voordoen bij bewoners in verzorgingshuizen?'*
>
> *'Wat is de houding van verzorgenden en leidinggevenden in verzorgingshuizen ten opzichte van het RAI?'*
>
> *'Wat is het oordeel van verzorgenden over de bruikbaarheid en meerwaarde van het RAI voor verzorgingshuizen?'*

De hierboven genoemde vragen worden in dit rapport aan de orde gesteld. In het volgende hoofdstuk zal eerst de methode van onderzoek verder toegelicht worden. In hoofdstuk 3 worden de verschillen tussen de bestaande manier van registreren van de zorgbehoefte en het RAI beschreven. De huidige werkwijze en het RAI zullen aan de hand van de verschillende onderdelen van de zorgcyclus worden vergeleken. Op deze manier wordt duidelijk wat de meerwaarde van het RAI zou kunnen zijn. In hoofdstuk 4 wordt het draagvlak voor het RAI onder verzorgenden en leidinggevenden beschreven. Hierbij wordt ingegaan op hun houding ten opzichte van het RAI en hun oordeel over de meerwaarde en bruikbaarheid. De conclusies en discussie volgen in hoofdstuk 5 en in hoofdstuk 6 worden tenslotte aanbevelingen gedaan. De aanbevelingen hebben betrekking op het verder aanpassen van het RAI, zodat het aansluit bij de probleemgebieden die zich voordoen bij bewoners in verzorgingshuizen. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van een mogelijke implementatie van het RAI in verzorgingshuizen.

2 METHODE VAN ONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden de toegepaste methoden van onderzoek beschreven. Om te beginnen wordt de selectie van verzorgingshuizen en bewoners beschreven (paragraaf 2.1). In paragraaf 2.2 wordt de wijze van dataverzameling uitgelegd. De wijze waarop de gegevens zijn geanalyseerd wordt toegelicht in paragraaf 2.3. Hoe de resultaten tenslotte naar de deelnemende instellingen zijn gerapporteerd is beschreven in paragraaf 2.4.

2.1 De selectie van verzorgingshuizen en bewoners

In eerste instantie is een aselecte steekproef van 60 verzorgingshuizen getrokken uit de Adresgids Ouderenzorg 1998 (Bohn, Stafleu en Van Loghum, 1998). De geselecteerde verzorgingshuizen zijn schriftelijk verzocht om mee te werken aan het onderzoek en zijn vervolgens telefonisch benaderd. Omwille van de bereikbaarheid zijn geen verzorgingshuizen aangeschreven in Zuid Limburg, Zeeuws-Vlaanderen, op de Waddeneilanden en in Noord-Oost Groningen. Van deze 60 aangeschreven huizen waren er 21 bereid deel te nemen aan het onderzoek en 25 gaven te kennen niet mee te willen werken. Aanvullend zijn verzorgingshuizen benaderd die het kwaliteitslabel van de Woon Zorg Federatie hebben ontvangen. Hierbij zijn dezelfde geografische uitsluitingscriteria toegepast. Na aftrek van de instellingen die reeds bij de eerste steekproef waren aangeschreven bestond deze groep tenslotte uit 15 verzorgingshuizen. Van deze 15 instellingen met het kwaliteitslabel gaven er 9 aan mee te willen werken aan het onderzoek en vier zagen er af van deelname.
Toen het streefaantal van 30 deelnemende verzorgingshuizen was bereikt is aan de 16 huizen waarvan nog geen reactie was ontvangen, bericht dat hun medewerking niet langer nodig was. Van deze 16 verzorgingshuizen gaven 8 huizen aan geïnteresseerd te zijn in de resultaten van het onderzoek. Tevens gaf één instelling uit de eerste steekproef, die door omstandigheden niet kon deelnemen aan het onderzoek, aan op de hoogte gehouden te willen worden over de resultaten van het onderzoek.
De redenen waarom verzorgingshuizen afzagen van deelname aan het onderzoek waren: tijdsgebrek (7x), onderzoeksmoeheid (5x), onderzoek te arbeidsintensief/kost te veel tijd (5x), drukte door reorganisatie/veranderingsprocessen (2x), hoge zorgdruk (1X), fusieperikelen (1x), personele problemen (1x) en organisatieproblemen (1x).

Met iedere instelling is ter kennismaking een gesprek gevoerd. Dit gesprek vond meestal plaats met (een vertegenwoordiger van) de directie en het hoofd zorg/de zorgmanager. Het doel van de introductiegesprekken was tweeledig. Ten eerste werden de pilotstudy en het RAI uitgelegd en werden er afspraken gemaakt voor de dataverzameling. Ten tweede was het doel inzicht te krijgen in de ideeën die in het veld leven over ontwikkelingen in de ouderenzorg. Door de gesprekken met de directie en hoofd zorg werd een beeld verkregen van wat er in de verzorgingshuizen gaande is, welke koers ze varen, met wie ze willen samenwerken of juist niet en welke toekomst zij zien. Tijdens de gesprekken werd ook gevraagd wat men verwacht van een zorgregistratiesysteem en welke eisen men hier aan stelt.

Per deelnemend verzorgingshuis zijn 10 bewoners geselecteerd. Bij het selecteren van de bewoners is rekening gehouden met de verschillende bewonersgroepen (bijvoorbeeld basiszorg, substitutie psychogeriatrie, somatische meerzorg). Gepoogd is om in het

onderzoek een gelijke verdeling te verkrijgen tussen bewoners die basiszorg ontvangen en bewoners die meerzorg ontvangen. De selectie van bewoners vond plaats in overleg met de dienst verzorging. Binnen de groepen van basiszorg en meerzorg is aan de verzorging gevraagd een zo a-select mogelijke steekproef te trekken. Bij de bewoners is gewerkt met informed consent. Voor de 10 geselecteerde bewoners is nagegaan wat er op dit moment aan informatie over de bewoner geregistreerd wordt en wat verzorgenden weten over de bewoner.

2.2 Dataverzameling

De dataverzameling bestond uit drie onderdelen. Om te beginnen hebben de onderzoekers aan de hand van het dossier van de deelnemende bewoners de Minimum Data Set (MDS) eenmalig ingevuld. Voor de bewoners die basiszorg ontvingen is de MDS voor de thuiszorg ingevuld en voor bewoners die meerzorg ontvingen de MDS voor verpleeghuiszorg. Deze vragenlijsten zijn respectievelijk als bijlage 2 en 3 in dit rapport opgenomen. In beide MDS-en is een groot aantal secties gelijk, maar beide bevatten ook onderdelen die zijn toegespitst op de specifieke doelgroep. De MDS voor de thuiszorg is gericht op thuiswonende ouderen en bevat dan ook vragen die bijvoorbeeld gericht zijn op de mantelzorg, de woonomgeving, het vermogen tot traplopen. De MDS voor verpleeghuiszorg gaat dieper in op de problemen die specifiek spelen bij verpleeghuisbewoners. In vergelijking met de MDS voor de thuiszorg wordt in de MDS voor verpleeghuiszorg bijvoorbeeld meer aandacht besteed aan stemming en gedrag, cognitief functioneren en verpleegkundige handelingen. Er is voor 113 bewoners een MDS voor verpleeghuiszorg ingevuld en voor 167 een MDS voor de thuiszorg. In totaal is er dus voor 280 personen een MDS ingevuld. Er zijn verschillende redenen waarom er niet voor ieder van de 30 verzorgingshuizen tien MDS-en ingevuld zijn, bijvoorbeeld het overlijden of verhuizen tussen het moment van toestemming geven door de bewoner en het moment van de dataverzameling.

Ten tweede vond een gesprek plaats met de (contact)verzorgende van de bewoner, waarbij de MDS werd doorgenomen. Op deze manier konden de uit het dossier afgeleide gegevens worden gecontroleerd door de verzorgende en kon de verzorgende de vragen uit de MDS beantwoorden die aan de hand van het dossier niet te beantwoorden waren. Bij dit onderzoek is de bewoner niet direct betrokken geweest. Dus of de informatie die de (contact)verzorgende gegeven heeft ook dezelfde is die de bewoner gegeven zou hebben is niet bekend.

Als laatste onderdeel werden de verzorgenden door middel van een vragenlijst naar hun oordeel over het RAI gevraagd. Deze vragenlijst werd in twee gedeelten afgenomen. De verzorgende werd na afloop van het gesprek gevraagd het eerste deel in te vullen, waarin de mening gevraagd werd over de MDS. Deze vragenlijst is bijgevoegd in dit verslag als bijlage 4. De vragenlijst bestaat uit open en gesloten vragen. De vragenlijst werd anoniem ingevuld, maar aan de hand van de vragen naar opleiding, werkervaring en het soort afdeling waar men werkzaam is, wordt het mogelijk een beeld te krijgen van de achtergrond van de verzorgenden. De overige vragen betreffen de mening van de verzorgende betreffende de MDS en gaan bijvoorbeeld over de duidelijkheid van de vragen en of er nog zaken ontbreken of juist overbodig zijn. Ook wordt gevraagd of de verzorgende zichzelf in staat acht om een MDS in de vullen.
Na afronding van het onderzoek werd per verzorgingshuis een bijeenkomst belegd, waarin

de resultaten voor die instelling werden gepresenteerd. De verzorgenden die bij deze bijeenkomst aanwezig waren werden na afloop gevraagd het tweede gedeelte van de vragenlijst in te vullen waarin hun indruk en mening gevraagd werd over het signaleringssysteem en het RAI als geheel. Zie voor deze vragenlijst bijlage 5.

2.3 Analyse van de data

De MDS-en zijn in het RAI-computerprogramma ingevoerd. Indien vragen of combinaties van vragen positief scoren, verwijzen deze -door middel van een zogenaamd `triggering' of signaleringssysteem- naar de voor het probleem relevante beoordelingsrichtlijnen (`assessment protocols'). Een voorbeeld van een probleemsignaleringslijst op basis van de MDS voor verpleeghuiszorg vindt u in bijlage 6. Verder is voor ieder verzorgingshuis voor beide typen MDS-en per sectie nagegaan, welke gegevens in het dossier teruggevonden konden worden, welke bij de verzorgenden moesten worden nagevraagd en welke ook na het gesprek met de verzorgende nog onbekend bleven. Een voorbeeld van een dergelijk overzicht is opgenomen als bijlage 7.
Bij de vragenlijsten betreffende de mening van de verzorgende zijn percentages berekend. Bij de open vragen zijn de antwoorden geclusterd.

2.4 Rapportage naar de deelnemende instellingen

Nadat de data geanalyseerd waren volgde per verzorgingshuis een schriftelijke rapportage die mondeling werd toegelicht. Deze bijeenkomst, met leidinggevenden en verzorgenden die betrokken waren bij het onderzoek, had als doel om de verzorgingshuizen informatie te geven over de resultaten die in hun instelling gevonden waren, en om een indruk te krijgen van het draagvlak voor het RAI bij de deelnemende instellingen, nu zij met het RAI hadden kennisgemaakt. Tijdens de bijeenkomst werd aan de hand van de gevonden probleemsignaleringen een aanzet gegeven voor een zorgplan voor de betreffende bewoners. Zo konden de verzorgenden aan de hand van een praktijkvoorbeeld kennis maken met de werkwijze van het RAI. Tevens werd toegelicht welke gegevens in het dossier teruggevonden konden worden, welke bij de verzorgenden moesten worden nagevraagd en welke ook na het gesprek met de verzorgende nog onbekend bleven. Op deze manier werd de instelling aangrijpingspunten geboden om het dossier eventueel verder te verbeteren.

3 VERGELIJKING BESTAANDE MANIER VAN REGISTREREN VAN DE ZORGBEHOEFTE MET HET RAI

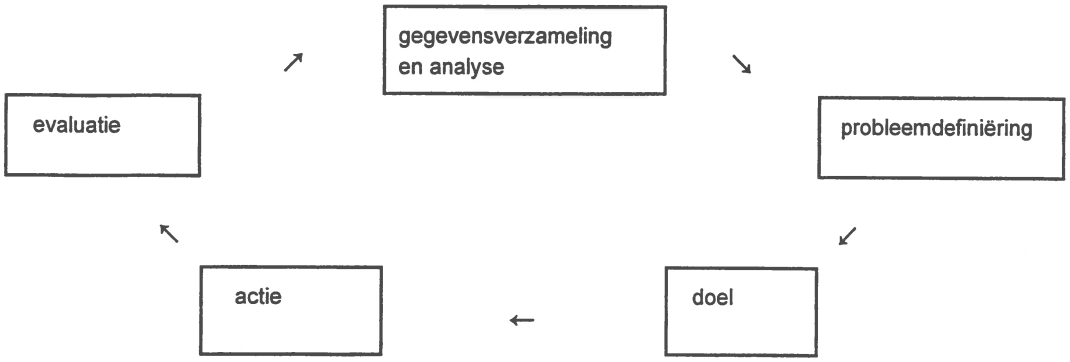
In dit hoofdstuk zullen aan de hand van de verschillende onderdelen van het cyclisch zorgproces (paragraaf 3.1), de verschillen tussen de bestaande systematiek van registreren van de zorgbehoefte van bewoners en het RAI beschreven worden. Achtereenvolgens wordt beschreven op welke wijze de gegevensverzameling (paragraaf 3.2), de analyse van de gegevens (paragraaf 3.4), het vaststellen van het zorgplan en de evaluatie (paragraaf 3.5) plaatsvinden bij de deelnemende verzorgingshuizen en op welke wijze dit bij de RAI-methodiek gebeurt. De MDS wordt hierbij als standaard aangehouden. In paragraaf 3.3 worden de resultaten van de gegevensverzameling door middel van de MDS-en beschreven. Hierbij wordt per sectie van de MDS aangegeven of de informatie in het dossier te vinden was, bij de verzorgende moest worden nagevraagd of geheel onbekend was.

Kenmerken deelnemende verzorgingshuizen
Vrijwel alle dertig deelnemende verzorgingshuizen werken samen met andere verzorgingshuizen. Daarnaast wordt er ook samengewerkt met verpleeghuizen en de thuiszorg. Het aanbod is zowel extra- als intramuraal van karakter. De belangrijkste doelgroep voor extramurale diensten zijn bewoners in aanleunwoningen of ouderen die in de directe omgeving van het verzorgingshuis wonen. Het betreft hierbij diensten als alarmering, maaltijdvoorziening of thuiszorg in het kader van reikwijdteverbreding. Intramuraal is het aanbod in de meeste verzorgingshuizen zeer divers en bestemd voor verschillende doelgroepen. In samenwerking met verpleeghuizen leveren veel verzorgingshuizen gespecialiseerde zorg in de vorm van substitutie psychogeriatrie en somatische meerzorg.

3.1 Methodisch werken volgens de zorgcyclus

Een belangrijke voorwaarde om kwalitatief verantwoorde zorg te kunnen geven, is het nauwkeurig in kaart brengen van de gezondheidstoestand van bewoners. Vervolgens dient ook het beloop van de gezondheidsproblemen systematisch te worden geëvalueerd. Hiervoor is het noodzakelijk dat regelmatig gegevens over de bewoner worden verzameld en geanalyseerd om vervolgens relevante problemen te kunnen formuleren. De aldus geanalyseerde gegevens en van daaruit geformuleerde problemen, vormen de basis voor het zorgplan, waarin aan de gevonden problemen relevante doelen en acties worden gekoppeld. Het opstellen van een zorgplan omvat derhalve gegevensverzameling en analyse, probleemdefinitie, doelformulering, acties/interventies en evaluatie (Ribbe e.a., 1996). Dit proces is in figuur 3.1 weergegeven.

Figuur 3.1 Methodisch werken zorgcyclus



3.2 De systematiek van de gegevensverzameling

Onder de deelnemende huizen is er een grote variatie in de systematiek volgens welke gegevens over de bewoners worden verzameld. Dit verschil is al bij de opname/inhuizing waarneembaar. Er zijn verzorgingshuizen die zelf een huisbezoek en een uitgebreide intake doen, maar er zijn ook instellingen die zich baseren op gegevens van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). Enkele verzorgingshuizen doen ook in de eerste weken volgend op de opname/inhuizing gestructureerde observaties om te komen tot een op maat gesneden zorgpakket voor de individuele bewoner. In veel instellingen zijn in het dossier echter geen gegevens over de indicatie of opname/inhuizing opgenomen.

Na de opname/inhuizing blijven er verschillen waar te nemen in de wijze waarop gegevens verzameld worden. Bij de meeste instellingen bestaat het dossier uit de volgende onderdelen:
- persoonsgegevens;
- zorglijst (overzicht van de hulp die een bewoner krijgt bij adl-handelingen);
- medicijnlijst;
- (dagelijkse) rapportage.

Naast de hierboven genoemde onderdelen zijn incidenteel de volgende aanvullingen op het dossier gevonden:
- gegevens indicatie-orgaan;
- opname/inhuizingsgegevens;
- verslag bewonersbespreking/Multi Disciplinair Overleg (MDO);
- samenvattende rapportage (maandelijks, periodiek of jaarlijks);
- aparte rapportage van groepsverzorgingsproject;
- afspraken met andere discipline's (huisarts, fysiotherapie, ergotherapie, activiteiten-begeleiding);
- afspraken met familie/mantelzorg;
- profielschets/levensgeschiedenis van de bewoner;
- ADL/BOP/GIP-scorelijsten[1];

[1] Overzichten van de scores van bewoners op Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), de Beoordelingsschaal Oudere Patiënten (BOP) en de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatrie (GIP).

- gedragsobservatielijsten;
- lijsten voor metingen (gewicht, temperatuur, bloedsuikerwaarden, tensie en vochtinname).

De onderdelen van het dossier verschilden per verzorgingshuis en ook de uitgebreidheid en actualiteit van de verschillende onderdelen verschilde per instelling. Het kwam ook voor dat de onderdelen wel aanwezig waren, maar niet waren ingevuld. Binnen instellingen gold over het algemeen dat hoe groter de zorgbehoefte van de bewoner, des te uitgebreider het dossier, maar over het algemeen waren de verschillen tussen de dossiers binnen een instelling niet erg groot.

Als de huidige manier van gegevens verzamelen wordt vergeleken met de gegevensverzameling zoals die met het RAI zou plaatsvinden in de vorm van de MDS, dan vallen voornamelijk verschillen op wat betreft de gedetailleerdheid en actualiteit van de informatie, de wijze waarop veranderingen in de toestand van de bewoner in kaart worden gebracht en de mate van ondersteuning aan verzorgenden bij het observeren en registreren. Op deze verschillen zal hieronder verder worden ingegaan.

Gedetailleerdheid van de gegevens

De gegevens van de indicatie-organen die sommige huizen in het dossier bewaren verschilden per indicerend orgaan, maar de gegevens waren vaak niet gedetailleerd genoeg om de vragen uit de MDS te kunnen beantwoorden. Bij de huidige manier van gegevensverzameling, zoals dit door de verzorgingshuizen zelf gedaan wordt, wordt bij onderdelen als bijvoorbeeld gehoor en incontinentie vaak twee of drie categorieën onderscheiden (overzicht 3.1). De MDS onderscheidt 4 of 5 antwoordmogelijkheden (overzicht 3.2).

Overzicht 3.1 Voorbeelden van de huidige gegevensverzameling

Verzorgingshuis A			Verzorgingshuis B			
	problemen					
	ja	nee		goed	matig	slecht
gezichtsvermogen	○	○	gezichtsvermogen	○	○	○
gehoor	○	○	gehoor	○	○	○
incontinentie	○	○	incontinentie	○	○	○

SECTIE C. COMMUNICATIEPATRONEN/GEHOOR

1.	HOREN	(*met gehoorapparaat, indien gebruikt*) 0. *HOORT NAAR BEHOREN*—normaal gesprek, TV, telefoon 1. *ENIGSZINS MOEITE* wanneer het niet rustig is 2. *HOORT SLECHTS IN SPECIALE OMSTANDIGHEDEN*—spreker moet toonhoogte aanpassen en duidelijk spreken 3. *ERNSTIG GESTOORD*/bruikbare gehoorfunctie afwezig	
2.	COMMUNICATIE-HULP-MIDDELEN/TECHNIEKEN	(***Kruis aan** wat gedurende de laatste 7 dagen van toepassing is*) Gehoorapparaat, aanwezig en gebruikt Gehoorapparaat, aanwezig, maar niet regelmatig gebruikt Gebruikt andere communicatietechnieken (bv., liplezen) *GEEN VAN BOVENSTAANDE*	a. b. c. d.
3.	MANIEREN VAN ZICH UITEN	(***Kruis aan** hoe de patiënt behoeften kenbaar maakt*) Spreken a. Schrijven van een briefje b. Officiële gebarentaal of BRAILLE c. Tekens/gebaren/geluiden d. Communicatiebord e. Anderszins f. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* g.	
4.	ZICHZELF DUIDELIJK MAKEN	(*Maakt de inhoud van boodschap duidelijk—hoe dan ook*) 0. *WORDT BEGREPEN* 1. *GEWOONLIJK BEGREPEN*—moeite bij het vinden van woorden of het afmaken van gedachten 2. *SOMS BEGREPEN*—kan alleen concrete verzoeken doen 3. *WORDT ZELDEN OF NOOIT BEGREPEN*	
5.	DUIDELIJKHEID VAN SPREKEN	(*Codeer het spreken in de **laatste 7 dagen***) 0. *DUIDELIJK SPREKEN*—duidelijke, verstaanbare woorden 1. *ONDUIDELIJK SPREKEN*—slissen, mompelen 2. *SPREEKT NIET*—geen gesproken woorden	
6.	VERMOGEN OM ANDEREN TE BEGRIJPEN	(*Begrijpen van verbale informatie—hoe dan ook*) 0. *BEGRIJPT* 1. *BEGRIJPT GEWOONLIJK*—kan een deel of de bedoeling van de boodschap missen 2. BEGRIJPT SOMS—geeft passende reactie op eenvoudige, directe communicatie 3. *BEGRIJPT ZELDEN OF NOOIT*	
7.	VERANDERING COMMUNICATIE/HOREN	Het vermogen van de patiënt zich te uiten, te begrijpen of informatie te horen is vergeleken met **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd	

SECTIE D. GEZICHTSVERMOGEN

1.	KUNNEN ZIEN	(*Gezichtsvermogen bij voldoende licht, eventueel met bril*) 0. *VOLDOENDE*—ziet details, kan alle letters in kranten en boeken lezen 1. *BEPERKT*—ziet wel grote, maar niet drukletters van normale grootte 2. *MATIG BEPERKT*—beperkt gezichtsvermogen, kan geen krantenkoppen zien, maar kan wel voorwerpen herkennen 3. *STERK BEPERKT*—het is de vraag of voorwerpen worden herkend, maar de ogen lijken wel voorwerpen te volgen 4. *ZEER ERNSTIG BEPERKT*—ziet niets of alleen licht, kleuren of vormen; ogen lijken geen voorwerpen te volgen	
2.	GEZICHTSBEPERKING/MOEILIJKHEDEN	Gezichtsveldproblemen—verminderd perifeer zien (bv., laat voedsel op één helft van dienblad liggen, botst tegen mensen en voorwerpen op, heeft moeite om stoel te vinden bij het gaan zitten) Ervaart iets van het volgende: ziet kransen of ringen rond licht-bronnen; lichtflitsen; "waas" voor de ogen *GEEN VAN BOVENSTAANDE*	a. b. c.
3.	GEZICHTSMIDDELEN	Bril; contactlenzen; vergrootglas 0. Nee 1. Ja	

SECTIE H. CONTINENTIE IN DE LAATSTE 14 DAGEN

1.	CONTINENTIEZELFBEHEERSING CATEGORIEËN (***Codeer het DOEN VAN DE PATIËNT OVER ALLE DIENSTEN HEEN***) 0. *CONTINENT*—Volledige beheersing *[inbegrepen het gebruik van een verblijfscatheter of stoma die geen urine of feces lekken]* 1. *GEWOONLIJK CONTINENT*—BLAAS, incontinentie-gebeurtenissen een keer per week of minder; DARMEN, minder dan een keer per week 2. *AF EN TOE INCONTINENT*—BLAAS, 2 of meer keren per week maar niet dagelijks; DARMEN, een keer per week 3. *VAAK INCONTINENT*—BLAAS, neigde naar dagelijkse incontinentie, maar enige beheersing aanwezig (bv., tijdens de dagdienst); DARMEN, 2-3 keer per week 4. *INCONTINENT*—Had ontoereikende beheersing BLAAS, dagelijks en veelvuldig; DARMEN, altijd of bijna altijd				
a.	**CONTINENTIE VAN DE DARMEN**	Beheersing over ontlasting, eventueel met hulpmiddel of dankij ontlastingsbeheersing training			
b.	**CONTINENTIE VAN DE BLAAS**	Beheersing over urineblaasfunctie (bij nalekken sijpelt er niets door de onderbroek), eventueel met hulpmidden (bv., foley-catheter) of dankij continentie-training			
2.	**STOELGANG**	Stoelgang regelmatig—tenminste eenmaal per drie dagen	a.	Diarree	c.
				Fecesprop	d.
		Verstopping	b.	*GEEN VAN BOVENSTAANDE*	e.
3.	**HULPMIDDELEN EN PROGRAMMA'S**	Een toiletroosterschema	a.	Ging niet op toilet/toiletstoel/urinaal	f.
		Opnieuw trainen van de blaas	b.	Gebruikte luiers/slips	g.
		Uitwendig (condoom)catheter	c.	Klysma/blaasspoeling	h.
		Verblijfscatheter	d.	Heeft een stoma	i.
		Intermitterende catheterisatie	e.	*GEEN VAN BOVENSTAANDE*	j.
4.	**VERANDERING URINECONTINENTIE**	De urine-continentie van de patiënt is ten opzichte van **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd			

De gedetailleerdheid verschilt ook ten aanzien van bijvoorbeeld de ADL-handelingen. Vaak wordt bij de huidige manier van registreren onderscheid gemaakt tussen het zelfstandig uitvoeren van de handeling, met begeleiding/gedeeltelijke hulp uitvoeren of met (volledige) hulp uitvoeren (overzicht 3.3). De MDS gaat naast de mate van hulp, in op de inhoud van de hulp.

Overzicht 3.3 Voorbeeld van de huidige gegevensverzameling met betrekking tot ADL-handelingen

Verzorgingshuis A			Verzorgingshuis B			
	zelfstandig					
	ja	nee		zelfstandig	gedeeltelijke hulp	volledige hulp
wassen	O	O	wassen	O	O	O
aankleden	O	O	aankleden	O	O	O
toiletgebruik	O	O	toiletgebruik	O	O	O

Zoals is te zien in overzicht 3.4 wordt bij alle ADL-handelingen zoals bijvoorbeeld lopen, wassen, kleden, eten of toiletgebruik gevraagd naar de mate waarin een bewoner een handeling zelf kan doen, hierbij kan gekozen worden uit geheel zelfstandig, met toezicht, met beperkte hulp, met uitgebreide hulp, dat de bewoner totaal afhankelijk is van hulp of dat de activiteit niet voorkwam. Vervolgens wordt gevraagd waar deze hulp uit bestaat, hierbij kan gekozen worden uit: zonder klaarzetten of lichamelijke hulp door zorgverleners, slechts hulp in de vorm van klaarzetten, lichamelijke hulp door 1 persoon, lichamelijke hulp door 2 of meer personen of dat de activiteit niet voorkwam.

Overzicht 3.4 Voorbeeld van de gegevensverzameling door middel van de MDS met betrekking tot ADL-handelingen

SECTIE G. LICHAMELIJK FUNCTIONEREN EN STRUCTURELE PROBLEMEN

1.	(A) ZELF-DOEN BIJ ADL—(***Codeer het ZELF-DOEN** van de patiënt **IN ALLE DIENSTEN gedurende de laatste 7 dagen**—Niet het gereedzetten van dingen*) 0. *ZELFSTANDIG*—Geen hulp of toezicht —OF— Hulp/toekijken slechts 1 of 2 keer gedurende de laatste 7 dagen 1. TOEZICHT—Toekijken, aanmoediging of aanwijzingen 3 of meer keer gedurende de laatste 7 dagen —OF— Toezicht (3 of meer keer) plus slechts 1 of 2 keer lichamelijke ondersteuning gedurende de laatste 7 dagen 2. *BEPERKTE HULP*—Patiënt erg betrokken bij activiteit; ontving 3 of meer keer lichamelijke hulp bij het manoeuvreren van ledematen of ontving andere niet-gewichts-ontlastende hulp —OF—Meer hulp slechts 1 of 2 keer gedurende de laatste 7 dagen 3. *UITGEBREIDE HULP*—Terwijl de patiënt een deel van de activiteit zelf uitvoerde, werd de volgende hulp in de laatste 7 dagen 3 of meer keer gegeven: — Gewichtsontlastende hulp — Hulp geheel door zorgverleners uitgevoerd, maar niet gedurende alle 7 dagen 4. *TOTAAL AFHANKELIJK*—Geheel door zorgverleners uitgevoerd gedurende 7 dagen 8. *ACTIVITEIT KWAM* gedurende de gehele 7 dagen NIET VOOR		
	(B) DE GEGEVEN ADL-HULP—(***Codeer de MAXIMAAL GEGEVEN HULP IN ALLE DIENSTEN gedurende de laatste 7 dagen; codeer ongeacht** het vastgelegde zelf-doen van de patiënt*) 0. Zonder klaarzetten of lichamelijke hulp door zorgverleners 1. Slechts hulp in de vorm van klaarzetten 2. Lichamelijke hulp door 1 persoon 3. Lichamelijke hulp door 2 of meer personen 8. Activiteit kwam tijdens de gehele 7 dagen niet voor	(A) ZELF-DOEN	(B) HULP
a.	**BEWEEGLIJKHEID IN BED**	Hoe patiënt uit/in de lighouding komt, zich omdraait, en in bed de lichaamshouding aanneemt		
b.	**TRANSFER**	Hoe de patiënt tussen oppervlakten beweegt—in/uit bed, stoel, rolstoel, staan (NIET in/uit bad/toilet)		
c.	**LOPEN IN DE KAMER**	Hoe de patiënt van plek naar plek in zijn/haar kamer loopt		
d.	**LOPEN OP DE GANG**	Hoe de patiënt op de gang van de afdeling loopt		
e.	**VERPLAATSEN OP AFDELING**	Hoe de patiënt zich van plaats tot plaats in zijn/haar kamer en de gang emaast op dezelfde verdieping begeeft. Bij gebruik van rolstoel, hoe zelfstandig daarmee		
f.	**VERPLAATSEN BUITEN DE AFDELING**	Hoe de patiënt zich naar buiten de afdeling begeeft en terugkeert (bv., eet-, activiteiten- of behandelruimten). **Als er maar één verdieping is**, hoe de patiënt dan naar verafgelegen ruimten gaat. Bij gebruik van rolstoel, hoe zelfstandig de patiënt daarmee is		
g.	**KLEDEN**	Hoe de patiënt alle **uitgaanskledingstukken** aantrekt, dichtknoopt, uittrekt, inclusief het aan-/uitdoen van een prothese		
h.	**ETEN**	Hoe de patiënt eet en drinkt (ongeacht vaardigheid). Dit omvat ook het nuttigen van voedsel op ander manieren (bv., sondevoeding, totale parenterale voeding)		
i.	**TOILETGEBRUIK**	Hoe de patiënt de toiletruimte (of toiletstoel, pot, urinaal) gebruikt; op/van het toilet komt, doorspoelt, luier wisselt, omgaat met stoma/catheter, kleren in orde brengt		
j.	**PERSOONLIJKE HYGIENE**	Hoe de patiënt de persoonlijke hygiëne handhaaft, inclusief haarkammen, tanden poetsen, scheren, makeup aanbrengen, gezicht, handen en bilnaad wassen/drogen (NIET baden en douchen)		

vervolg sectie G

2.	**BADEN**	Hoe de patiënt in bad gaat/doucht, zich afsponst en in/uit bad **of** douche komt (NIET het wassen van rug en haar.) ***Codeer de grootste afhankelijkheid** bij het zelf-doen en bij hulp.* **(A)** De ZELF-DOEN codes hierbij zijn: 0. Zelfstandig—Geen hulp gegeven 1. Toezicht—Allen maar toekijk-hulp 2. Lichamelijke hulp beperkt tot transfers 3. Lichamelijke hulp bij gedeelte van baadactiviteit 4. Totale afhankelijkheid 8. Activiteit kwam gedurende de gehele 7 dagen niet voor *(Codes voor hulp bij baden, zie **item 1, code B**)*	(A)	(B)
3.	**TEST VOOR EVENWICHT** **(zie Gebruikers-handboek)**	*(Codeer voor wat de patiënt in de **laatste 7 dagen** kon)* 0. Handhaafde stand zoals in de test vereist 1. Wankelde, maar was in staat om zonder hulp het evenwicht te hervinden 2. Gedeeltelijke lichamelijke ondersteuning tijdens test; of gaat staan (zitten) maar niet zoals de test dat verlangt 3. Niet in staat om de test te doen zonder lichamelijke hulp		
		a. Evenwicht bij staan		
		b. Evenwicht bij zitten—houding, controle over het bovenlijf		
4.	**FUNCTIONELE BEPERKING IN BEWEGINGS-UITSLAG** **(zie Gebruikers-handboek)**	*(Codeer de beperkingen gedurende de **laatste 7 dagen** die de dagelijkse functies belemmerden of een risico voor verwondingen vormden)* **(A)** *BEWEGINGSUITSLAG* 0. Geen beperking 1. Beperking aan één kant 2. Beperking aan beide kanten **(B)** *WILLEKEURIGE BEWEGING* 0. Geen verlies 1. Gedeeltelijk verlies 2. Volledig verlies	(A)	(B)
		a. Nek		
		b. Arm—Inclusief schouder of elleboog		
		c. Hand—Inclusief pols of vingers		
		d. Been—Inclusief heup of knie		
		e. Voet—Inclusief enkel of tenen		
		f. Andere beperking of verlies		
5.	**MANIEREN VAN ZICH VERPLAAT-SEN**	***(Kruis aan** wat gedurende de **laatste 7 dagen van toepassing is**)* Stok/loophulpmiddel/kruk **a.** Zelfvoortbewogen rolstoel **b.** In rolstoel geduwd **c.** Rolstoel belangrijkste manier om zich te verplaatsen **d.** *GEEN VAN BOVENSTAAND* **e.**		
6.	**MANIEREN VAN TRANSFER**	***(Kruis aan** wat gedurende de **laatste 7 dagen van toepassing is**)* Altijd of meestal in bed **a.** Bedhekken voor beweeglijk-heid in bed of bij transfers **b.** Met de hand getild **c.** Mechanische getild **d.** Hulpmiddel (bv. glijplank, papegaai, stok, driepoot, tuigje) **e.** *GEEN VAN BOVENSTAAND* **f.**		
7.	**TAAK-OPDELING**	Sommige of alle ADL-activiteiten werden gedurende de **laatste 7 dagen** in deeltaken opgedeeld zodat de patiënt ze kon uitvoeren 0. Nee 1. Ja		
8.	**POTENTIEEL VOOR ADL-REVALIDATIE**	Patiënt denkt dat hij/zij is in staat is tot grotere zelfstandigheid in tenminste enkele van de ADL's **a.** De directe zorgverleners denken dat de patiënt in staat is tot grotere zelfstandigheid in tenminste enkele van de ADL's **b.** De patiënt kan taken/activiteiten uitvoeren, maar is erg langzaam **c.** Er is een verschil in Zelf-doen bij ADL of Hulp bij ADL in de ochtend ten opzichte van de avond **d.** *GEEN VAN BOVENSTAANDE* **e.**		
9.	**VERANDE-RING FUNCTIONE-REN BIJ ADL**	Het Zelf-doen bij ADL van de patiënt is ten opzichte van **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd		

Actualiteit van de gegevens
Zoals reeds eerder gemeld kunnen bij sommige instellingen aan de hand van de gegevensverzameling bij opname/inhuizing veel vragen uit de MDS op het moment van opname/inhuizing beantwoord worden. Deze gegevens worden echter na opname/inhuizing vaak niet meer geactualiseerd. Voor de gegevens van de indicatiecommissie geldt dat het een momentopname betreft en dat deze gegevens naar verloop van tijd verouderd kunnen zijn. Andere onderdelen van het dossier, zoals bijvoorbeeld het zorgplan en de medicijnlijst zijn ook niet altijd actueel. Verzorgenden en leidinggevenden geven hiervoor tijdgebrek als voornaamste reden aan. Zij geven er de voorkeur aan om de schaarse tijd aan directe zorgverlening aan de bewoners te besteden en niet aan administratieve processen.
Het RAI geeft om de actualiteit van de gegevens te waarborgen richtlijnen ten aanzien van de frequentie waarmee de gegevensverzameling plaats moet vinden. Als deze richtlijnen opgevolgd worden geeft het RAI een actuele weergave van de toestand van de bewoner.

Veranderingen in de toestand van de bewoner
De MDS vraagt voor bepaalde onderdelen van de toestand van de bewoner of er de laatste periode nog veranderingen zijn opgetreden. Als voorbeeld is in overzicht 3.5 deze vraag voor de sectie continentie weergegeven. Deze informatie is niet altijd terug te vinden bij de huidige wijze van dossiervorming. Deze informatie zou voornamelijk uit de rapportage en eventueel aanwezige scorelijsten af te leiden moeten zijn. Deze gegevens zijn echter meestal niet specifiek genoeg om de vraag in de MDS te kunnen beantwoorden. Bij de rapportage wordt het begin van bijvoorbeeld een huidprobleem of pijn veelal wel gemeld, maar niet het verloop van het probleem. Ook geleidelijke veranderingen in bijvoorbeeld incontinentie of oriëntatie van een bewoner worden vaak niet geregistreerd. In veel gevallen is de hoeveelheid gegevens die standaard over iedere bewoner geregistreerd wordt beperkt. Veelal is er voor gekozen gegevens pas vast te leggen als daar een dringende aanleiding toe is. Veranderingen in het gezichtsvermogen of in het gehoor van een bewoner worden bijvoorbeeld pas omschreven als deze problemen opleveren voor de bewoner of voor de dagelijkse verzorging.

Overzicht 3.5 Voorbeeld van een vraag naar verandering in de situatie van de bewoner in de MDS voor verpleeghuiszorg

4.	VERANDERING URINECONTINENTIE	De urine-continentie van de patiënt is ten opzichte van **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd	

Ondersteuning aan verzorgenden bij het observeren en registreren
De verschillende onderdelen zijn bij de huidige wijze van gegevensverzameling niet in alle gevallen voorgestructureerd. In de MDS zijn bij alle vragen de antwoordmogelijkheden voorgestructureerd. De MDS geeft instructies voor het beantwoorden van de vragen. Bij de huidige gegevensverzameling is dit niet altijd het geval. Het gevolg is dat het bijvoorbeeld niet duidelijk is of het gezichtsvermogen met of zonder bril bedoeld wordt. Doordat instructies niet duidelijk omschreven zijn komt het voor dat verzorgenden een verschillende interpretatie hebben.
Het RAI is volledig geautomatiseerd. Van de dertig deelnemende instellingen beschikten er twee over een volledig geautomatiseerd dossier en bij twee verzorgingshuizen was de dagelijkse rapportage geautomatiseerd.

3.3 De aandachtsgebieden in het zorgdossier

De MDS bestaat uit een aantal aandachtsgebieden (secties). Ieder sectie bestaat weer uit een aantal vragen die gegevens over de bewoner opleveren. In onderstaande tabellen wordt per aandachtsgebied (sectie) aangegeven welk aandeel van de gegevens uit het dossier komt, welke gegevens aanvullend via de (contact)verzorgende zijn verkregen en welke gegevens onbekend zijn voor de betreffende bewoner.
Omdat de secties van de MDS voor de thuiszorg (bijlage 1) en voor de verpleeghuiszorg (bijlage 2) enigszins van elkaar verschillen zijn de resultaten in twee tabellen weergegeven.
De hoogste scores zijn vet aangegeven. Dit betekent voor de kolom "dossiers" dat over deze sectie veel informatie terug te vinden is in het dossier. Voor de kolom "verzorgende" betekent dit dat er weinig informatie in het dossier te vinden is, maar dat de (contact)verzorgende daar wel informatie over kon geven. In dit onderzoek zijn we ervan uit gegaan dat de informatie die de verzorgende gaf juist is. In verpleeghuizen waar het RAI geïmplementeerd is, worden deze gegevens verzameld samen met de bewoner en/of zijn verwanten.

3.3.1 MDS voor de thuiszorg

De sectie beoordeling van de omgeving in de MDS voor de thuiszorg is niet van toepassing voor verzorgingshuizen, aangezien de woonruimten in verzorgingshuizen aan bepaalde eisen moeten voldoen. Deze sectie is daarom niet in dit onderzoek betrokken. De vragen behorende bij de sectie mantelzorg zijn in 5 verzorgingshuizen niet gesteld, omdat tijdens het onderzoek bleek dat deze vragen voor de betreffende instellingen niet van toepassing waren.

Tabel 3.1 Percentage gegevens per sectie van de MDS voor de thuiszorg dat gemiddeld via de dossiers of de verzorgenden is verkregen, en het percentage gegevens dat onbekend is (N=30 verzorgingshuizen)

Secties MDS voor de thuiszorg	dossier %	verzorgende %	onbekend %
BB. persoonsgegevens	**74**	15	10
CC. verwijsitems	65	27	9
B. cognitief functioneren	63	37	0
C. communicatiepatronen/gehoor	46	54	0
D. gezichtsvermogen 22	**75**	1	
E. stemming- en gedragspatronen	42	58	0
F. sociaal functioneren	21	**78**	0
G. mantelzorg*	34	49	17
H. lichamelijk functioneren bij instrumentele en persoonlijke dagelijkse activiteiten	42	58	1
I. continentie	58	42	0
J. diagnosen van ziekten	**71**	28	0
K. gezondheidsproblemen en preventieve gezondheids-maatregelen	34	63	2
L. voedings-/vochtbalanstoestand	52	46	1
M. toestand van het gebit	16	**83**	0
N. conditie van de huid	58	41	0
O. beoordeling van de omgeving	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
P. gebruikmaking van dienstverlening	57	41	1
Q. medicijngebruik	**76**	21	3
Totaal	49	48	3

* N=25 verzorgingshuizen

In tabel 3.1 is te zien dat in totaal 49% van de informatie die met de MDS voor de thuiszorg wordt verzameld terug te vinden is in het dossier van de bewoner, 48% staat niet in het dossier, maar is bij de verzorgende bekend, en 3% is onbekend. Deze percentages hebben betrekking op de gegevens van 30 verzorgingshuizen en 167 MDS-en voor de thuiszorg.

Hieronder wordt op de afzonderlijke secties van de MDS voor de thuiszorg ingegaan en worden de percentages uit tabel 3.1 nader beschreven.
Achter de naam van de sectie staat het aantal vragen (items) en het aantal antwoordmogelijkheden. Bij een gedeelte van de vragen moet men uit meerdere antwoordmogelijkheden er één kiezen. Bij andere vragen is het mogelijk meerdere antwoorden te kiezen.

Sectie BB
***Persoonsgegevens**, 7 vragen en 7 antwoordmogelijkheden*
De vragen met betrekking tot persoonsgegevens kunnen voor 74% aan de hand van de dossiers beantwoord worden. Over de scholing van bewoners was weinig vermeld in de dossiers en was weinig bekend bij de verzorgenden. Of bewoners een levenstestament hebben of andere beschikkingen is niet of nauwelijks bekend bij de verzorgenden.

Sectie CC
***Verwijsitems**, 6 vragen en 6 antwoordmogelijkheden*
Bij deze sectie waren de antwoorden op de vragen waar de cliënt woonde en met wie vóór het verblijf in het verzorgingshuis in 65% van de gevallen in het dossier terug te vinden.

Sectie B
***Cognitief functioneren**, 3 vragen en 4 antwoordmogelijkheden*
Als de cliënt zelfstandig functioneert staan er in het dossier meestal geen antwoorden op de vragen uit de MDS of iemands geheugen goed is of dat hij/zij in staat is zelfstandig beslissingen te nemen. De onderzoekers zijn er dan van uit gegaan dat het geheugen goed is en dat de bewoner zelfstandig beslissingen kan nemen (dit is later gevraagd aan de contactverzorgende en zo nodig bijgesteld). In 63% van de gevallen was het verloop van het cognitief functioneren vermeld in het dossier.

Sectie C
***Communicatiepatronen/gehoor**, 3 vragen en 3 antwoordmogelijkheden*
In 46% van de dossiers wordt vermeld of de bewoner een gehoorapparaat heeft, maar of de bewoner daarmee ook goed hoort staat meestal niet beschreven. De vragen of de bewoner zichzelf duidelijk kan maken en in staat is anderen te begrijpen moest in 54% van de gevallen aan de verzorgende worden gesteld.

Sectie D
***Gezichtsvermogen**, 3 vragen en 3 antwoordmogelijkheden*
Over het gezichtsvermogen was 22% in het dossier beschreven. In 75% van de gevallen wist men bijvoorbeeld wel of een bewoner een bril had, maar of de bewoner daar goed mee kan zien en lezen was dan niet bekend. Het verloop van het gezichtsvermogen staat bijna nooit beschreven.

Sectie E
***Stemming en gedragspatronen**, 3 vragen en 14 antwoordmogelijkheden*
Over stemming en gedrag wordt 42% vermeld in de dossiers. Meestal is het gedrag dan duidelijk aanwezig en problematisch.

Sectie F
***Sociaal functioneren**, 3 vragen en 5 antwoordmogelijkheden*
Hoe een bewoner sociaal functioneert en of daar veranderingen in opgetreden zijn, wordt bij 21% van de bewoners in het dossier vermeld. Het is moeilijk te achterhalen of iemand gesteld is op alleen zijn en zich daar prettig bij voelt of dat een bewoner zich langzamerhand terugtrekt uit allerlei sociale gebeurtenissen om andere redenen.

Sectie G
***Mantelzorg**, 3 vragen en 22 antwoordmogelijkheden*
Huishoudelijke ondersteuning wordt door de instelling verzorgd. In dossiers worden wel de namen vermeld van contactpersonen van de bewoner. Of een bewoner van deze contactpersonen of andere mantelzorgers nog aanvullende huishoudelijke of emotionele ondersteuning ontvangt is meestal niet geregistreerd. Gemiddeld is 34% van de vragen aan de hand van het dossier te beantwoorden en moest 49% door de verzorgenden beantwoord worden.
Deze sectie is in vijf verzorgingshuizen niet in kaart gebracht, omdat de verzorgenden in deze instellingen aangaven dat de vragen in de MDS niet van toepassing zijn voor de betreffende instelling.

Sectie H
***Lichamelijk functioneren bij instrumentele en persoonlijke dagelijkse activiteiten**, 19 vragen en 31 antwoordmogelijkheden*
In deze sectie staan vragen over bijvoorbeeld de maaltijdbereiding, huishoudelijk werk en boodschappen doen. Deze zijn voor bewoners van verzorgingshuizen minder van toepassing, omdat veel verzorgingshuizen deze diensten voor de bewoners verzorgen. Doordat in de vragenlijst een rubriek 'zelfdoen' en een rubriek 'moeite' is opgenomen wordt tussen beide een relatie gelegd. Een aantal van de bewoners ontvangt bijvoorbeeld de maaltijd van de instelling, maar zou deze zonder moeite nog zelf kunnen bereiden. De vraag over traplopen was voor de verzorgingshuizen niet van toepassing, omdat er in verzorgingshuizen altijd liften aanwezig zijn. Over het uithoudingsvermogen van de bewoner was in de dossiers weinig vermeld.
Van het aandachtsgebied ADL staat 42% van de gegevens uit de MDS in het dossier vermeld. In de MDS wordt gevraagd naar de zelfzorg activiteiten die door de bewoner gedaan worden. In het dossier staat de ADL vaak in algemene termen beschreven (overzicht 3.3). Het op gedetailleerde wijze beschrijven van de activiteiten die de bewoner zelf doet en waar en op welke wijze de verzorgende hulp biedt komt weinig voor.

Sectie I
***Continentie**, 3 vragen en 5 antwoordmogelijkheden*
In het dossier is gemiddeld in 58% van de gevallen informatie te vinden over de incontinentie van een bewoner. Op de vragen in welke mate, de frequentie en de oorzaak staat weinig vermeld. Er wordt in de dossiers geen verband gelegd tussen bijvoorbeeld een mobiliteitsprobleem of een cognitief probleem en incontinentie. Het signaleringssysteem van het RAI legt wel deze verbinding.

Sectie J
***Diagnosen van ziekten**, 2 vragen en een lijst met mogelijke diagnoses*
Het gaat hier om ziektes die actueel zijn in de laatste 3 maanden. Gemiddeld wordt in de dossiers in 71% van de gevallen melding gemaakt van diagnosen van ziekten.

Sectie K

***Gezondheidsproblemen en preventieve gezondheidsmaatregelen**, 9 vragen en 18 antwoordmogelijkheden*

De antwoorden op de vragen uit deze sectie zijn in 34% van de gevallen terug gevonden in de dossiers.

Als een bewoner diarree heeft wordt dit vermeld, maar de relatie met eventueel verlies van eetlust of de kans op uitdroging wordt niet beschreven.

Pijn wordt bij aanvang wel in het dossier vermeldt, maar hoe het verloop is van de pijn of de oorzaak van de pijn wordt niet vermeld.

In sommige gevallen was overmatig alcohol gebruik wel bekend maar niet vermeld in het dossier.

In de rapportage staat wel vermeld of een bewoner is gevallen, maar de situatie waarin of een eventuele oorzaak wordt niet vermeld.

Er wordt geen verband gelegd tussen een bewoner met een verstoord evenwichtsgevoel, duizelingen en het vallen.

Sectie L

***Voedings-/vochtbalanstoestand**, 3 vragen en 8 antwoordmogelijkheden*

De meeste verzorgenden zeggen weinig af te weten van eetgewoontes en zij voelen zich daar ook niet verantwoordelijk voor, wanneer het redelijk zelfstandige bewoners betreft. De meeste bewoners eten op hun kamer en wat ze eten is hun eigen verantwoordelijkheid. Hoeveel vocht een bewoner inneemt is zelden geregistreerd.

Het gewicht is soms bij opname bekend. In enkele instellingen worden bewoners gewogen.

Sectie M

***Toestand van het gebit**, 1 vraag en 4 antwoordmogelijkheden*

In de dossiers wordt in 16% van de gevallen melding gemaakt van de conditie van het gebit en op welke wijze dit wordt schoongemaakt. Problemen bij het kauwen en slikken, of problemen betreffende een droge mond staan niet vermeld in het dossier.

Sectie N

***Conditie van de huid**, 6 vragen en 23 antwoordmogelijkheden*

In het dossier wordt in 58% van de gevallen vermeld of er decubitus geweest is of nog aanwezig is en of er andere huidproblemen zijn. Voetproblemen worden soms in de rapportage vermeld. Veel bewoners in verzorgingshuizen worden regelmatig behandeld door een pedicure en verzorgenden vinden voetproblemen meestal de verantwoordelijkheid van de pedicure.

Sectie O

***Beoordeling van de omgeving**, 2 vragen en 9 antwoordmogelijkheden*

Deze sectie is voor dit onderzoek niet ingevuld, aangezien de kamers/appartementen in verzorgingshuizen aan vastgestelde normen moeten voldoen.

Sectie P

***Gebruikmaking van dienstverlening**, 7 vragen en 19 antwoordmogelijkheden en een lijst van mogelijke behandelingen, therapieën en programma's.*

In het dossier staat in 58% van de gevallen vermeld van welke diensten de bewoner gebruik maakt.

Sectie Q
***Medicijngebruik**, 5 vragen en 7 antwoordmogelijkheden en een medicatielijst*
De medicatie staat voor 76% beschreven in de dossiers. Niet alle medicijnlijsten zijn even overzichtelijk. De medicijnen die nog gebruikt worden en de medicijnen die gestopt zijn staan bij handgeschreven lijsten vaak door elkaar heen.

Als de aandachtsgebieden in de zorgdossiers van de deelnemende instellingen vergeleken worden met de MDS voor de thuiszorg dan kan het volgende geconcludeerd worden. De persoonsgegevens, de diagnose van ziekte en het medicijngebruik zijn voor meer dan 70% terug te vinden in het dossier. Het gezichtsvermogen, het sociaal functioneren en de toestand van het gebit is voor 20% of minder in de dossiers terug te vinden. In de dossiers wordt geen relatie gelegd tussen de verschillende aandachtsgebieden (secties). Bijvoorbeeld het sociaal functioneren en het vermogen te communiceren of incontinentie in relatie met mobiliteit of cognitief functioneren.

3.3.2 MDS voor verpleeghuiszorg

In tabel 3.2 is te zien dat in totaal 44% van de informatie die met het RAI voor de verpleeghuizen wordt verzameld terug te vinden is in het dossier van de bewoner, 53% staat niet in het dossier, maar is bij de verzorgende bekend, en 2% is onbekend. Deze percentages hebben betrekking op de gegevens van 29 verzorgingshuizen en 113 MDS-en voor de verpleeghuiszorg. In één verzorgingshuis zijn geen MDS formulieren voor de verpleeghuiszorg ingevuld. In de betreffende instelling waren, in verband met een verbouwing, op dat moment alleen bewoners aanwezig die voor screening met het RAI voor de thuiszorg in aanmerking kwamen.

Tabel 3.2 Percentage gegevens per sectie van de MDS voor verpleeghuiszorg dat gemiddeld via de dossiers of de verzorgende is verkregen, en het percentage gegevens dat onbekend is (N=29 verzorgingshuizen)

Secties MDS voor verpleeghuiszorg	dossier %	verzorgende %	onbekend %
AB. persoonsgegevens	69	20	11
AC. gewoonten routine	33	66	2
A. identificatie- en achtergrond-informatie	**78**	18	5
B. cognitief functioneren	32	67	0
C. communicatiepatronen/gehoor	39	61	0
D. gezichtsvermogen	35	64	1
E. stemmings- en gedragspatronen	22	**78**	0
F. psychosociaal welbevinden	29	**71**	0
G. lichamelijk functioneren en structurele problemen	40	60	0
H. continentie	43	56	0
I. diagnose van ziekten	**73**	23	3
J. gezondheidsproblemen	38	61	1
K. toestand van de mond/voeding	36	52	12
L. toestand van de mond/gebit	34	62	1
M. conditie van de huid	49	51	0
N. activiteiten verrichtingenpatroon	29	**71**	1
O. medicijngebruik	**92**	8	1
P. speciale behandelingen en procedures	58	42	0
Q. ontslagmogelijkheid en algehele toestand	15	**74**	0
Totaal	44	53	2

Hieronder wordt achtereenvolgens op de afzonderlijke secties van de MDS van de verpleeghuiszorg ingegaan.

Sectie AB
***Persoonsgegevens**, 11 vragen en 20 antwoordmogelijkheden*
De vragen met betrekking tot persoonsgegevens kunnen voor 69% aan de hand van de dossiers beantwoord worden. De scholing en het vroegere beroep van de bewoner zijn zelden geregistreerd en vaak ook niet bekend bij de (contact)verzorgende.

Sectie AC
***Gewoonten routine**, 24 vragen en 24 antwoordmogelijkheden*
Doordat de meeste bewoners al langere tijd in het verzorgingshuis verblijven is de situatie voor opname niet meer actueel. Gewoontes en routines van de bewoner voor opname konden niet meer in kaart gebracht worden. Voor dit onderzoek zijn deze vragen beantwoord voor de huidige gewoontes en routines van de bewoner. Van deze vragen kon 66% door de verzorgenden beantwoord worden.

Sectie A
***Identificatie- en achtergrond-informatie**, 10 vragen en 23 antwoordmogelijkheden*
In 78% van de gevallen wordt in de dossiers wel een contactpersoon vermeld en de relatie die deze heeft met de bewoner. Welke verantwoordelijkheden deze heeft is vaak niet vermeld. Er is weinig bekend over beschikkingen, in de vorm van een levenstestament of een niet reanimeren verklaring van de bewoner.

Sectie B
***Cognitief functioneren**, 6 vragen 16 antwoordmogelijkheden*
Het cognitief functioneren wordt in 32% van de gevallen op één of andere manier vermeld in het dossier. De termen vergeetachtig of gedesoriënteerd komen in de rapportages regelmatig voor. De mate van de vergeetachtigheid en of deze te maken heeft met het lange of korte termijn geheugen wordt niet duidelijk beschreven. Ook ten aanzien van desoriëntatie wordt niet duidelijk of het gaat om desoriëntatie in tijd, plaats of persoon.
Veranderingen in het cognitief functioneren, zowel verbeteringen als verslechteringen worden niet altijd beschreven. Bij psychologische tests worden veelal dezelfde vragen gesteld als in het MDS formulier. Als verslagen van deze tests aanwezig waren dan kon er vaak wel een antwoord op deze vragen gegeven worden.

Sectie C
***Communicatiepatronen/gehoor**, 7 vragen en 16 antwoordmogelijkheden*
In 39% van de gevallen is er informatie bekend over het horen van een bewoner. Vaak is wel bekend of een bewoner een hoorapparaat heeft maar of hij/zij daar goed mee hoort is niet altijd bekend. Het zich zelf duidelijk maken en het vermogen om anderen te begrijpen staat zelden beschreven in het dossier. De verzorgenden kunnen daar in 61% van de gevallen wel een antwoord op geven.

Sectie D
***Gezichtsvermogen**, 3 vragen en 5 antwoordmogelijkheden*
Of een bewoner een goed gezichtsvermogen heeft is voor 35% beschreven in het dossier. Verzorgenden zeggen in eerste instantie vaak dat een bewoner goed ziet, maar als er gedetailleerde vragen worden gesteld twijfelen ze of een bewoner nog leest, schrijft enz.

Sectie E
***Stemmings- en gedragspatronen**, 26 vragen en 31 antwoordmogelijkheden*
Van het aspect stemming en gedrag is 22% beschreven in het dossier. Als een bewoner regelmatig boos is of klaagt, dan is dit meestal beschreven in de rapportages. Vaak is de oorzaak van dit gedrag niet geregistreerd.
Zwerfgedrag en verbaal en/of lichamelijk lastig vallen wordt vaak pas vermeld als het al een duidelijk probleem is.
Veranderingen in het gedrag zijn regelmatiger geregistreerd bij verzorgingshuizen die de gewoonte hebben om samenvattingen te maken van rapportages, zoals maand- of kwartaalrapportages.

Sectie F
***Psychosociaal welbevinden,** 16 vragen en 19 antwoordmogelijkheden*
Het psychosociaal welbevinden van een bewoner wordt in 29% van de gevallen vastgelegd in het dossier. Het is vaak niet geregistreerd of de bewoner zich gemakkelijk met anderen voelt of dat de bewoner geen behoefte heeft aan contact. Bedroefdheid over verloren rollen of status of een sterke vereenzelviging met het verleden worden bijna nooit in het dossier vermeld.

Sectie G
***Lichamelijk functioneren en structurele problemen**, 34 vragen en 54 antwoord-mogelijkheden*
Hoe dit in kaart wordt gebracht verschilt erg per verzorgingshuis. De hulpvraag wordt in 40% van de gevallen beschreven. Soms zitten er wel uitgebreide ADL lijsten in het dossier, maar deze zijn niet altijd ingevuld en actueel. Verzorgenden gaven aan dat er bewoners zijn die de verzorging niet tot last willen zijn en daarom, volgens de verzorgende, te veel zelf doen. Hier wordt in de MDS niet naar gevraagd.
Of een bewoner zelf het incontinentiemateriaal kan verwisselen wordt vaak niet duidelijk beschreven.
Problemen met het evenwicht (groter valrisico) zijn meestal niet duidelijk geregistreerd.
Of de bewoner tot grotere zelfstandigheid in staat is maar niet gemotiveerd is of stemmingsproblemen heeft wordt niet altijd beschreven.

Sectie H
***Continentie**, 16 vragen en 21 antwoordmogelijkheden*
Of een bewoner incontinent is, is in 43% van de gevallen beschreven in het dossier. De mate waarin en de frequentie van de incontinentie is meestal niet geregistreerd. Ook de oorzaak van de incontinentie is vaak niet in het dossier terug te vinden.

Sectie I
***Diagnose van ziekten**, lijst van diagnoses en 12 vragen en 13 antwoordmogelijkheden*
Vaak is in het dossier een lijst opgenomen met diagnosen. In 73% van de gevallen kunnen de vragen omtrent diagnosen van ziekten beantwoord worden. Soms zijn diagnosen alleen bij de huisarts bekend. Diagnosen als een lage/ hoge bloeddruk blijken regelmatig niet bekend te zijn bij de verzorgende.

Sectie J
***Gezondheidsproblemen**, 34 vragen en 37 antwoordmogelijkheden*
Gezondheidsproblemen worden in 38% van de gevallen in de rapportages beschreven.
Bijvoorbeeld kortademigheid, koorts of braken worden wel vermeld maar het verloop van het

probleem wordt niet altijd duidelijk.
Pijn wordt wel bijna altijd vermeld. De oorzaak en de mate van de pijn en of pijn activiteiten in de weg staat wordt niet altijd duidelijk beschreven.
Vallen wordt vermeld in de rapportages. De oorzaak van het vallen was niet altijd beschreven.

Sectie K
***Toestand van de mond/voeding**, 19 vragen en 23 antwoordmogelijkheden*
Als mondproblemen aanwezig waren werden ze in 36% van de gevallen vastgelegd. Lengte en gewicht worden zelden gemeten en als er gewichtstoename of -verlies is wordt dit meestal afgemeten aan de kleding. Of een bewoner voldoende vocht binnen krijgt (ook bij incontinentie) is vaak niet beschreven.

Sectie L
***Toestand van de mond/gebit**, 6 vragen en 7 antwoordmogelijkheden*
In 34% van de gevallen stond er informatie over de toestand van het gebit in het dossier. Of een bewoner een kunstgebit heeft en hoe de toestand van het gebit is staat meestal niet beschreven, maar is vaak wel bekend bij de verzorgenden.

Sectie M
***Conditie van de huid**, 25 vragen en 32 antwoordmogelijkheden*
Als er problemen met de huid zijn wordt dit in 51% van de gevallen in het dossier vermeld. Er wordt aangegeven dat er decubitus is maar niet altijd duidelijk in welke mate. Voetproblemen zoals eelt of likdoorns worden meestal niet beschreven.

Sectie N
***Activiteiten verrichtingenpatroon**, 22 vragen en 31 antwoordmogelijkheden*
In 29% van de gevallen zijn de activiteiten van een bewoner geregistreerd. Als bewoners naar de groepsverzorging gaan dan zijn de activiteiten bekend. Zijn de bewoners veel op hun kamer dan zijn de activiteiten bijna nooit geregistreerd. Op de opname formulieren zijn soms hobby's beschreven, maar of bewoners deze hobby's nog steeds kunnen uitoefenen staat niet geregistreerd.

Sectie O
***Medicijngebruik**, 8 vragen en 9 antwoordmogelijkheden*
In 92% van de gevallen kon de informatie over het medicijngebruik in het dossier worden teruggevonden. Niet alle medicijnlijsten waren even overzichtelijk ingevuld. Medicijnen die gestopt waren werden vaak doorgestreept en stonden boven en onder medicijnen die nog gebruikt werden.

Sectie P
Speciale behandelingen en procedures
Doktersvoorschriften zijn in 58% van de gevallen terug te vinden in de rapportages.

Sectie Q
Ontslagmogelijkheid en algehele toestand
De mogelijkheid voor 'ontslag' is in verzorgingshuizen minder relevant. `Ontslag' komt alleen voor als een bewoner wordt overgeplaatst naar een verpleeghuis. Het grootste gedeelte van deze vragen (74%) moest beantwoord worden door de verzorgenden.

Als de aandachtsgebieden in de zorgdossiers van de deelnemende instellingen vergeleken worden met de MDS voor verpleeghuiszorg dan kan het volgende geconcludeerd worden. De secties 'diagnosen van ziekten' en 'medicijngebruik' zijn voor 70% of meer terug te vinden in het dossier. De secties 'Stemming en gedragspatronen', `psychosociaal welbevinden' en 'activiteiten' worden voor 29% of minder in kaart gebracht.

Bij de reguliere verzorgingshuisbewoners kon gemiddeld 49% van de vragen uit de MDS voor de thuiszorg worden beantwoord met informatie uit het dossier. Bij de bewoners met meerzorg konden via het dossier gemiddeld 44% van de vragen uit de MDS voor verpleeghuiszorg worden beantwoord.

3.4 De analyse van de gegevens

Uit de dossiers komt naar voren dat de verzamelde gegevens vaak niet systematisch worden geanalyseerd. Er worden wel gegevens verzameld, maar het zorgplan komt niet voort uit een gestructureerde analyse van deze gegevens. Veelal laat men de analyse aan andere disciplines over, zoals de huisarts of het RIAGG, maar deze worden vaak pas geraadpleegd als een probleem al ver(der) ontwikkeld is.
Bewonersbesprekingen zijn bedoeld om de problematiek van bewoners te bespreken, te analyseren en om tot overeenstemming te komen wat betreft de te volgen acties. De verslagen van bewonersbesprekingen zijn in veel gevallen opgenomen in het dossier van de bewoner. Uit verslagen van bewonersbesprekingen ontstaat de indruk dat tijdens bewonersbesprekingen meer de symptomen van een probleem besproken worden dan achterliggende oorzaken. Bij een probleem als bijvoorbeeld incontinentie wordt vaak direct naar een oplossing gezocht, zonder dat eerst het probleem en de mogelijke oorzaken geanalyseerd zijn. Bewoners worden vaak ook meer besproken aan de hand van een algemene indruk die men van de bewoner heeft dan aan de hand van specifieke observaties/gegevens. In het verslag van de bewonersbespreking staat dan bijvoorbeeld vermeld dat een bewoner de laatste tijd onrustiger is geworden zonder dat verder gemeld wordt waar dit gedrag uit bestaat en in welke situaties zich dit voordeed. Er waren ook verzorgingshuizen waar geen of niet systematisch bewonersbesprekingen plaatsvonden. De verzorgenden gaven hiervoor als redenen tijdgebrek of dat zij het nut er niet van inzagen.
Bij het RAI worden op basis van de verzamelde gegevens via een trigger/ signaleringssysteem beoordelingsrichtlijnen (Resident Assessment Protocols (RAP's)/ Client Assessment Protocols (CAP's)) geactiveerd. Dit gedeelte van het analyseproces verloopt geheel geautomatiseerd. Zie voor een overzicht van de verschillende RAP's/CAP's bij de RAI voor verpleeghuiszorg en de RAI voor de thuiszorg overzicht 3.6. Aan de hand van het RAP/CAP kan worden nagegaan of de `trigger' verwijst naar een mogelijk probleem en kunnen eventuele oorzaken worden verkend. De RAP's/CAP's geven een nadere beschrijving van het probleem en richtlijnen voor een nadere analyse van mogelijke oorzaken van het gevonden probleem. Zo zijn er aanwijzingen voor verdere observaties, aanvullend onderzoek, interview technieken, verdere vragen, mogelijke oorzaken en interacties tussen problemen. Als voorbeeld is het Patiëntbeoordelingsprotocol voor problemen in de voedingstoestand opgenomen (bijlage 8).

Omschrijving protocol voedingstoestand
Het protocol voor voedingstoestand geeft eerst een uitleg over het probleem. Vervolgens wordt aangegeven hoe het probleem gesignaleerd kan worden. In het onderdeel 'richtlijnen' worden factoren beschreven die het consumeren van voedsel wellicht belemmeren en

daarmee de oorzaak kunnen zijn van een slechte voedingstoestand: verminderd vermogen om zichzelf te voeden; kauwproblemen; verliezen vanwege diarree of een stoma; slikproblemen; mogelijk medische oorzaken; maligniteit en voedingsconsequenties van chemotherapie, radiotherapie/chirurgie; bloedarmoede; COPD; kortademigheid; verstopping/darmobstructie/pijn; door medicijnen teweeggebrachte anorexie. Verder worden problemen toegelicht die voor een causaal verband met de voedingstoestand moeten worden geëvalueerd: geestelijke problemen; gedragspatronen en problemen; niet kunnen communiceren; amputatie.

Overzicht 3.6 RAP's bij de RAI voor de verpleeghuiszorg en CAP's bij de RAI voor de thuiszorg

Resident Assessment Protocols (RAP's):	**Client Assessment Protocols (CAP's):**
1. Delier	1. ADL/mogelijkheden tot revalidatie
2. Cognitief verval/dementie	2. Instrumentele Activiteiten van het Dagelijkse Leven (IADL's)
3. Gezichtsvermogen	3. Gezondheidsbevordering
4. Communicatie	4. Risico voor intramurale opname
5. ADL/mogelijkheden voor revalidatie	5. Communicatiestoornissen
6. Urine-incontinentie en verblijfscatheter	6. Functioneren van het zien
7. Psychosociaal welbevinden	7. Bovenmatig en riskant alcoholgebruik
8. Stemming	8. Cognitief functioneren
9. Gedragsproblemen	9. Gedrag
10. Activiteiten	10. Depressie en angst
11. Valpartijen	11. Ouderenmishandeling
12. Voedingstoestand	12. Sociaal functioneren
13. Voedingssondes	13. Hart en ademhaling
14. Uitdroging/vochtbalans	14. Uitdroging
15. Zorg voor het gebit	15. Valpartijen
16. Decubitus	16. Voeding
17. Psychofarmica-gebruik	17. Mondgezondheid
18. Lichaamsfixatie	18. Pijn
	19. Decubitus ulcus
	20. Huid- en voetproblemen
	21. Therapietrouw
	22. Kwetsbaar hulpsysteem
	23. Medicijnbeheer
	24. Palliatieve zorg
	25. Preventieve gezondheidsmaatregelen: immunisatie en screening
	26. Psychofarmaca
	27. Vermindering van dienstenpakket
	28. Omgevingsbeoordeling
	29. Faeces-incontinentie
	30. Urine-incontinentie en verblijfscatheter

3.5 Het vaststellen van het zorgplan en evaluatie

In 12 van de 30 deelnemende huizen werd gewerkt met zorgplannen. Bij de instellingen waar met een zorgplan gewerkt werd, gebeurde dit niet in alle gevallen op een methodische manier. De inhoud van de zorgplannen wijst erop dat het huidige zorgproces voornamelijk reactief van aard is. De aandacht is met name gericht op het oplossen van klinische problemen op het moment dat deze zich voordoen (bijvoorbeeld de behandeling van een

decubituszweer) en minder op preventie van problemen of verdere achteruitgang. Voor de bewoner met decubitus zal bijvoorbeeld een programma voor door-bewegen in bed nodig zijn alsook inspanningen om de stemming van de bewoner te verbeteren zodat de bereidheid om uit bed te komen toeneemt en daarmee de kansen op een langzamere achteruitgang.
Ook werd in de zorgplannen weinig aandacht besteed aan de sterke punten van een bewoner.
Het RAI constateert problemen en wijst naar gebieden waarop de bewoner nog vitaal is. Het idee erachter is dat de sterke kanten van een bewoner, zoals de dingen die de bewoner nog wel kan uitvoeren of begrijpen, zouden in het zorgplanningsproces gebruikt kunnen worden om achteruitgang te voorkomen of het functioneren van de bewoner te verbeteren.
Zoals te zien is in bijlage 8 geeft het RAI suggesties voor een zorgplan. Het RAI levert echter geen afgerond zorgplan. Dit wordt beschouwd als het expertisegebied van de hulpverleners.
De zorgdoelen waren bij de deelnemende instellingen vaak niet geformuleerd in meetbare uitkomsten. Zonder meetbare uitkomsten kan niet objectief worden vastgesteld of een zorgplan succes heeft gehad. Het zorgplan is een dynamisch document dat voortdurend moet worden geëvalueerd en naar bevind van zaken moet worden gewijzigd, op basis van meetbare uitkomsten. In de verzorgingshuizen waar met zorgplannen gewerkt werd, werden deze niet altijd met regelmaat geëvalueerd en/of aangepast.
Tijdens de presentatie van de resultaten bij de deelnemende verzorgingshuizen gaf men aan het werken met zorgplannen belangrijk, maar ook complex en tijdrovend te vinden. Er wordt niet voldoende tijd voor beschikbaar gesteld en verzorgenden beschikken niet over de noodzakelijke vaardigheden. Wel wordt het als een belangrijk aandachtspunt beschouwt door leidinggevenden en verzorgenden en worden activiteiten ondernomen zoals scholing en begeleiding om dit te verbeteren.

4 DRAAGVLAK VOOR HET RAI

Voor het toepassen van het RAI in verzorgingshuizen is het noodzakelijk dat hiervoor voldoende draagvlak is onder leidinggevenden en verzorgenden in verzorgingshuizen. Om die reden zijn als onderdeel van deze pilotstudy de houding van leidinggevenden en verzorgenden in verzorgingshuizen ten opzichte van het RAI en het oordeel van verzorgenden over de bruikbaarheid en meerwaarde van het RAI voor verzorgingshuizen onderzocht. In dit hoofdstuk wordt het draagvlak voor het RAI onder verzorgenden en leidinggevenden beschreven. De verzorgenden die deelnamen aan het onderzoek, zijn door middel van een vragenlijst, naar hun mening gevraagd omtrent de MDS, het signaleringssysteem en het RAI in zijn geheel. In totaal zijn 112 vragenlijsten ingevuld, waarvan 88 over de MDS en 24 over het signaleringssysteem en het RAI in zijn geheel. Gemiddeld hebben per instelling 3 verzorgenden een vragenlijst ingevuld. Samen geven zij een beeld van de mening van de verzorgenden over het RAI. Het oordeel van de verzorgenden betreft zowel het RAI voor verpleeghuiszorg als het RAI voor de thuiszorg.

Kenmerken deelnemende verzorgenden
Van de verzorgenden die de vragenlijsten hebben ingevuld was 70% werkzaam als bejaardenverzorgende, 18% als ziekenverzorgende en 13% in een andere functie (bijvoorbeeld als afdelingshoofd of activiteitenbegeleidster. De verzorgenden waren gemiddeld 11,2 jaar werkzaam in de ouderenzorg. Het grootste gedeelte van de deelnemende verzorgenden (65%) was werkzaam op afdelingen waar basiszorg werd gegeven. Ruim 28% was werkzaam op afdelingen waar psychogeriatrische of somatische meerzorg wordt gegeven. De 6% die `anders als antwoord gaf was voornamelijk werkzaam in een combinatie van basiszorg en meerzorg.

De resultaten met betrekking tot de MDS-en staan beschreven in paragraaf 4.1. De resultaten voor het signaleringssysteem en het RAI in zijn geheel staan in paragraaf 4.2. In paragraaf 4.3 wordt het draagvlak voor het RAI beschreven, zoals leidinggevenden en verzorgenden dit uitspraken tijdens de introductiegesprekken en/of de afsluitende bijeenkomsten.

4.1 Oordeel van de verzorgenden over beide MDS-en

In een open vraag konden verzorgenden hun eerste indruk van de MDS aangeven (tabel 4.1). Doordat het mogelijk was meerdere antwoorden te geven, is het totaal aantal antwoorden (107) groter dan het aantal verzorgenden (88) dat de vragenlijst heeft ingevuld. De eerste indruk die veel verzorgenden (43%) van de MDS hebben, is dat deze uitgebreid is en veel vragen bevat. De vragenlijst wordt door 22% van de verzorgenden duidelijk en door 15% compleet gevonden. Andere indrukken die door de verzorgenden genoemd worden zijn: kleine letters (7%), onoverzichtelijk (4%), aanleiding om over alledaagse dingen na te gaan denken (4%), bevat veel dezelfde vragen (2%), veel vragen zijn niet te beantwoorden (2%) en het kost veel tijd (1%). Hier moet bij vermeld worden dat de MDS normaal gesproken direct in de computer ingevuld wordt en dat het lettertype op het beeldscherm niet van een klein formaat is, zoals bij de papieren versie die in dit onderzoek gebruikt is. In de sectie `gewoonten en routine voor opname worden een aantal vragen gesteld die in andere secties ook worden gesteld. Normaal gesproken wordt deze sectie alleen bij

opname ingevuld. Tijdens deze pilotstudy zijn de vragen van deze sectie echter ingevuld voor de situatie van de bewoner op dat moment, omdat de opname vaak al langer geleden was. Hierdoor ontstaat onterecht het beeld dat sommige vragen dubbel gesteld worden.

Tabel 4.1 Wat is uw eerste indruk van de MDS? (N=107)

	%	N
uitgebreid/veelvragen	43	46
duidelijk	22	24
compleet	15	16
kleine letters	7	8
onoverzichtelijk	4	4
over alledaagse dingen na gaan denken	4	4
veel dezelfde vragen	2	2
veel vragen niet te beantwoorden	2	2
kost veel tijd	1	1

Uit tabel 4.2 blijkt dat bijna alle verzorgenden (94%) van mening zijn dat de vragen in de MDS begrijpelijk geformuleerd zijn. Hetzelfde geldt voor de volledigheid van de vragenlijst. Slechts 8% vindt dat er bepaalde onderdelen missen in de MDS. Hierbij worden genoemd: benaderingswijze voor een bewoner (2x); of een bewoner een wisselende hulpbehoefte heeft (groot verschil tussen goede en slechte dagen) (2x); niet snel te zien wat er bij een bewoner moet gebeuren (1x); geloofsovertuiging (1x); hobby's (1x); pedicure (1x); kapper (1x); voorkeur ziekenhuis (1x); aanwezigheid alarm (1x); zelfstandig verplaatsen buiten (1x); zorg door één of twee verzorgenden (1x). Een aantal van de onderwerpen die worden aangegeven (hobby's en zorg door één of twee verzorgenden) ontbreken in de MDS voor de thuiszorg, maar zijn wel opgenomen in de MDS voor de verpleeghuiszorg. Omgekeerd ontbreken de onderdelen `verplaatsen buitenshuis' en `alarmering' in de MDS voor de verpleeghuiszorg en zijn deze wel opgenomen in de MDS voor de thuiszorg.
Van de verzorgenden vindt 14% dat er overbodige vragen in de MDS zijn opgenomen. Zij noemen hierbij: levensstijl/voorgeschiedenis bewoner (3x); ontslagmogelijkheid (1x); mantelzorg (1x); parenterale of enterale voedselopname (1x); traplopen (1x). De vragen over de levensstijl/voorgeschiedenis van de bewoner worden door sommige verzorgenden als niet wenselijk geacht, omdat zij dit een inbreuk op de privacy van de bewoner vinden. De vraag over de ontslagmogelijkheid van een bewoner wordt als overbodig beschouwd, omdat vrijwel alle bewoners van een verzorgingshuis blijvend in deze instelling wonen. Voor mantelzorg geldt dat er grote verschillen zijn tussen de verschillende verzorgingshuizen wat de rol van de mantelzorg betreft. In huizen waar mantelzorg geen rol van betekenis speelt wordt deze vraag soms als overbodig beschouwd. Traplopen wordt als overbodig genoemd, omdat veel bewoners niet traplopen aangezien alle verzorgingshuizen van liften zijn voorzien.
Van de verzorgenden acht 89% zich, al dan niet na een training, in staat om de MDS zelfstandig in te vullen.

Tabel 4.2 Oordeel van de verzorgenden over de MDS in percentages (N=88)

	nee	ja	ja, na een training	weet niet
Zijn de vragen van de MDS begrijpelijk geformuleerd?	4	94	n.v.t.	n.v.t.
Ontbreken volgens u vragen in de MDS die voor de dagelijkse verzorging van de bewoner relevant zijn?	92	8	n.v.t.	n.v.t.
Worden in de MDS gegevens gevraagd die volgens u overbodig zijn?	86	14	n.v.t.	n.v.t.
Zou u de MDS zelfstandig kunnen invullen?	3	48	41	8

4.2 Oordeel van de verzorgenden over het signaleringssysteem

De verzorgenden die bij de presentatie van de resultaten voor hun instelling aanwezig waren, zijn na afloop van de bijeenkomst verzocht een vragenlijst in te vullen, waarin naar hun mening werd gevraagd over het signaleringssysteem en het RAI in zijn geheel.
Tabel 4.3 toont dat veruit de meeste verzorgenden van mening zijn dat de MDS en het signaleringssysteem hen kunnen helpen bij het opstellen van een zorgplan voor bewoners (88%) en voldoende relevante gegevens kunnen geven betreffende de zorgbehoefte van bewoners (96%). Als redenen waarom de MDS en het signaleringssysteem kunnen helpen bij het opstellen van het zorgplan worden genoemd: makkelijker problemen te ontdekken (5x); uitgebreid alle onderdelen van de zorg omvattend (3x); beter overzicht van de bewoner (1x); je wordt gewezen op dingen die vanzelfsprekend zijn geworden (1x); je vergeet minder snel dingen te vragen (1x); je komt achter andere informatie (1x).
Degenen die de MDS en de signaleringen slechts ten dele vinden helpen geven hiervoor de volgende redenen: sommige vragen niet relevant (1x); erg uitgebreid (1x); te veel zoeken naar wat je wilt weten (1x); niet aansluiten bij de visie van de instelling (1x).
Bij de vraag of het RAI voldoende relevante gegevens geeft over de zorgbehoefte van bewoners gaf één verzorgende aan dat zij het geheel te uitgebreid vond. Van de verzorgenden is 79% van mening dat de MDS en het signaleringssysteem hun kunnen ondersteunen bij de dagelijkse werkzaamheden. Een gedeelte van de verzorgenden (17%) is het hier ten dele mee eens, maar stelt als randvoorwaarde dat de gegevens goed worden bijgehouden (2x) en dat de gegevens uit de MDS en het signaleringssysteem ook daadwerkelijk in het zorgplan verwerkt worden (1x). Verder raden bij deze vraag ook 2 verzorgenden aan de MDS korter/beknopter te maken. De verzorgende die van mening is dat het RAI niet ondersteunt bij de dagelijkse werkzaamheden geeft hiervoor als reden dat het RAI niet dagelijks aanwezig is. Hierbij dient te worden opgemerkt dat als het RAI zorgvuldig geïmplementeerd wordt het dagelijks aanwezig is.

Tabel 4.3 Oordeel van de verzorgenden over de MDS en het signaleringssysteem in percentages (N=24)

	ja	deels	nee
Kan de MDS en het signaleringssysteem u helpen bij het opstellen van een zorgplan voor bewoners?	88	12	0
Geeft de MDS en het signaleringssysteem u voldoende gegevens die relevant zijn voor de zorgbehoefte van de bewoners?	96	n.v.t.	4
Denkt u dat de MDS en het signaleringssysteem u kunnen ondersteunen in het dagelijkse werk?	79	17	4

Aan het eind van de vragenlijst werd de mogelijkheid geboden ideeën of suggesties te geven. Hierbij werden de volgende opmerkingen gemaakt: goed toepasbaar voor verpleeghuisbewoners (2x); geheel duidelijk geformuleerd (2x); grotere letters (1x); thuiszorg vragen niet altijd geschikt (1x); kortere vragenlijst (1x); levensloop van bewoner toevoegen (1x); training is noodzakelijk (1x); uitgebreid en compleet (1x); veel gerichte informatie (1x).
Drie keer werd aangegeven dat men het een te grote inbreuk op de privacy vond en dat ziekten, medicatie en behandelplan een zaak van de bewoner en de arts is. Hierbij moet worden aangemerkt dat deze drie verzorgenden bij dezelfde instelling werkzaam waren, die een zeer specifieke visie op de autonomie van de bewoner heeft. Ook werd twee keer de vraag gesteld of het wel relevant is om zoveel gegevens te verzamelen bij zelfstandige bewoners.

4.3 Indrukken tijdens gesprekken met verzorgenden en leidinggevenden

Tijdens de introductiegesprekken waren de leidinggevenden erg geïnteresseerd in wat het RAI hen te bieden had. Velen gaven aan vanwege de toenemende complexiteit van de zorg, op zoek te zijn naar een manier om de zorgbehoefte inzichtelijker te maken en het methodisch werken te ondersteunen. Ook gaven enkele instellingen aan een zorgregistratiesysteem te zoeken waaraan ook de roostering van personeel gekoppeld kan worden. Over het algemeen was de indruk dat verzorgingshuizen, door de toegenomen complexiteit van de werkzaamheden, tegen de grenzen van de huidige registratiesystemen aanlopen.

Gedurende de dataverzameling gaven de verzorgenden te kennen het doornemen van de MDS voor een bewoner als een `eye-opener' te ervaren. Door de vragen die in de MDS gesteld worden, werden zij gedwongen over bepaalde dingen na te denken, waar zij normaal gesproken niet zo zeer opmerkzaam op waren. De verzorgenden waren over het algemeen positief in hun reacties op de vragenlijst, al hadden de meeste niet verwacht dat deze zo lang zou zijn. Sommige vragen vonden zij moeilijk om te beantwoorden. Het ging dan bijvoorbeeld over de voorgeschiedenis van een bewoner. Hier was vaak niet zoveel over bekend bij de verzorgenden, zeker in gevallen waar de bewoner reeds in de instelling woonde toen de verzorgende daar kwam werken. Een ander onderwerp dat de verzorgenden moeilijk vonden was mantelzorg, doordat zij weinig zicht hebben wat er op de kamer van de bewoner gebeurt. Ook sommige medische vragen, over bijvoorbeeld diagnosen van ziekten en bloeddrukmetingen vond men moeilijk te beantwoorden, omdat niet alle huisartsen de verzorging hier over inlichten. Verzorgenden vroegen zich hierbij ook af of het wel noodzakelijk is om van al deze informatie op de hoogte te zijn.

Bij de presentatie van de resultaten waren zowel verzorgenden als leidinggevenden overwegend positief verrast door de mogelijkheden van het RAI. Zij konden de bewoners goed herkennen in de probleemsignaleringen en zagen goede mogelijkheden om aan de hand van de verzamelde gegevens een zorgplan op te stellen. Ook zagen zij mogelijkheden om met de gegevens die het RAI oplevert de communicatie met huisartsen te verbeteren. De communicatie met huisartsen werd namelijk door veel verzorgingshuizen als een probleem ervaren.
Regelmatig ontstond een discussie over de balans tussen de autonomie en privacy van de bewoner en het belang van een uitgebreide gegevensverzameling. Ook gaven sommigen aan bang te zijn voor een medicaliserende werking van het RAI en dat er problemen gezocht gaan worden waar ze niet zijn. Men gaf aan dat de situatie in verzorgingshuizen toch anders is dan in verpleeghuizen en in de thuiszorg. Om succesvol in verzorgingshuizen gebruikt te kunnen worden zou het RAI aangepast moeten worden aan het type bewoners in verzorgingshuizen. In zijn huidige vorm ziet men wel toepassingsmogelijkheden voor het RAI voor verpleeghuiszorg bij bewoners met een zwaardere zorgbehoefte, die bijvoorbeeld ook een verpleeghuisindicatie hebben.

5 CONCLUSIES EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken en vindt een discussie plaats. In paragraaf 5.1 worden conclusies getrokken ten aanzien van de vergelijking van het RAI met de bestaande manier van registreren van de zorgbehoefte. De conclusies ten aanzien van het oordeel van de verzorgenden over het RAI zijn beschreven in paragraaf 5.2. Tenslotte vindt in paragraaf 5.3 een discussie plaats van de methoden en resultaten.

5.1 Vergelijking bestaande manier van registreren van de zorgbehoefte met het RAI

Als de huidige manier van gegevens verzamelen wordt vergeleken met de gegevensverzameling zoals die met het RAI plaatsvindt in de vorm van de MDS, dan vallen voornamelijk verschillen op wat betreft de gedetailleerdheid en actualiteit van de informatie, de wijze waarop veranderingen in de toestand van de bewoner in kaart worden gebracht en de mate van ondersteuning aan verzorgenden bij het observeren en registreren. Ten aanzien van de wijze van gegevensverzameling die bij de deelnemende verzorgingshuizen wordt toegepast kan over het algemeen geconcludeerd worden dat deze niet erg gedetailleerd is en dat deze niet altijd een actuele weergave van de toestand van de bewoner vormt. Aandachtsgebieden als stemming, gedrag en psychosociaal welbevinden worden bijna niet beschreven. Minder dan 50% van de vragen uit de MDS kan gemiddeld aan de hand van het dossier worden beantwoordt. De overige vragen konden beantwoord worden door de kennis die verzorgenden over bewoners hadden. Zeer veel informatie is dus wel bekend bij verzorgenden, maar wordt niet geregistreerd in het zorgdossier. Vaak worden gegevens geregistreerd als zich problemen voordoen, waardoor alle volgende stappen van de zorgcyclus achterlopen. Door pas te reageren op het moment dat een probleem zich voordoet, is het niet mogelijk preventief te werken en daarmee bepaalde problemen te voorkomen. Met de MDS worden voor alle bewoners op gestandaardiseerde wijze gedetailleerde gegevens verzameld. Hierdoor ontstaat een uitgangssituatie waaraan veranderingen getoetst kunnen worden. Om de actualiteit van de gegevens te waarborgen zijn aan het RAI richtlijnen verbonden voor de frequentie van invullen. Bij de huidige wijze van registreren wordt niet gevraagd naar het verloop van problemen. De MDS vraagt naar veranderingen in de toestand van de bewoner gedurende een bepaalde periode, waardoor men inzicht krijgt in het verloop van de situatie. Het RAI biedt verzorgenden ondersteuning bij het observeren en registreren van gegevens. Bij de bestaande manier van registreren is de ondersteuning aan verzorgenden beperkt.

Het werken met zorgplannen gebeurt nog maar in enkele van de deelnemende verzorgingshuizen. Als redenen hiervoor worden door verzorgenden en leidinggevenden aangegeven dat het complex en tijdrovend is. De onderdelen van het methodisch werken staan veelal op zichzelf en vertonen weinig samenhang. Er worden wel gegevens verzameld, maar er wordt zelden een analyse gemaakt en het resultaat in de vorm van een zorgplan ontbreekt in veel gevallen.
Wat ontbreekt is een rode draad die verzorgenden van de ene stap naar de andere leidt. Het standaardiseren van de gegevensverzameling, een analysemodel en hulpmiddelen bij het maken van een zorgplan zouden kunnen helpen bij dit probleem. Het RAI omvat al deze onderdelen en kan daarmee de rode draad zijn. Indien het RAI volledig wordt geïmplemen-

teerd, standaardiseert het de gegevens-verzameling, en maakt het automatisch probleemlijsten, waarin de analyse en daarmee de samenhang van de problemen zichtbaar wordt. Deze werkwijze kan verzorgenden helpen bij het methodisch werken en door de gestandaardiseerde en geautomatiseerde gegevens-verzameling kan het management beschikken over zorginformatie.

5.2 Draagvlak voor het RAI

De eerste indruk die veel verzorgenden van de MDS hebben is dat deze uitgebreid is en veel vragen bevat. Bijna alle verzorgenden vinden de vragen begrijpelijk geformuleerd en zijn van mening dat er geen vragen ontbreken of dat er overbodige vragen gesteld zijn. Ook achten bijna alle verzorgenden zich in staat om, al dan niet na een training, de vragenlijst zelfstandig in te vullen. Door de gedetailleerde vragen die de MDS stelt, werden verzorgenden zich tijdens de interviews bewust van de situatie van de bewoners, hun sterke en hun zwakke kanten. Zij ervaarden dit als een `eye-opener'. Door het ondervragen werd de onbewust bij verzorgenden aanwezige kennis over een bewoner naar boven gehaald. Wel geven enkele verzorgenden aan dat zij graag een kortere vragenlijst zouden willen. Sommigen vinden de gestelde vragen een te grote inbreuk op de privacy van de bewoner.

Ook over het signaleringssysteem oordelen de verzorgenden overwegend positief. Het grootste deel van de verzorgenden (88%) denkt dat de MDS en het signaleringssysteem hen kan ondersteunen bij het opstellen van een zorgplan en bij hun dagelijkse werkzaamheden (79%). Als redenen hiervoor worden genoemd: beter overzicht van de bewoner; je wordt gewezen op dingen die vanzelfsprekend zijn geworden; makkelijker problemen te ontdekken; uitgebreid alle onderdelen van de zorg omvattend. Bijna alle verzorgenden (96%) vinden dat het signaleringssysteem voldoende gegevens geeft die relevant zijn voor de zorgbehoefte van bewoners.

Leidinggevenden geven aan op zoek te zijn naar een manier om de zorgbehoefte inzichtelijker te maken en het methodisch werken te ondersteunen. Tijdens de presentatie van de resultaten waren zowel veel verzorgenden als leidinggevenden positief verrast door de mogelijkheden die het RAI op dit gebied biedt.

Tijdens de gesprekken met verzorgenden en leidinggevenden kwam veelvuldig naar voren dat het vastleggen van gegevens in de verzorgingshuizen in een voortdurend spanningsveld verkeert. Wat moet er in het dossier worden vastgelegd en welke rol speelt de autonomie/ privacy van de bewoner? Verzorgenden geven ook aan bepaalde dingen over een bewoner gewoon niet te weten, omdat deze zich op de kamer van de bewoner afspelen, buiten het zicht van de verzorgenden. Bij bewoners die nog redelijk zelfstandig zijn vraagt men zich ook af of het nut heeft zeer uitgebreid gegevens te verzamelen.
Het dossier wordt door de verzorgende enerzijds als een belangrijk document ervaren, maar anderzijds is het bijhouden van het dossier een tijdrovende en moeilijke bezigheid die als eerste komt te vervallen bij tijdgebrek. Men gaf aan dat de situatie wat betreft het soort bewoners en hun (woon)situatie in verzorgingshuizen toch anders is dan in verpleeghuizen en in de thuiszorg en dat het instrument op een aantal punten aangepast zou moeten worden aan de specifieke situatie in verzorgingshuizen.

5.3 Discussie

5.3.1 De methoden

Deze pilotstudy heeft bruikbare informatie opgeleverd over de toepasbaarheid van het RAI in verzorgingshuizen. Het onderzoek kent echter een aantal beperkingen.
Bij de gegevensverzameling waren alleen verzorgenden (zorgverleners) betrokken en geen bewoners (zorgvragers). Deze keuze is voortgekomen uit overwegingen van tijd en haalbaarheid. Een gevolg is dat geen oordeel over de toepasbaarheid van het RAI vanuit bewonersperspectief gegeven kan worden. Doordat geen navraag is gedaan bij de bewoners zelf, kan ook niet worden nagegaan of verzorgenden de juiste informatie omtrent een bewoner hebben verschaft. Het is daarom aan te raden bij eventueel vervolgonderzoek ook bewoners te betrekken.
Een andere beperking is dat de gegevensverzameling met de MDS en de analyse van deze gegevens tot probleemsignaleringen door de onderzoekers is gedaan. De verzorgenden hebben dus niet zelf ervaren hoe het is om met het RAI-computerprogramma te werken. Hun oordeel is gebaseerd op de MDS-en zoals zij deze op papier hebben gezien en niet op de geautomatiseerde versie. Daarnaast hebben zij van de onderzoekers voor iedere bewoner een uitdraai van de voor die bewoner gesignaleerde problemen gekregen, waarbij hen uitgelegd werd hoe deze tot stand gekomen was. Door de schaal waarop het onderzoek werd uitgevoerd (30 verzorgingshuizen) was het niet mogelijk om verzorgenden te scholen, opdat zij zelf met het RAI konden werken. Voor een vervolgonderzoek zou het aan te bevelen zijn verzorgenden zelf met het RAI te laten werken, zodat duidelijk wordt in hoeverre het instrument op de werkvloer praktisch toepasbaar is.

De deelnemende verzorgingshuizen zijn zeer verspreid over Nederland gelegen. Zowel instellingen uit rurale als uit stedelijke gebieden namen deel aan het onderzoek. Deze pilotstudy is echter niet zonder meer te generaliseren voor alle verzorgingshuizen in Nederland, omdat alleen verzorgingshuizen deelnamen die werken met zorgdossiers en die interesse hebben in dit onderwerp. Dit kan eventueel een vertekend beeld geven, omdat deze instellingen misschien meer betrokken zijn bij de ontwikkelingen rond zorgdossiers en methodisch werken dan andere verzorgingshuizen. Het is mogelijk dat deze instellingen hierdoor betere zorgdossiers hebben en dat de verzorging op dit gebied deskundiger is dan in andere verzorgingshuizen. Als dit daadwerkelijk het geval is, dan betekent dit dat de meerwaarde van het RAI voor verzorgingshuizen groter is dan uit de vergelijking met de deelnemende instellingen blijkt. Het is echter ook denkbaar dat er in instellingen, waar zorgdossiers nog minder ver ontwikkeld zijn, een hogere drempel en meer weerstand overwonnen zal moeten worden.

Bij de vergelijking van de bestaande manier van registeren van de zorgbehoefte met het RAI is de MDS aangehouden als `gouden' standaard met betrekking tot de inhoud en werkwijze van een dossier. Zodoende kan, in theorie, worden nagegaan of het RAI een meerwaarde heeft voor verzorgingshuizen. Men kan zich afvragen of dit terecht is. Bij de ontwikkeling van het instrument is de Minimum Data Set door experts in de Verenigde Staten vastgesteld als het minimum aan gegevens dat geregistreerd dient te worden (Hawes e.a., 1997). Ook de verzorgenden die deelnamen aan deze pilotstudy gaven aan dat de vragenlijst compleet was en slechts enkelen waren van mening dat er onderdelen ontbraken of overbodig waren (paragraaf 4.1).

Bij het beschrijven van de mogelijkheden van het RAI is uitgegaan van een situatie waarin het RAI succesvol in een instelling is geïmplementeerd en optimaal functioneert. Dit is

bijvoorbeeld het geval in de Verenigde Staten, Canada en IJsland. In Nederland zijn een aantal verpleeghuizen bezig met de implementatie van het RAI. Hieraan gekoppeld vindt op dit moment een inventarisatie plaats van belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van het RAI in verpleeghuizen.

5.3.2 De resultaten

Het resultaat van deze pilotstudy is een eerste indruk van de mogelijk bredere toepasbaarheid van het RAI in de ouderenzorg. Door dit onderzoek is duidelijk geworden op welke gebieden het RAI een meerwaarde zou kunnen hebben in vergelijking met de manier waarop nu in verzorgingshuizen wordt gewerkt. De meerwaarde van het RAI ligt vooral in de gedetailleerde informatie over individuele bewoners en het ondersteunen van verzorgenden bij het analyseren van problemen en het opstellen van een zorgplan. Dit is waardevol gezien de toenemende complexiteit van de zorg en de groeiende vraag naar transparantie van het zorgproces. Leidinggevenden geven ook aan dat zij op dit moment naar een dergelijk instrument op zoek zijn, omdat zij tegen de grenzen van de bestaande registratiesystemen oplopen.

De meerwaarde van het RAI is reeds meerdere malen onderzocht in verpleeghuizen en hieruit blijkt dat het RAI na implementatie positieve effecten kan hebben (Hawes e.a., 1997; Fries e.a., 1997). Het blijkt dat er meer problemen gevonden worden en dat er meer problemen in het zorgplan worden vastgelegd (Ikegami, 1998). Zowel totaal als specifiek op psychosociaal gebied worden er significant meer problemen onderkend (Schelhaas, 1999). Onderzoek van Mor e.a. (1997) heeft aangetoond dat ook de hospitalisatie afneemt.

De verzorgenden en leidinggevenden oordelen in deze pilotstudy voornamelijk positief over het RAI. Dit komt overeen met de resultaten van een Zweeds onderzoek naar de mening van verzorgenden over het RAI in verpleeghuizen (Hansebo e.a., 1998). Hier was een jaar na de implementatie van het RAI de meerderheid van de verzorgenden van mening dat het RAI kon bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, verslaglegging in dossiers en de samenwerking en betrokkenheid.

Voordat het RAI in verzorgingshuizen toegepast kan worden zal wel aan een aantal voorwaarden voldaan moeten worden. Hierbij is de grootste belemmering dat het een sector betreft die met personeels-, geld- en tijdgebrek te kampen heeft. Een belangrijke voorwaarde is dat verzorgenden over voldoende tijd moeten beschikken, aangezien dit bij de huidige manier van registreren reeds als een probleem wordt ervaren. Hiermee hangt samen dat de personeelsbezetting wat betreft kwantiteit en kwaliteit voldoende moet zijn. Op dit moment vormt dit een probleem en onderzoek heeft aangetoond dat zich op dit gebied ook in de toekomst problemen voor zullen blijven doen (Van Westerhoven & Van Loveren-Huyben, 1997). Het invullen van de MDS door een goed ingewerkte verzorgende duurt nu gemiddeld zo'n 30 minuten. Er zijn verschillende mogelijkheden denkbaar om deze tijd te bekorten. Eén mogelijkheid is niet periodiek de gehele MDS in te vullen, maar dit bijvoorbeeld één keer per jaar te doen en periodiek te werken met een verkorte vragenlijst. Dit gebeurt al bij de RAI voor verpleeghuizen in de vorm van een kortere kwartaal review, welke in de Verenigde Staten door de autoriteiten verplicht gesteld is. Aan de hand van de resultaten van deze verkorte vragenlijst kan men er alsnog voor kiezen bepaalde onderdelen uit de MDS in te vullen. Een andere mogelijkheid is om periodiek alleen die onderdelen door te nemen, waar de laatste keer dat de MDS volledig ingevuld is voor de bewoner problemen gesignaleerd zijn.
Een nadeel van een verkorte MDS is dat het niet voor alle items mogelijk is om sluipende

veranderingen en problemen die voor de verzorgenden vanzelfsprekend zijn geworden te signaleren. Ook is het moeilijker om de onbewust bij verzorgenden aanwezige informatie naar het bewustzijnsniveau te brengen, omdat hiervoor juist gedetailleerde ondervraging noodzakelijk is. Hier zal dus een afweging moeten plaatsvinden tussen het praktisch haalbare en het optimale. In een eventueel vervolgonderzoek zou verder onderzocht kunnen worden welke oplossingen er zijn voor het tijdsprobleem.

Leidinggevenden en verzorgenden zullen voldoende gemotiveerd en tot verandering bereid moeten zijn wil de implementatie succesvol verlopen. De resultaten van het onderzoek naar het draagvlak duiden er wel op dat zij voordelen zien in het werken met het RAI.
Het RAI is volledig geautomatiseerd, terwijl slechts een klein gedeelte van de verzorgingshuizen werkt met een geautomatiseerd zorgdossier. Dit kan een belemmering vormen bij de implementatie van het RAI, omdat geen ervaring aanwezig is met betrekking tot het werken met geautomatiseerde zorgdossiers.

Verder zal er een discussie gevoerd moeten worden om vast te stellen wat voor welke bewoners noodzakelijk wordt gezien om te registreren. Daarbij zal naar een balans gezocht moeten worden tussen de autonomie van bewoners enerzijds en efficiënte, goed functionerende zorgprocessen anderzijds. Met andere woorden, er zal een afweging plaats moeten vinden tussen het (juridisch-)ethisch perspectief enerzijds en het management perspectief anderzijds. Het argument voor de autonomie van de bewoner is solide: uiteindelijk draait het om de bewoner. Hierbij dreigt echter wel het gevaar van een laissez-faire houding bij de zorgverleners. Een situatie die niet bijdraagt aan effectieve en doelmatige zorg (Grol, 1999). Bij de keuze, wat men voor welke bewoners wenst te registreren speelt ook het gevaar van medicalisering een rol. Hierbij moet bijvoorbeeld een afweging gemaakt worden tussen het belasten van de bewoner met bepaalde (medische) handelingen zoals wegen, bloeddruk meten of bloedsuikercurve bijhouden en de mogelijkheid tot het preventief bieden van zorg, als dit op basis van de uitkomsten noodzakelijk mocht blijken. Door het huidige indicatiebeleid zal het aantal `zelfstandige' bewoners in verzorgingshuizen verder afnemen. De verwachting is dat in het jaar 2002 zeventig procent van de verzorgingshuisbewoners zowel lichamelijke als geestelijke problemen heeft (Van Westerhoven, 1999). De vraag of het zinvol is om voor `zelfstandige' bewoners het RAI toe te passen wordt daardoor minder relevant.

Na deze pilotstudy is een mogelijke volgende stap een onderzoek om de toepasbaarheid in de praktijk te gaan toetsen. In hoofdstuk 6 worden daarom aanbevelingen gedaan voor het aanpassen van het RAI en de eventuele implementatie.

6 AANBEVELINGEN

In dit afsluitende hoofdstuk worden, op basis van de resultaten van de in dit rapport beschreven pilotstudy, aanbevelingen gedaan. In paragraaf 6.1 worden aanbevelingen gedaan voor het aanpassen van de Minimum Data Set en het signaleringssysteem aan de situatie in Nederlandse verzorgingshuizen. Vervolgens worden aanbevelingen gedaan voor de implementatie van het RAI in verzorgingshuizen (paragraaf 6.2).

6.1 Aanpassingen aan de MDS en het signaleringssysteem

Uit de analyse van het oordeel van de verzorgenden over beide MDS-en (voor verpleeghuiszorg en thuiszorg) blijkt dat verzorgenden vinden dat de MDS-en de relevante probleemgebieden voor bewoners in verzorgingshuizen behandelen (paragraaf 4.1). Er is wel een aantal kanttekeningen geplaatst door de verzorgenden. Zowel leidinggevenden als verzorgenden geven aan dat het RAI aangepast zal moeten worden aan de specifieke situatie in verzorgingshuizen om succesvol geïmplementeerd te kunnen worden. Tijdens het invullen van de MDS-en zijn de onderzoekers ook een aantal beperkingen van de MDS-en tegengekomen. Tevens bleken enkele probleemsignaleringen niet helemaal aan te sluiten bij de situatie in verzorgingshuizen. Naar aanleiding hiervan is het aan te bevelen de MDS-en en het signaleringssysteem enigszins aan te passen.

In de MDS voor de thuiszorg is de sectie voor de mantelzorg (sectie G) te uitgebreid voor de situatie in verzorgingshuizen. In de thuissituatie zijn mensen vaak afhankelijk van de mantelzorg. In een verzorgingshuis is 24 uur per dag verzorging aanwezig. De sectie over de beoordeling van de omgeving (sectie O) is niet van toepassing op de situatie in verzorgingshuizen. Deze sectie gaat over de toestand waarin de woning verkeert. In een instelling moet de woning/kamer in een goede staat zijn en voldoen aan bepaalde maatstaven. Deze sectie is om die reden overgeslagen/ nooit ingevuld bij het onderzoek. Ook zijn er een aantal vragen/ items in de MDS voor de thuiszorg overbodig en niet van toepassing op de situatie in verzorgingshuizen. Item H 5 'traplopen' is bijvoorbeeld niet van toepassing omdat bewoners in verzorgingshuizen over het algemeen gebruik maken van de lift.
Enkele verzorgenden gaven aan dat er vragen ontbreken (de vraag of de zorg door één of twee verzorgenden gegeven moet worden en de vraag of de bewoner buiten de woning zelfstandig is). Deze vragen ontbreken inderdaad in de MDS voor de thuiszorg, maar in de MDS voor verpleeghuiszorg zijn deze vragen wel opgenomen.

In beide MDS-en is een groot aantal secties gelijk, behalve de secties in de MDS voor de thuiszorg die toegespitst zijn op de thuissituatie. Om bovenstaande redenen en vanwege het feit dat uit de MDS voor verpleeghuiszorg geen enkele sectie als overbodig werd ervaren, is het meest voor de hand liggende de MDS voor verpleeghuiszorg als uitgangspunt te nemen voor een MDS specifiek voor verzorgingshuizen. Een aantal secties of vragen in de MDS voor verpleeghuiszorg dient wel aangepast te worden. Ook is het wenselijk een aantal items uit de MDS voor de thuiszorg toe te voegen aan de MDS voor verpleeghuiszorg om de secties goed aan te laten sluiten bij de situatie in verzorgingshuizen.

Voor bewoners die weinig tot geen zorg behoeven en dus voornamelijk `nullen' zullen scoren zijn de MDS-en in hun huidige vorm erg uitgebreid, aangezien alle vragen ingevuld moeten worden. Om die reden is het te overwegen om `zelfstandige' bewoners te onderscheiden van bewoners met behoefte aan zorg en de MDS alleen in te vullen voor de bewoners met behoefte aan zorg. De hulpindex van EBIS (Van Loveren-Huyben e.a., 1999) zou hierbij als screeningsinstrument gebruikt kunnen worden. Een bepaalde score op de hulpindex zou dan aanleiding kunnen zijn om de MDS in te vullen. Op deze manier worden niet onnodig veel gegevens verzameld bij zelfstandige bewoners.

In bijlage 9 wordt per sectie beschreven welke aanpassingen in de MDS voor verpleeghuiszorg raadzaam zijn om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de specifieke situatie in verzorgingshuizen. Het uiteindelijke resultaat, een MDS voor verzorgingshuizen, is als bijlage 10 aan dit rapport toegevoegd.

6.2 De implementatie van het RAI in verzorgingshuizen

Dit onderzoek betrof een pilotstudy naar de mogelijke toepassing van het RAI in verzorgingshuizen. Op basis van de gevonden resultaten zijn aanbevelingen gedaan om de MDS en het signaleringssysteem aan te passen aan de situatie in Nederlandse verzorgingshuizen. Het aangepaste instrument is nog niet getoetst op validiteit en betrouwbaarheid. Het RAI voor verpleeghuiszorg en voor de thuiszorg, waarop de RAI voor verzorgingshuizen gebaseerd is, zijn wel reeds uitgebreid getoetst (Hawes e.a., 1997; Sgadari e.a., 1997; Morris e.a., 1997). Als de aangepaste versie van het RAI wordt ingevoerd in verzorgingshuizen zal er na verloop van tijd kunnen worden onderzocht of het instrument effectief is in verzorgingshuizen en zal de validiteit en betrouwbaarheid eventueel getoetst kunnen worden.

Het succes van het RAI is zeer afhankelijk van de implementatie en de organisatie waar het geïmplementeerd wordt (Leutscher, 1999). Bij de implementatie van het RAI in verzorgingshuizen zal aan een aantal randvoorwaarden moeten worden voldaan. Een eerste vereiste is dat de motivatie en veranderingsbereidheid onder de medewerkers voldoende is. Zij zullen bestaande routines moeten gaan verlaten en anders gaan functioneren.
Bij de huidige wijze van registreren van de zorgbehoefte wordt vaak als probleem aangegeven dat er te weinig tijd voor beschikbaar is. Voor een succesvolle implementatie van het RAI is het dan ook belangrijk dat er voldoende tijd voor vrij gemaakt wordt. Ook zullen verzorgingshuizen over voldoende financiële middelen moeten beschikken om de implementatie te kunnen bekostigen. Er valt hierbij te denken aan de kosten voor trainingen en computers. Verzorgenden moeten over voldoende vaardigheden beschikken om met het RAI te kunnen werken. Bijna de helft van de verzorgenden gaf in dit onderzoek aan training en begeleiding op prijs te stellen.
Ook de huisartsen waar mee samengewerkt wordt zullen geïnformeerd moeten worden. In overleg kan dan bekeken worden wat de rol van de huisarts in het proces kan zijn. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het wederzijds uitwisselen van informatie. De huisarts zou bijvoorbeeld gegevens over diagnosen van ziekten en medicatie aan kunnen leveren voor het invullen van de MDS, terwijl de verzorging de huisarts zou kunnen informeren over de gesignaleerde problemen en het gehanteerde zorgplan.
Voor de implementatie zal men ook tot overeenstemming moeten komen over bij welke bewoners en in welke vorm men het RAI wil toepassen.

Een zorgdossier moet aansluiten bij de werkwijze, bij de ideeën over zorgverlening van het verzorgingshuis en bij degenen die ermee werken. Als het RAI niet in het verlengde ligt van de werkwijze, dan zal de invoering van het RAI de nodige tijd en energie vragen van de gehele organisatie.
Er zal voor gewaakt moeten worden dat het RAI niet als losse flodder aan een dossier wordt toegevoegd. Het RAI zal als basis van het zorgdossier, geïntegreerd met de overige delen van het zorgdossier de grootste effecten hebben. Vragen uit de MDS kunnen bijvoorbeeld in het opname/inhuizingsgesprek worden verwerkt. Probleemlijsten zullen de leidraad moeten zijn in bewonersbesprekingen. Het zorgplan zal gekoppeld moeten zijn aan de dagelijkse rapportage en de rapportage zal weer de voedingsbodem kunnen zijn voor een nieuwe gegevensverzameling. Op die manier kan het RAI fungeren als een rode draad door de gehele zorgcyclus.

LITERATUUR

BERG, M., E. GOORMAN, P. HARTERINCK, S. PLASS. De nacht schreef rood, informatisering van zorgpraktijken. Den Haag: Rathenau Instituut, 1998; Studie 37

BOHN STAFLEU VAN LOGHUM. Adresgids Ouderenzorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998

ENDE, P.C. VAN DER. Medische zorg in verzorgingshuizen: inventarisatie van mogelijkheden met het oog op organisatie en financiering vanaf het jaar 2001. Groningen: Gerontagogisch Centrum Groningen, 1997

FRIES, B.E., HAWES, C., MORRIS, J.N., PHILLIPS, C.D., MOR, V., PARK, P.S. Effect of the National Ressident Assessment Instrument on Selected Health Conditions and Problems. JAGS, 45, 1997, no.8, p.994-1001

GROL, R.P.T.M. Effectieve en doelmatige zorg: "Feit of Fantasie". Nijmegen: Rede bij aanvaarding Hoogleraarschap Kwaliteit van Zorg, Katholiek Universiteit Nijmegen, 1999

HANSEBO, G., KIHLGREN, M., LJUNGGREN, G., WINBLAD, B. Staff views on the Resident Assessment Resident, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the Cognitive Performence Scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. Journal of Advanced Nursing, 28, 1998, no.3, p.642-653

HAWES, C., MORRIS, J.N., PHILLIPS, C.D., FRIES, B.E., MURPHY, K., MOR, V. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age and Ageing, 1997, 26-S2, p.19-25

HAWES, C., MOR, V., PHILLIPS, C.D., FRIES, B.E., MORRIS, J.N., STEEL-FRIEDLOB, E., GREENE, A.M., NENNSTIEL, M. The OBRA-87 Nursing Home Regulations and Implementation of the Resident Assessment Instrument: Effects on Process Quality. JAGS, 45, 1997, no.8, p.977-985

HEIJNEN, S. Analyse verzorgingshuizen. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1998

IKEGAMI, N., IGARASHI, C., TAKAGI, Y., KATO, T., MOR, V. The Impact of the Minimum Data Set and Resident Assessment Instrument on the Quality of care Plans in Japan. Canadian Journal of Quality in Health Care, 14, 1998, no.3, p.23-28

LEUTSCHER, E. RAI en de implementatie in Vreugdehof: Een onderzoek naar factoren die van invloed zijn op de implementatie van het Resident Assessment Instrument. Maastricht: Afstudeerscriptie Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg, Verpleeg- en revalidatiecentrum Vreugdehof, 1999

LOVEREN-HUYBEN, C.M.S. VAN. Ontwikkeling in verzorgingshuizen? Gegevens van longitidunaal onderzoek. Nijmegen: Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen, 1995

LOVEREN-HUYBEN, C.M.S. VAN, HURK, M.E.G., VAN DEN, THIEN, N.G. EBIS. Zorg met zorg gemeten: voor transparantie in de ouderenzorg. Zeist: WZF, 1999

MOR, V., INTRATOR, O., FRIES, B.E., PHILLIPS, C., TENO, J., HIRIS, J., HAWES, C., MORRIS, J. Changes in Hospitalization Associated with Introducing the resident Assessment Instrument. JAGS, 45, 1997, no.8, p.1002-1010

MORRIS, J.N., NONEMAKER, S., MURPHY, K., HAWES, C., FRIES, B.E., MOR, V., PHILLIPS, C. A Commitment to Change: Revision of HCFA's RAI, JAGS, 45, 1997, no.8, p.1011-1016

MORRIS, J.N., FRIES, B.E., STEEL, K., IKEGAMI, N., BERNABEI, R., CARPENTER, G.I., GILGEN, R., HIRDES, J.P., TOPINKOVÁ, E. Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC. JAGS, 45, 1997, no.8, p.1017-1024

RIBBE, M.W., FRIJTERS, D.H.M., HERTOGH, C.M.P.M., HOUTEN, P. VAN, WIERSMA, L. Resident Assessment Instrument RAI: Een nieuwe patiëntbeoordelingsmethode als voorwaarde voor kwaliteitsverbetering van

de zorg. Vox Hospitii: Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde, Themanummer Congres 1996 `Geïnformeerd, Geautomatiseerd', 20, 1996, no.4, p.9-13

SCHELHAAS, J. Effecten van de invoering van het RAI, een verplegingswetenschappelijk onderzoek naar de effecten van de invoering van het RAI op de inhoud van zorgplannen van verpleeghuisbewoners in 5 verpleeghuizen in Groningen en Drenthe. Groningen: Doctoraalscriptie Verplegingswetenschap Rijksuniversiteit Groningen, Zonnehuis Zuidhoorn, 1999

SCHRIJNEMAEKERS, V.J.J., WIERIK, M.J.M. TE, FREDERIKS, C.M.A., HOLLANDS, L.J.M., ROSSUM, E. VAN. Zorgkwaliteit in verzorgingshuizen: standaarden en een meetinstrument voor de verzorging en verpleging. Utrecht: De Tijdstroom Bijvoorbeeld, Landelijk Centrum verpleging en Verzorging, 1996

SGADARI, A., MORRIS, J.N., FRIES, B.N., LJUNGGREN, G., JÓNSSON, P.V., PARK, P. Efforts to establish the relability of the Resident Assessment Instrument. Age and Ageing, 1997, 26-S2, p.27-30

TWEEDE KAMER DER STATEN GENERAAL. Modernisering ouderenzorg. Brief van de staatssecretarissen Terpstra (VWS) en Tommel (VROM) d.d. 1 september 1995. Kamerstukken II, 1994-1995, 24.333, nr.1. 's-Gravenhage: SDU, 1995

VWS, WZF, LOBB. Aanpak meerjarenplan verzorgingshuizen 2001. Rijswijk: VWS, 1997

WAGNER, C., RIBBE, M. Het RAI: een beoordelingsinstrument. Kwaliteit in Beeld, 8, 1997, no.6, p.11-14

WESTERHOVEN, F. VAN, LOVEREN-HUYBEN, C. VAN. Zorg voor medewerkers: onderzoek naar de benodigde kwaliteit en kwantiteit van de medewerkers in het verzorgingshuis nieuwe stijl in het jaar 2002. Beuningen: Van Loveren en Partners Bijvoorbeeld, 1997

WESTERHOVEN, F. VAN. Verzorgings- en verpleeghuis groeien naar elkaar toe: De gevolgen van de toenemende zorgbehoefte voor medewerkers. Tijdschrift voor Verzorgenden, 31, 1999, no.5, p.36-39

WIERSMA, L. 'Het Zonnehuis Amstelveen': 4 jaar ervaring met het Resident Assessment Instrument. Kwaliteit in beeld, 8, 1998, no.3, p.10-11

WZF. Verzorgingshuizen: vernieuwend vermogen. Zeist: WZF, 1997

BIJLAGEN

Bijlage 1: Voorbeeldcasus RAI voor verpleeghuiszorg
Bijlage 2: MDS RAI voor de thuiszorg
Bijlage 3: MDS RAI voor verpleeghuiszorg
Bijlage 4: Vragenlijst voor verzorgenden deel 1
Bijlage 5: Vragenlijst voor verzorgenden deel 2
Bijlage 6: Voorbeeld probleemsignalering RAI voor verpleeghuiszorg
Bijlage 7: Voorbeeld overzicht herkomst gegevens
Bijlage 8: Patiëntenbeoordelingsprotocol voedingstoestand
Bijlage 9: Toelichting bij de Minimun Data Set (MDS) voor verzorgingshuisbewoners
Bijlage 10: MDS voor beoordeling en zorgbepaling van verzorgingshuisbewoners

BIJLAGE 1 Voorbeeldcasus RAI voor verpleeghuiszorg

Morris JN, Murphy K, Nonemaker S. Gebruikershandboek patiëntbeoordelingsinstrument (RAI) voor instellingen voor langdurige zorg en verpleging aan ouderen. Versie 2.0 vertaald door Dinnus Frijters. Utrecht: SIG-Zorginformatie 1996

Voorbeeld van een casus --MDS, RAP en Zorgplanning

Deze voorbeeldcasus is opgezet vanuit het gezichtspunt van de verpleegkundige die verantwoordelijk is voor het coördineren van het RAI en de zorgplanningsprocessen. Het is in fasen opgezet, overeenkomend met hoe het zorgteam informatie vanuit de MDS en RAP's heeft gekregen en gebruikt.

In deze voorbeeldcasus:

- worden de processen van het uitvoeren van de MDS/RAP-beoordeling [RAI] en het ontwikkelen van een geïndividualiseerd zorgplan geïllustreerd.
- wordt getoond hoe MDS-beoordelingsinformatie tot verdere beoordeling (door het reviewen van de gesignaleerde RAP's) en zorgplanning leidt.
- worden de RAP-samenvattingsformulieren getoond om te illustreren hoe zij kunnen helpen bij het coördineren en mogelijk maken van in elkaar overvloeien van beoordelingsgegevens en besluitvorming.

Dit voorbeeld is NIET:

- een functioneel compleet MDS-, RAP-review en zorgplanningsproces. Bepaalde beoordelingsgebieden en zorgelementen komen in dit voorbeeld niet aan bod, ofschoon ze daarop zeker wel van toepassing zijn.

1. HET BEOORDELINGSPROCES

We beginnen het MDS-beoordelingsproces met voorbeelden van aantekeningen uit het patiëntdossier en gesprekken tussen zorgverleners, waarbij punten uit de beoordeling over de eerste paar dagen van het verblijf van de patiënt in de instelling aan de orde komen. Deze voorbeelden maken duidelijk dat, hoewel het MDS-formulier wellicht pas later wordt ingevuld, de MDS- en RAP-beoordelingsinformatie al vanaf het moment van de opname moet worden verzameld.

Dag 1 (Eerste opname van de heer S. vanuit het ziekenhuis, 24 augustus, 1995).

Volgend op zijn opname, werd het volgende SOAP-verslag op 24 augustus 1995 gemaakt.

S: "Kom bij me zitten, Johanna. Ik heb zo'n dorst. Kan je me wat water geven" zegt de heer S. tegen zijn vrouw Marion. (Johanna is zijn zuster die al 12 dood is.) Zijn vrouw zei dat hij haar nooit als zijn zuster aanspreekt, maar dat hij sinds hij in het ziekenhuis is opgenomen verwarder is geworden.

O: De heer S. vanuit het ziekenhuis in het verpleeghuis opgenomen met heupprothese links. De heer S. heeft al vijf jaar Alzheimer en heeft drie jaar lang de dagbehandeling in het verpleeghuis bezocht.

Volgens de ziekenhuisontslagbrief, was de heer S. erg opgewonden op de onderzoekskamer en werd hem verschillende keren tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis intramusculair Haldol ingespoten. Zijn uitdroging werd met succes met intraveneuze vochttoediening behandeld. Hij was "erg verward", nog meer dan zijn vrouw van te voren had aangegeven. Andere nieuwe medicijnen betroffen ranitidine (Zantac), morfine en Cotrimoxazol voor een gediagnostiseerde urineweginfectie. Hij was gedurende zijn gehele verblijf in bed vastgebonden geweest.

Meneer S. is alleen op zichzelf gericht en reageert alleen op zijn naam. Hij praat over zijn vrouw als zijn zuster (dit is nieuw). Hij is zich er niet van bewust dat hij in een verpleeghuis is of dat hij in een ziekenhuis was. Hij plukt constant aan zijn beddegoed en frommelt met het alarmlichtje.

A: De acute verwardheid staat mogelijk in verband met ziekenhuisopname, medicijngebruik, urineweginfectie, pijn en isolatie.

P: Monitor nauwgezet zijn veiligheid. Beperk niet langer zijn bewegingsvrijheid. Controleer hem elk kwartier als hij wakker is. Moedig hem aan tot activiteiten buiten zijn kamer. Patiënt blijft nog zes dagen Cotrimoxazol gebruiken. Raadpleeg de arts over de medicijnen. Vraag de dochter enkele van zijn favoriete voorwerpen mee te brengen om hem te helpen zich te oriënteren. Moedig veelvuldig familiebezoek aan, leg aan hen de verandering in het cognitief functioneren van de heer S. uit. Monitor nauwgezet de pijn in de heup. Geef hem Diclofenal tegen de pijn. Bewaar de pijnstaat in het patiëntdossier om de effectiviteit van de pijnbestrijding te beoordelen.

Dag 2 (Aantekening door de arts bij haar bezoek aan de heer S.).

Ik heb de heer S. vandaag op de afdeling bezocht waar hij pas is opgenomen. Hij is al vijf jaar Alzheimer-patiënt. Zijn toestand is ernstiger geworden door een acute verwardheid. Zijn opname in het ziekenhuis i.v.m. een heupoperatie ging gepaard met complicaties van een urineweginfectie, uitdroging en acute verwardheid. Of de uitdroging, infectie of de medicijnen de oorzaak waren van de cognitieve veranderingen is nog niet duidelijk. Zijn vrouw zegt dat hij al vóór de opname moeite had met urineren, maar dacht dat normaal was, omdat hij een vergrote prostaat heeft. Ik stopte met morfine en begon sinds de opname met Diclofenal, 650 mg elke 6 uur. Ik veranderde ook zijn Haldol-inname van parenteraal naar oraal en zal de dosering langzaam verminderen. Ga door met Cotrimoxazol totdat de kuur is afgelopen. Stop met Zantac. Het is niet duidelijk waarom daarmee is begonnen en het kan aan zijn verwardheid bijdragen. Monitor de volgende 7 dagen de Intake en Output. Ik zal op maandag de heer S. nader onderzoeken.

Dag 4 **(Het volgende is een voorbeeld van een gesprek tussen de verpleegkundige en de maatschappelijk werker over wat de opname-onderzoeken hebben opgeleverd. Het gaat niet om de documentering maar dient als illustratie van de multidisciplinaire beoordeling. In het verslag van deze dag zijn ook de follow-up verpleegverslagen opgenomen en een afzonderlijke aantekening van de fysiotherapeut. Het zich bewust zijn van het zorgteam van de behoeften en behandelingen voor de patiënt neemt toe.)**

MAATSCHAPPELIJK WERKER (MW):

"Ik sprak tijdens de eerste twee dagen van de opname met de heer S., zijn vrouw Marion en zijn oudste dochter, Suzanne. Tijdens het gesprek was de heer S. niet in staat eenvoudige vragen te beantwoorden. Hij werd gemakkelijk afgeleid en ging helemaal op in het gladstrijken van zijn beddegoed. Marion en Suzanne zeiden dat hij gewoonlijk geen vragen kan beantwoorden over zijn onmiddellijke behoeften, maar dat hij eindeloos kan praten over houtbewerking en opera's."

VERPLEEGSTER (V):

"De heer S. is veel helderder vandaag. Hoewel hij zich niet herinnerde me eerder te hebben gezien, reageerde hij op zijn naam en zei dat hij niet thuis was maar in een bejaardentehuis. Zijn vrouw was aanwezig en hij riep haar bij haar naam."

MW: "Marie [de avondzuster] vertelde me dat zijn cognitie vermoedelijk zal blijven verbeteren als zijn delier eenmaal opklaart. Ik heb dit tegen de familie gezegd. Die scheen opgelucht te zijn."

V: "Ze heeft vermoedelijk gelijk. De urineweginfectie, uitdroging, morfine, Zantac en Haldol droegen vermoedelijk tot zijn acute verwardheid bij, maar omdat hij Alzheimer heeft, is het moeilijk om zijn uitgangssituatie te beoordelen."

MW: "Zijn familie beschreef hem als een gezellige man die graag naar de psychogeriatrische dagbehandeling ging. Vijf jaar geleden werd bij hem de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Zijn dochter zei dat ze het gevoel had dat hij al verscheidene jaren vóór de feitelijke diagnose problemen had. Zijn vrouw vertelde me dat hij steeds meer moeite had met zijn ADL's. Ze moest zijn taken opdelen in deeltaken. Speciaal bij het aankleden had hij veel aanwijzingen nodig."

V: Gisteren vond zijn lichamelijk intake-onderzoek plaats. Naar omstandigheden schijnt alles in orde. Zijn vergrote prostaat veroorzaakt waarschijnlijk wat urineretentie, hetgeen hem een groter risico geeft op urineweginfectie, maar zijn operatiewond was schoon. Hij lijkt geen last te hebben van uitdroging en de ziekenverzorgenden van de dag- avonddiensten geven aan dat hij voldoende vocht inneemt. Hij blijft met zijn beddegoed rommelen, wat volgens zijn vrouw nieuw is, maar het neemt af. Dit kan duiden op een verbleken van zijn acute verwardheid. We zullen zijn intake en output blijven monitoren, alsook zijn cognitie gezien zijn acute verwardheid. Hij loopt het risico te vallen. Hij moet nog een aantal dagen zijn antibioticum-kuur afmaken voor de urineweginfectie. De fysiotherapeut zal hem vandaag onderzoeken. Ik zal kort schriftelijk vastleggen over welke problemen we het in de gesprekken hebben gehad.

VERPLEEGKUNDIGE AANTEKENING

Ik heb met de maatschappelijk werker het probleem van de heer S. besproken. De heer S. schijnt vandaag helderder te zijn. Oriëntatie in persoon is beter, hij is staat om zijn vrouw bij haar naam te noemen en realiseert zich dat hij niet thuis is. Hij herkent de spulletjes die zijn vrouw voor hem van huis heeft meegebracht (een schilderij en operaposters) en zijn gefriemel met het beddegoed is minder geworden. Nu zijn acute verwardheid verbetert, zouden we moeten kunnen zien hoe zijn uitgangspositie ('baseline') is. Bij het lichamelijk onderzoek bleek de heer S. niet uitgedroogd, met voldoende Intake/Output volgens de rapporten van de ziekenverzorgenden. Hij lijkt enigszins ongemakkelijk als hij loopt, en hij krijgt regelmatig Diclofenal. Zijn dosis Haldol wordt langzaam verminderd. Hij lijkt daar geen negatieve gevolgen van te ondervinden.

K. Philips, verpleegkundige

FYSIOTHERAPIE-AANTEKENING

Op 14 augustus 1995 viel hij en brak hij zijn linkerheup. Hij onderging een succesvolle heupoperatie en bereikte op 21/8/95 de toestand dat hij weer voor een deel zijn eigen gewicht kan dragen. Vanwege het erger worden van zijn cognitief functioneren en bijkomende problemen, heeft hij niet gelopen, behalve van zijn bed naar het toilet met hulp van de verpleging.

Volgens zijn dochter, die thuis bij zijn verzorging was betrokken, was zijn val een geïsoleerd gebeuren. Gewoonlijk loopt hij in het huis en op de psychogeriatrische dagbehandeling rond en maakt hij vaak wandelingen zonder dat er wat gebeurt. Bij opname in het ziekenhuis werd een orthostatische hypotensie opgemerkt, maar vanaf het eind van zijn opname in het ziekenhuis en sinds zijn opname hier zijn de orthostatische bloeddruk en pols binnen normale grenzen gebleven.

Zijn valpartij thuis vond om 2 uur 's middags plaats. De patiënt was de hele dag al erg rusteloos. Hij leek moeite te hebben met urineren. Zijn vrouw was van plan om 's ochtends met hem naar de huisarts te gaan. De heer S. kwam uit bed en werd dolend door het huis aangetroffen. Zijn vrouw probeerde hem terug in bed te krijgen, maar hij ging naar de badkamer, ging onder de douche met zijn kleren aan en viel. Zijn vrouw is niet zeker of hij uitgleed of gewoon viel.

Bij het onderzoek had hij geen orthostatische hypotensie of ritmestoornissen toen hij uit een liggende positie overeind kwam. Hij was in staat uit bed te komen en te gaan staan terwijl ik hem vasthield. Met zijn nieuwe driepoot was hij in staat veilig naar de hal te gaan. Hij leek in de war van het loophulpmiddel, maar voerde mijn opdrachten goed uit.

De patiënt is in staat om zijn volle gewicht te dragen. De zorgverleners zouden drie keer per dag met hem moeten wandelen, hem vasthouden en aanwijzingen geven voor het gebruik van de driepoot. Een opschrift met "Meneer S., denk aan het duwding" (zijn woord voor driepoot) is op zijn bedkastje gezet en op de binnenkant van de deur geplakt. Volgens de aantekeningen van de psychogeriatrische dagbehandeling kan hij lezen en eenvoudige, geschreven aanwijzingen opvolgen.

Beoordeling: De heer S. loopt het risico op toekomstige valpartijen vanwege zijn recente fractuur en heupvervanging, zijn cognitieve beperkingen, het nieuw gebruik van het loophulpmiddel (dat hij misschien over enige tijd niet meer nodig heeft), en overblijfselen van zijn acute verwardheid.

Plan: Monitor nauwgezet. Hou hem bij het lopen altijd vast. Loop minstens drie keer per dag met hem door de hal. Vergroot de komende twee weken langzaam de afstand van zijn kamer tot de eetkamer.

J. Smit, fysiotherapeut

Dag 5 (Voorbeeld van het documenteren van aanvullend verzamelde informatie die relevant is voor de volledige patiëntbeoordeling met behulp van MDS en RAP's)

VERPLEEGKUNDIGE AANTEKENING

Patiënt is sinds zijn opname gedurende de dag-, avond- en nachtdienst incontinent voor urine. Zijn normale patroon thuis was dat hij zelf naar het toilet ging als dat nodig was. Zijn vrouw hielp hem eraan te denken voordat hij het huis uitging en bij het naar bed gaan. Patiënt heeft een vergrote prostaat en urineretentie. Patiënt ontlast dagelijks. Zijn ontlasting bestaat uit een bescheiden hoeveelheid zachte, normaal gevormde ontlasting. Toucheren laat geen achtergebleven faeces in het rectum zien. De heer S. ontvangt steeds lagere doses Haldol. We verwachten dat de incontinentie ophoudt als we de Haldol-doses verminderen, de urineweginfectie volledig behandelen en het delier zich oplost. Besloten werd tot documenteren van de darm- en blaasactiviteit, de Intake/Output van vocht, het beoordelen van de blaasuitzetting, het bespreken met zijn vrouw van de aanwijzingen in het verleden voor het gebruik van de badkamer en het doorgaan met het bekijken van de medicijnen: Haldol en Cotrimoxazol.

K. Philips, verpleegkundige

2. HET SAMENBRENGEN EN MET ELKAAR IN VERBAND BRENGEN VAN INFORMATIE

Hierboven zijn voorbeelden gegeven van soorten activiteiten en gesprekken die plaatsvinden als zorgverleners tijdens de eerste paar dagen van het verblijf van een patiënt in het verpleeghuis informatie verzamelen en zorg structureren. Gebruikmakend van deze en andere informatie, vullen de zorgverleners vervolgens de MDS in. Elke discipline voert zijn toegewezen deel van de MDS uit, gaat na of de beoordeling van de overige disciplines en tijdens andere roosterdiensten juist is en laat de MDS dan door de RAI-coördinator ondertekenen.

Nu volgt voor de heer S. een volledig ingevulde MDS. Let op: dit volledig ingevuld MDS-formulier bevat informatie die in de voorbeelden hierboven is gepresenteerd, maar ook nog andere informatie die de lezer nog niet ter beschikking is gesteld. Let bij het reviewen van de MDS van de heer S. op de informatie voor het gebruik door de zorgverleners tijdens het doornemen van de RAP-Richtlijnen.

Identificatienummer 173491

MINIMUM DATA SET (MDS) — *VERSIE 2.0*

VOOR BEOORDELING EN ZORGBEPALING VAN VERPLEEGHUISPATIËNTEN

BASIS PATIËNTBEOORDELING VOLGFORMULIER

SECTIE AA. IDENTIFICATIE-INFORMATIE

1.	NAAM PATIËNT •	— — S. a. (Voornaam) b. (Initialen) c. (Achternaam)
2.	GESLACHT •	1. Man 2. Vrouw: 1
3.	GEBOORTE-DATUM •	16 – 02 – 1910 Dag Maand Jaar
4.		
5.	ZORGVER-ZEKERAAR EN POLISNR •	a. Verzekeraar: Z. A. O. b. Polisnummer: 01053449 9T
6.	CODE VERPLEEG-HUIS •	1610
7.		
8.	REDENEN VOOR BEOORDE-LING	[Let op—Andere codes zijn bij dit formulier niet van toepassing] a. Belangrijkste reden voor beoordeling: 1 1. Beoordeling bij eerste opname (moet op dag 14 zijn uitgevoerd) 2. Jaarlijkse beoordeling 3. Beoordeling vanwege een wezenlijke toestandsverandering 4. Wezenlijke correctie van een eerdere beoordeling 5. Kwartaalbeoordeling 0. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* b. ***Speciale codes voor wanneer om een of andere reden op een afwijkend tijdstip een beoordeling wordt uitgevoerd*** *1. 5-de dag beoordeling* *2. 30-ste dag beoordeling* *3. 60-ste dag beoordeling* *4. Kwartaalbeoordeling met invulling van volledig MDS* *5. Heropnamebeoordeling* *6. Anders*
9.	HANDTEKENINGEN VAN HEN DIE DEZE ITEMS HEBBEN INGEVULD:	Marlies Dijkstra vplk. 25/8/95 a. Handtekeningen Functie Datum b. Datum

ALGEMENE INSTRUCTIES

Vul deze informatie in bij elke volledige beoordeling en kwartaalbeoordeling (Opname, Jaarlijkse beoordeling, Beoordeling t.g.v. wezenlijke verandering of Kwartaalbeoordeling)

• = Sleutel-items voor het volgen van de patiënt met de computer

☐ = Indien blanco, vul dan een getal of letter in a. = Indien met letter, kruis dan het antwoord aan dat van toepassing is

 © interRAI Corporation

Patiënt De heer S. Identificatienummer 173491

MINIMUM DATA SET (MDS) — *VERSIE 2.0*

VOOR BEOORDELING EN ZORGBEPALING VAN VERPLEEGHUISPATIENTEN

ACHTERGROND (VOORBLAD)-INFORMATIE BIJ OPNAME

SECTIE AB. PERSOONSGEGEVENS

DATUM VAN EERSTE OPNAME	*Datum waarop het verblijf aanving –Gebruik in geval van heropname, bijvoorbeeld volgend op een tijdelijk ontslag naar een ziekenhuis, de daarvoorliggende datum van eerste opname* 24 – 08 – 1995 (Dag / Maand / Jaar)	
OPGENOMEN VANUIT (BIJ EERSTE OPNAME)	1. Eigen omgeving zonder thuiszorg 2. Eigen omgeving met thuiszorg 3. Verzorgingshuis 4. Verpleeghuis 5. Algemeen ziekenhuis 6. Psychiatrisch ziekenhuis, instelling voor geestelijk gehandicapten 7. Revalidatiecentrum 8. Anders	5
WOONDE (VOOR 1E OPNAME) ALLEEN	0. Nee 1. Ja 2. In andere instelling	0
POSTCODE (VOOR 1E OPNAME)	3572	
VOOR-AFGAAND VERBLIJF IN INSTELLINGEN IN DE LAATSTE 5 JAAR	(***Kruis de instellingen aan*** *waar de patiënt de laatste 5 jaar voorafgaand aan de eerste opname, zie item AB1,* ***woonde)***	
	Eerder verblijf in dit verpleeghuis	a.
	Verblijf in een ander verpleeghuis	b.
	Verblijf in andere instelling –Pensiontehuis, verzorgingshuis, begeleid wonen, groepstehuis	c.
	Psychiatrische zorgsetting	d.
	Zorgsetting voor geestelijk gehandicapten	e.
	GEEN VAN BOVENSTAANDE	f. X
VROEGERE BEROEP(EN) [Zet "/" tussen twee beroepen]	TIMMERMAN	
OPLEIDING (*Hoogst behaalde niveau*)	1. Geen scholing 2. Lagere school/minder 3. MAVO/HAVO of vergelijkbaar 4. VWO 5. MBO 6. HBO 7. Universitaire opleiding 8. Doctorsgraad	5
TAAL	(*Codeer het juiste antwoord*) a. Moedertaal 0. Nederlands 1. Andere taal	0
	b. Indien andere taal, specificeer:	
GEESTELIJKE GEZONDHEID	Vermeldt het patiëntDOSSIER een geestelijke handicap, geestesziekte of enig andere ontwikkelingsbeperking? 0. Nee 1. Ja	0
ZIEKTEBEELDEN DIE SAMENHANGEN MET GEESTELIJKE HANDICAP	(***Kruis de ziektebeelden aan*** *die samenhangen met de geestelijke handicap, optraden voor het 22-ste jaar, en waarschijnlijk blijvend zijn*)	
	N.v.t. —geen geestelijke handicap (Ga direct naar AB11)	a. X
	Geestelijke handicap van organische aard:	
	Down's syndroom	b.
	Autisme	c.
	Epilepsie	d.
	Ander organisch ziektebeeld in verband met geestelijke handicap	e.
	Geestelijke handicap niet organisch	f.
DATUM VAN INVULLEN ACHTERGROND-INFORMATIE	25 – 08 – 1995 (Dag / Maand / Jaar)	

SECTIE AC. GEWOONTEN ROUTINE

1. GEWOONTEN ROUTINE ***(In het jaar voorafgaand aan DE DATUM VAN EERSTE OPNAME in dit verpleeghuis, of het laatste jaar thuis indien opgenomen vanuit een ander verpleeghuis)***	(***Kruis aan.*** *Bij alles ONBEKEND, kruis dan alleen het laatste hokje aan.*)	
	DAGRITME	
	Blijft 's avonds laat op (bijv. tot na 9 uur)	a. X
	Slaapt regelmatig overdag (tenminste 1 uur)	b.
	Gaat tenminste 1x per week uit	c. X
	Houdt zich bezig met hobby's, lezen of andere vaste dagroutine	d. X
	Is meestal alleen of kijkt meestal televisie	e.
	Verplaatst zich zelfstandig binnenshuis (evt. met hulpmiddelen)	f. X
	Gebruikt tenminste dagelijks tabaksproducten	g.
	GEEN VAN BOVENSTAANDE	h.
	EETGEWOONTEN	
	Voorkeur voor bepaald voedsel	i.
	Eet elke dag of de meeste dagen tussendoor	j. X
	Drinkt minstens 1x per week alcohol	k.
	GEEN VAN BOVENSTAANDE	l.
	ADL-GEWOONTEN	
	Loopt een groot deel van de dag in nachtkleding	m.
	Staat bijna elke nacht op om naar het toilet te gaan	n. X
	Heeft een onregelmatige stoelgang	o.
	Neemt een douche in plaats van een bad	p. X
	Neemt een bad in de middag of de avond	q. X
	GEEN VAN BOVENSTAANDE	r.
	BETROKKENHEID	
	Dagelijks contact met familie/naaste vrienden	s. X
	Gaat vaak naar de kerk, moskee, synagoge (enz.)	t.
	Put kracht uit het geloof	u.
	Huisdier dagelijks gezelschap/aanwezig	v.
	Neemt deel aan groepsactiviteiten	w.
	GEEN VAN BOVENSTAANDE	x.
	ONBEKEND—Patiënt/familie niet in staat om informatie te geven	y.

EINDE

SECTIE AD. VOORBLAD HANDTEKENINGEN

HANDTEKENINGEN VAN PERSONEN DIE HET VOORBLAD HEBBEN INGEVULD:

a. Handtekening van coördinerende verpleegkundige			Datum
Marlies Dijkstra vplh			25/8/95
b. Handtekeningen	Funktie	Secties	Datum
c.			Datum
d.			Datum
e.			Datum
f.			Datum
g.			Datum

] = Indien blanco, vul dan een getal of letter in [a.] = Indien met letter, kruis dan het antwoord aan dat van toepassing is

Patiënt: De heer S. Identificatienummer: 173491

MINIMUM DATA SET (MDS) — *VERSIE 2.0*
VOOR BEOORDELING EN ZORGBEPALING VAN VERPLEEGHUISPATIENTEN
FORMULIER VOOR EEN VOLLEDIGE BEOORDELING

(Toestand in de laatste 7 dagen, tenzij een ander tijdsbestek is aangegeven)

SECTIE A. IDENTIFICATIE- EN ACHTERGROND-INFORMATIE

1.	NAAM PATIËNT	a. (Voornaam) — b. (Initialen) — c. (Achternaam): S.	
2.	KAMER NUMMER	530A	
3.	BEOORDELINGS REFERENTIEDATUM	a. *Einddatum MDS observatieperiode* 06 (Dag) — 09 (Maand) — 1995 (Jaar) b. Oorspronkelijk (0) of zoveelste gecorrigeerd formulier (vul getal in)	0
4a.	HEROPNAME DATUM	**Heropnamedatum na meest recent tijdelijk ontslag naar ziekenhuis in de laatste 90 dagen (of sinds laatste opnamebeoordeling van minder dan 90 dagen geleden)** (Dag — Maand — Jaar)	
5.	BURGERLIJKE STAAT	1. Nooit gehuwd 2. Gehuwd 3. Verweduwd 4. Uit elkaar 5. Gescheiden	2
6.	SIVIS-NUMMER	173491	
7.			
8.	REDENEN VOOR BEOORDELING [*Let op—als dit een ontslag- of heropname-beoordeling is, hoeft slechts een deel van de MDS items te worden ingevuld*]	a. Belangrijkste reden voor beoordeling 1. Beoordeling bij eerste opname (moet op dag 14 zijn uitgevoerd) 2. Jaarlijkse beoordeling 3. Beoordeling vanwege een wezenlijke toestandsverandering 4. Wezenlijke correctie van een eerdere beoordeling 5. Kwartaalbeoordeling 6. Ontslag—geen heropname voorzien 7. Ontslag—heropname voorzien 8. Ontslag voordat de eerste beoordeling klaar was 9. Heropname 0. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* **b. *Speciale codes voor wanneer om een of andere reden op een afwijkend tijdstip een beoordeling wordt uitgevoerd*** 1. *5-de dag beoordeling* 2. *30-ste dag beoordeling* 3. *60-ste dag beoordeling* 4. *Kwartaalbeoordeling met invulling van een volledige MDS* 5. *Heropnamebeoordeling* 6. *Anders*	1
9.	VERANTWOORDELIJKHEID/ VOOGD	(*Kruis aan*) Voogd [a.] Ander wettelijk toezicht [b.] Curator/gezondheidsz. [c.] X Curator/financieel [d.] X Familielid verantwoordelijk [e.] X Patiënt zelf verantwoordelijk [f.] *GEEN VAN BOVENSTAANDE* [g.]	
10.	AFGEGEVEN BESCHIKKINGEN	(*Kruis de items **aan** waar in het medisch dossier iets over staat **opgetekend***) Levenstestament [a.] X Niet reanimeren [b.] X Niet naar ziekenhuis [c.] Donorcodicil [d.] Verzoek om autopsie [e.] Voedingsbeperkingen [f.] Beperkingen bij medicijntoediening [g.] Andere behandelbeperkingen [h.] *GEEN VAN BOVENSTAANDE* [i.]	

SECTIE B. COGNITIEF FUNCTIONEREN

1.	COMATEUS	(*Voortdurende vegetatieve toestand/ niet waarneembaar bewustzijn*) 0. Nee 1. Ja **(Ja, ga dan direct naar Sectie G)**	0
2.	GEHEUGEN/ PASSIEF	(*Zich herinneren wat vroeger geleerd is of bekend was*) a. Korte-termijn geheugen —schijnt/lijkt na 5 min. nog te herinneren 0. Geheugen goed 1. Geheugenprobleem	1
		b. Lange-termijn geheugen—schijnt/lijkt verre verleden te herinneren 0. Geheugen goed 1. Geheugenprobleem	1
3.	GEHEUGEN/ ACTIEF	(***Kruis aan** hetgeen de patiënt zich **gewoonlijk gedurende de laatste 7 dagen kon herinneren***) Huidig jaargetij [a.] X Ligging eigen kamer [b.] Namen/gezichten verzorg [c.] Dat hij/zij in een verpleeghuis is [d.] X *GEEN VAN BOVENSTAANDE* [e.]	
4.	COGNITIEVE VAARDIGHEDEN VOOR DE DAGELIJKSE BESLUITVORMING	(*Nam beslissingen over taken van dagelijks leven*) 0. *ZELFSTANDIG*—beslissingen samenhangend/redelijk 1. *VERMINDERD ZELFSTANDIG*—slechts in nieuwe situaties enige moeite 2. *MATIG GESTOORD*—slechte beslissingen; aanwijzingen/toezicht nodig 3. *ERNSTIG GESTOORD*—nam zelden of nooit beslissingen	2
5.	INDICATOREN VAN DELIER—PERIODIEK GESTOORD DENKEN/ BEWUSTZIJN	(*Codeer het gedrag van de **laatste 7 dagen.**) **[Let op: Om juist te beoordelen zijn gesprekken nodig met zorgverleners en familie die direct kennis hebben van het gedrag van de patiënt in deze periode].*** 0. Gedrag niet aanwezig 1. Gedrag aanwezig, maar niet recent begonnen 2. Gedrag aanwezig, patiënt lijkt in de laatste 7 dagen anders te functionere (bv., gedrag is net begonnen of erger geworden)	
		a. GEMAKKELIJK AFGELEID—(bv., moeite met aandacht opbrengen; raakt gemakkelijk op dwaalspoor)	2
		b. WAARNEMEN, BEWUSTZIJN VAN OMGEVING WISSELEND—(bv. beweegt de lippen of praat tegen een niet-aanwezig persoon; denkt ergens anders te zijn; haalt de dag en de nacht door elkaar)	2
		c. EPISODEN VAN ONSAMENHANGEND PRATEN—(bv., spraak mist samenhang, is onzinnig, niet ter zake, of gaat van de hak op de tak; raakt de gedachtengang kwijt)	0
		d. PERIODEN VAN ONRUST—(bv., frunikken of krabben aan de huid, aan kleding, servetten, enz.; vaak van lichaamshouding veranderen; herhaald bewegingen uitvoeren of schreeuwen)	2
		e. PERIODEN VAN LUSTELOOSHEID—(bv., sloom zijn; voor zich uit staren; moeilijk wakker te krijgen; weinig lichaamsbeweging)	0
		f. GEESTELIJK FUNCTIONEREN WISSELT GEDURENDE DAG—(bv., soms beter, soms slechter; gedrag soms wel, soms niet)	2
6.	VERANDERING COGNITIEF FUNCTIONEREN	De cognitieve toestand, vaardigheden of vermogens van de patiënt zijn ten opzichte van **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd	2

SECTIE C. COMMUNICATIEPATRONEN/GEHOOR

1.	HOREN	(*met gehoorapparaat, indien gebruikt*) 0. *HOORT NAAR BEHOREN*—normaal gesprek, TV, telefoon 1. *ENIGSZINS MOEITE* wanneer het niet rustig is 2. *HOORT SLECHTS IN SPECIALE OMSTANDIGHEDEN*—spreker moet toonhoogte aanpassen en duidelijk spreken 3. *ERNSTIG GESTOORD*/bruikbare gehoorfunctie afwezig	0
2.	COMMUNICATIEHULPMIDDELEN/ TECHNIEKEN	(***Kruis aan** wat gedurende de laatste 7 dagen van toepassing is*) Gehoorapparaat, aanwezig en gebruikt [a.] Gehoorapparaat, aanwezig, maar niet regelmatig gebruikt [b.] X Gebruikt andere communicatietechnieken (bv., liplezen) [c.] *GEEN VAN BOVENSTAANDE* [d.]	
3.	MANIEREN VAN ZICH UITEN	(***Kruis aan** hoe de patiënt behoeften kenbaar maakt*) Spreken [a.] X Schrijven van een briefje [b.] Officiële gebarentaal of BRAILLE [c.] Tekens/gebaren/geluiden [d.] X Communicatiebord [e.] Anderszins [f.] *GEEN VAN BOVENSTAANDE* [g.]	
4.	ZICHZELF DUIDELIJK MAKEN	(*Maakt de inhoud van boodschap duidelijk—hoe dan ook*) 0. *WORDT BEGREPEN* 1. *GEWOONLIJK BEGREPEN*—moeite bij het vinden van woorden of het afmaken van gedachten 2. *SOMS BEGREPEN*—kan alleen concrete verzoeken doen 3. *WORDT ZELDEN OF NOOIT BEGREPEN*	2
5.	DUIDELIJKHEID VAN SPREKEN	(*Codeer het spreken in de **laatste 7 dagen***) 0. *DUIDELIJK SPREKEN*—duidelijke, verstaanbare woorden 1. *ONDUIDELIJK SPREKEN*—slissen, mompelen 2. *SPREEKT NIET*—geen gesproken woorden	0
6.	VERMOGEN OM ANDEREN TE BEGRIJPEN	(*Begrijpen van verbale informatie—hoe dan ook*) 0. *BEGRIJPT* 1. *BEGRIJPT GEWOONLIJK*—kan een deel of de bedoeling van de boodschap missen 2. BEGRIJPT SOMS—geeft passende reactie op eenvoudige, directe communicatie 3. *BEGRIJPT ZELDEN OF NOOIT*	2
7.	VERANDERING COMMUNICATIE/ HOREN	Het vermogen van de patiënt zich te uiten, te begrijpen of informatie te horen is vergeleken met **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd	2

[ ] = Indien blanco, vul dan een getal of letter in [a.] = Indien met letter, kruis dan het antwoord aan dat van toepassing is

Patiënt De heer S.

Identificatienummer 173491

SECTIE D. GEZICHTSVERMOGEN

1.	KUNNEN ZIEN	(*Gezichtsvermogen bij voldoende licht, eventueel met bril*) 0. *VOLDOENDE*—ziet details, kan alle letters in kranten en boeken lezen 1. *BEPERKT*—ziet wel grote, maar niet drukletters van normale grootte 2. *MATIG BEPERKT*—beperkt gezichtsvermogen, kan geen krantenkoppen zien, maar kan wel voorwerpen herkennen 3. *STERK BEPERKT*—het is de vraag of voorwerpen worden herkend, maar de ogen lijken wel voorwerpen te volgen 4. *ZEER ERNSTIG BEPERKT*—ziet niets of alleen licht, kleuren of vormen; ogen lijken geen voorwerpen te volgen	1
2.	GEZICHTS-BEPERKING/ MOEILIJK-HEDEN	Gezichtsveldproblemen—verminderd perifeer zien (bv., laat voedsel op één helft van dienblad liggen, botst tegen mensen en voorwerpen op, heeft moeite om stoel te vinden bij het gaan zitten)	a.
		Ervaart iets van het volgende: ziet kransen of ringen rond licht-bronnen; lichtflitsen; "waas" voor de ogen	b.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	c. X
3.	GEZICHTS-MIDDELEN	Bril; contactlenzen; vergrootglas 0. Nee 1. Ja	1

SECTIE E. STEMMINGS- EN GEDRAGSPATRONEN

1.	INDICATO-REN VAN DEPRESSIE, ANGST, BEDROEFDE STEMMING	(***Codeer de in de laatste 30 dagen waargenomen aanwijzingen, ongeacht de vermoedelijke oorzaak***) 0. Indicator in de laatste 30 dagen niet vertoond 1. Indicator van dit type tot 5 dagen per week vertoond 2. Indicator dagelijks of bijna dagelijks vertoond (6, 7 dagen per week)	
		VERBALE UITINGEN VAN LIJDEN	
		a. Negatieve uitspraken—bv., "*Het doet er allemaal niet toe; Was ik maar dood; Wat voor zin heeft het; Het spijt me zolang te hebben geleefd; Laat me sterven*"	0
		b. Aldoor vragen—bv., "*Waar ga ik heen; Wat doe ik dan?*"	0
		c. Aldoor uitroepen—bv., om hulp roepen, ("*God sta me bij*")	0
		d. Voortdurend boos zijn op zichzelf of op anderen—bv., zich gemakkelijk ergeren, boos op verblijf in verpleeghuis; boos op de ontvangen zorg	0
		e. Zelfverwijt—bv., "*Ik ben niets; Ik ben niemand tot nut*"	0
		f. Uitingen van angst die niet reëel lijken—bv., bang om in de steek te worden gelaten, alleen te zijn, samen met anderen te zijn	0
		g. Aldoor zeggen dat iets vreselijks gaat gebeuren—bv., denken dat men op het punt staat dood te gaan, een hartaanval heeft	1
		h. Steeds maar klagen over gezondheid—bv., alsmaar vragen om de dokter, obsessief bezorgd zijn over lichaamsfuncties	0
		i. Steeds maar zorgelijk klagen (niet met gezondheid samenhangend) bv., zoekt aldoor aandacht/geruststelling over dagindeling, maaltijden, de was, kleren, de omgang met anderen	0
		SLAAPPROBLEMEN	
		j. Ochtendhumeur	0
		k. Slapeloosheid/ verandering in gebruikelijk slaappatroon	1
		BEDROEFD, ANGSTIG, APATHISCH UITERLIJK	
		l. Droevig, pijnlijk, zorglijke gelaatsuitdrukking—bv., diepe rimpels	2
		m. Huilen, gemakkelijk tranen	0
		n. Motorische onrust—bv., ijsberen, handenwringen, rusteloos zijn, friemelen, plukken	2
		INTERESSEVERLIES	
		o. Terugtrekken uit activiteiten—bv., geen interesse meer in wat men altijd deed of met familie/vrienden zijn	0
		p. Minder omgang	2
2.	HARDNEK-KIGE STEMMINGS-STOORNIS	**Een of meer aanwijzingen** van droevige of angstige stemming die **in de laatste 7 dagen niet gemakkelijk door "opvrolijken", troosten of geruststellen waren te veranderen** 0. Geen aanwijzingen 1. Aanwijzingen, maar makkelijk veranderd 2. Aanwijzingen, niet makkelijk veranderd	2
3.	VERANDE-RING STEMMING	De gemoedstoestand van de patiënt is ten opzichte van **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd	2
4.	GEDRAGS-SYMPTOMEN	(A) ***De frequentie van het gedragssymptoom in de laatste 7 dagen*** 0. Gedrag kwam in de laatste 7 dagen niet voor 1. Gedrag kwam 1 tot 3 dagen in de laatste 7 dagen voor 2. Gedrag kwam 4 tot 6 dagen voor, maar niet elke dag 3. Gedrag kwam dagelijks voor (B) ***De veranderbaarheid van het gedragssymptoom de laatste 7 dagen*** 0. Gedrag afwezig OF gedrag gemakkelijk veranderd 1. Gedrag was niet gemakkelijk te veranderen	(A) (B)
		a. ZWERFGEDRAG (liep doelloos rond, schijnbaar niet bewust van behoeften of van gevaar)	0 0
		b. VERBAAL LASTIGVALLEN (bedreigde anderen, schreeuwde naar ze, vloekte naar ze)	0 0
		c. LICHAMELIJK LASTIGVALLEN (sloeg anderen, duwde, krabde, viel seksueel lastig)	0 0
		d. SOCIAAL ONAANGEPAST/STOREND GEDRAG (maakte storende geluiden, lawaai, gegil, zelfverwonding, vertoonde seksueel gedrag of kleedde zich in het openbaar uit, smeerde/ gooide met eten/feces, hamsterde, snuffelde in andermans spullen)	0 0
		e. VERZET ZICH TEGEN ZORG (weigerde medicijnen/ injecties, hulp bij ADL of bij eten)	0 0

5.	VERANDE-RING GEDRAG	De gedragstoestand van de patiënt is ten opzichte van **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd	0

SECTIE F. PSYCHOSOCIAAL WELBEVINDEN

1.	GEVOEL VAN INITIATIEF/ BETROKKEN-HEID	Op gemak in omgang met anderen	a.
		Op gemak bij geplande of gestructureerde activiteiten	b. X
		Op gemak bij zelf-opgezette activiteiten	c.
		Stelt zich eigen doelen	d.
		Zoekt betrokkenheid in instelling (maakt/houdt vrienden; neemt deel aan groepsactiviteiten; nieuwe activiteiten; helpt bij activiteiten van godsdienstige aard	e.
		Neemt uitnodigingen aan voor de meeste groepsactiviteiten	f. X
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	g.
2.	ONGEMAKKE-LIJKE OMGANG MET ANDEREN	Bedekt/openlijk conflict met of herhaalde kritiek op zorgverleners	a.
		Niet blij met kamergenoot	b.
		Niet blij met andere patiënten dan kamergenoot	c.
		Uit openlijk conflict/boosheid met familie/vrienden	d.
		Geen persoonlijk contact met familie/vrienden	e.
		Recent verlies van naast familielid/vriend	f.
		Past zich niet gemakkelijk aan aan veranderende routines	g. X
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	h.
3.	VROEGERE ROLLEN	Sterke vereenzelviging met vroegere rollen **en status**	a.
		Uit droefheid/boosheid/leegte over verloren rollen/status	b.
		Patiënt ervaart de dagelijkse routine (gewoonten, activiteiten) als geheel verschillend van vroeger thuis	c.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d. X

SECTIE G. LICHAMELIJK FUNCTIONEREN EN STRUCTURELE PROBLEMEN

1. (A) ZELF-DOEN BIJ ADL—(***Codeer het ZELF-DOEN** van de patiënt **IN ALLE DIENSTEN gedurende de laatste 7 dagen**—Niet het gereedzetten van dingen*)

0. *ZELFSTANDIG*—Geen hulp of toezicht —OF— Hulp/toekijken slechts 1 of 2 keer gedurende de laatste 7 dagen

1. TOEZICHT—Toekijken, aanmoediging of aanwijzingen 3 of meer keer gedurende de laatste 7 dagen —OF— Toezicht (3 of meer keer) plus slechts 1 of 2 keer lichamelijke ondersteuning gedurende de laatste 7 dagen

2. *BEPERKTE HULP*—Patiënt erg betrokken bij activiteit; ontving 3 of meer keer lichamelijke hulp bij het manoeuvreren van ledematen of ontving andere niet-gewichts-ontlastende hulp —OF—Meer hulp slechts 1 of 2 keer gedurende de laatste 7 dagen

3. *UITGEBREIDE HULP*—Terwijl de patiënt een deel van de activiteit zelf uitvoerde, werd de volgende hulp in de laatste 7 dagen 3 of meer keer gegeven:
— Gewichtsontlastende hulp
— Hulp geheel door zorgverleners uitgevoerd, maar niet gedurende alle 7 dagen

4. *TOTAAL AFHANKELIJK*—Geheel door zorgverleners uitgevoerd gedurende 7 dagen

8. *ACTIVITEIT KWAM* gedurende de gehele 7 dagen NIET VOOR

(B) DE GEGEVEN ADL-HULP—(***Codeer de MAXIMAAL GEGEVEN HULP IN ALLE DIENSTEN gedurende de laatste 7 dagen; codeer ongeacht** het vastgelegde zelf-doen van de patiënt*)

0. Zonder klaarzetten of lichamelijke hulp door zorgverleners
1. Slechts hulp in de vorm van klaarzetten
2. Lichamelijke hulp door 1 persoon
3. Lichamelijke hulp door 2 of meer personen
8. Activiteit kwam tijdens de gehele 7 dagen niet voor

			(A) ZELF-DOEN	(B) HULP
a.	BEWEEGLIJK-HEID IN BED	Hoe patiënt uit/in de lighouding komt, zich omdraait, en in bed de lichaamshouding aanneemt	2	2
b.	TRANSFER	Hoe de patiënt tussen oppervlakten beweegt—in/uit bed, stoel, rolstoel, staan (NIET in/uit bad/toilet)	3	2
c.	LOPEN IN DE KAMER	Hoe de patiënt van plek naar plek in zijn/haar kamer loopt	2	2
d.	LOPEN OP DE GANG	Hoe de patiënt op de gang van de afdeling loopt	2	2
e.	VERPLAAT-SEN OP AFDELING	Hoe de patiënt zich van plaats tot plaats in zijn/haar kamer en de gang ernaast op dezelfde verdieping begeeft. Bij gebruik van rolstoel, hoe zelfstandig daarmee	2	2
f.	VERPLAAT-SEN BUITEN DE AFDELING	Hoe de patiënt zich naar buiten de afdeling begeeft en terugkeert (bv., eet-, activiteiten- of behandelruimten). **Als er maar één verdieping is**, hoe de patiënt dan naar verafgelegen ruimten gaat. Bij gebruik van rolstoel, hoe zelfstandig de patiënt daarmee is	8	8
g.	KLEDEN	Hoe de patiënt alle **uitgaanskledingstukken** aantrekt, dicht-knoopt, uittrekt, inclusief het aan-/uitdoen van een prothese	3	2
h.	ETEN	Hoe de patiënt eet en drinkt (ongeacht vaardigheid). Dit omvat ook het nuttigen van voedsel op ander manieren (bv., sondevoeding, totale parenterale voeding)	1	1
i.	TOILET-GEBRUIK	Hoe de patiënt de toiletruimte (of toiletstoel, pot, urinaal) gebruikt; op/van het toilet komt, doorspoelt, luier wisselt, omgaat met stoma/ catheter, kleren in orde brengt	3	2
j.	PERSOON-LIJKE HYGIENE	Hoe de patiënt de persoonlijke hygiëne handhaaft, inclusief haar-kammen, tanden poetsen, scheren, makeup aanbrengen, gezicht, handen en bilnaad wassen/drogen (NIET baden en douchen)	3	2

Patiënt De heer S.

Identificatienummer 173491

			(A)	(B)
2.	BADEN	Hoe de patiënt in bad gaat/doucht, zich afsponst en in/uit bad of douche komt (NIET het wassen van rug en haar.) ***Codeer de grootste afhankelijkheid** bij het zelf-doen en bij hulp.* (A) De ZELF-DOEN codes hierbij zijn: 0. Zelfstandig—Geen hulp gegeven 1. Toezicht—Allen maar toekijk-hulp 2. Lichamelijke hulp beperkt tot transfers 3. Lichamelijke hulp bij gedeelte van baadactiviteit 4. Totale afhankelijkheid 8. Activiteit kwam gedurende de gehele 7 dagen niet voor *(Codes voor hulp bij baden, zie **item 1, code B**)*	4	2

3.	TEST VOOR EVENWICHT (zie Gebruikers-handboek)	*(Codeer voor wat de patiënt in de **laatste 7 dagen** kon)* 0. Handhaafde stand zoals in de test vereist 1. Wankelde, maar was in staat om zonder hulp het evenwicht te hervinden 2. Gedeeltelijke lichamelijke ondersteuning tijdens test; of gaat staan (zitten) maar niet zoals de test dat verlangt 3. Niet in staat om de test te doen zonder lichamelijke hulp	
		a. Evenwicht bij staan	2
		b. Evenwicht bij zitten—houding, controle over het bovenlijf	2

			(A)	(B)
4.	FUNCTIONELE BEPERKING IN BEWEGINGS-UITSLAG (zie Gebruikers-handboek)	*(Codeer de beperkingen gedurende de **laatste 7 dagen** die de dagelijkse functies belemmerden of een risico voor verwondingen vormden)* (A) *BEWEGINGSUITSLAG* 0. Geen beperking 1. Beperking aan één kant 2. Beperking aan beide kanten (B) *WILLEKEURIGE BEWEGING* 0. Geen verlies 1. Gedeeltelijk verlies 2. Volledig verlies		
		a. Nek	0	0
		b. Arm—Inclusief schouder of elleboog	0	0
		c. Hand—Inclusief pols of vingers	0	0
		d. Been—Inclusief heup of knie	1	1
		e. Voet—Inclusief enkel of tenen	0	0
		f. Andere beperking of verlies	0	0

5.	MANIEREN VAN ZICH VERPLAATSEN	*(Kruis aan wat gedurende de **laatste 7 dagen van toepassing is**)*			
		Stok/loophulpmiddel/kruk	a. X	Rolstoel belangrijkste manier om zich te verplaatsen	d.
		Zelfvoortbewogen rolstoel	b.		
		In rolstoel geduwd	c.	*GEEN VAN BOVENSTAAND*	e.
6.	MANIEREN VAN TRANSFER	*(Kruis aan wat gedurende de **laatste 7 dagen van toepassing is**)*			
		Altijd of meestal in bed	a.	Mechanische getild	d.
		Bedhekken voor beweeglijkheid in bed of bij transfers	b. X	Hulpmiddel (bv. glijplank, papegaai, stok, driepoot, tuigje)	e. X
		Met de hand getild	c.	*GEEN VAN BOVENSTAAND*	f.
7.	TAAK-OPDELING	Sommige of alle ADL-activiteiten werden gedurende de **laatste 7 dagen** in deeltaken opgedeeld zodat de patiënt ze kon uitvoeren 0. Nee 1. Ja			1
8.	POTENTIEEL VOOR ADL-REVALIDATIE	Patiënt denkt dat hij/zij is in staat is tot grotere zelfstandigheid in tenminste enkele van de ADL's			a.
		De directe zorgverleners denken dat de patiënt in staat is tot grotere zelfstandigheid in tenminste enkele van de ADL's			b. X
		De patiënt kan taken/activiteiten uitvoeren, maar is erg langzaam			c. X
		Er is een verschil in Zelf-doen bij ADL of Hulp bij ADL in de ochtend ten opzichte van de avond			d. X
		GEEN VAN BOVENSTAANDE			e.
9.	VERANDERING FUNCTIONEREN BIJ ADL	Het Zelf-doen bij ADL van de patiënt is ten opzichte van **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd			2

SECTIE H. CONTINENTIE IN DE LAATSTE 14 DAGEN

1.	CONTINENTIEZELFBEHEERSING CATEGORIEËN ***(Codeer het DOEN VAN DE PATIËNT OVER ALLE DIENSTEN HEEN)*** 0. *CONTINENT*—Volledige beheersing *[inbegrepen het gebruik van een verblijfscatheter of stoma die geen urine of feces lekken]* 1. *GEWOONLIJK CONTINENT*—BLAAS, incontinentie-gebeurtenissen een keer per week of minder; DARMEN, minder dan een keer per week 2. *AF EN TOE INCONTINENT*—BLAAS, 2 of meer keren per week maar niet dagelijks; DARMEN, een keer per week 3. *VAAK INCONTINENT*—BLAAS, neigde naar dagelijkse incontinentie, maar enige beheersing aanwezig (bv., tijdens de dagdienst); DARMEN, 2-3 keer per week 4. *INCONTINENT*—Had ontoereikende beheersing BLAAS, dagelijks en veelvuldig; DARMEN, altijd of bijna altijd				
a.	CONTINENTIE VAN DE DARMEN	Beheersing over ontlasting, eventueel met hulpmiddel of dankij ontlastingsbeheersing training			0
b.	CONTINENTIE VAN DE BLAAS	Beheersing over urineblaasfunctie (bij nalekken sijpelt er niets door de onderbroek), eventueel met hulpmidden (bv., foley-catheter) of dankij continentie-training			4
2.	STOELGANG	Stoelgang regelmatig—tenminste eenmaal per drie dagen	a. X	Diarree	c.
				Fecesprop	d.
		Verstopping	b.	*GEEN VAN BOVENSTAANDE*	e.

3.	HULPMIDDELEN EN PROGRAMMA'S	Een toiletroosterschema	a. X	Ging niet op toilet/toiletstoel/urinaal	f.
		Opnieuw trainen van de blaas	b. X	Gebruikte luiers/slips	g.
		Uitwendig (condoom)catheter	c.	Klysma/blaasspoeling	h.
		Verblijfscatheter	d.	Heeft een stoma	i.
		Intermitterende catheterisatie	e.	*GEEN VAN BOVENSTAANDE*	j.
4.	VERANDERING URINE-CONTINENTIE	De urine-continentie van de patiënt is ten opzichte van **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd			2

SECTIE I. DIAGNOSEN VAN ZIEKTEN

Kruis slechts de ziekten aan die verband houden met de huidige toestand **in ADL, cognitie,** stemming en gedrag, medische behandelingen, monitoring van de verpleging, **of sterfterisico.** (Geef geen opsomming van niet-actieve diagnosen)

1.	ZIEKTEN	*(**Indien géén van toepassing, dan GEEN VAN BOVENSTAAND**)*			
		ENDOCRIEN/ METABOLISME/VOEDING		Hemiplegie/Hemiparese	v.
				Multiple sclerose	w.
		Diabetes mellitus	a.	Paraplegie	x.
		Hyperthyreoïdie	b.	Ziekte van Parkinson	y.
		Hypothyreoïdie	c.	Quadriplegie	z.
		HART/BLOEDCIRCULATIE		Toevallen (o.a. epilepsie)	aa.
		Arteriosclerotische hartaandoening (ASHD)	d.	Pasagère cerebrale ischemie	bb.
		Hartritmestoornissen	e.	Traumatisch hersenletsel	cc.
		Decompensatio cordis	f.	**PSYCHIATRIE/STEMMING**	
		Trombose van diepe venen	g.	Angststoornis	dd.
		Hoge bloeddruk	h.	Depressie	ee.
		Lage bloeddruk	i.	Manisch depressief	ff.
		Perifere vaatziekte	j.	Schizofrenie	gg.
		Overige hart- en vaataand.	k.	**ADEMHALING**	
		BEWEGINGSSTELSEL		Astma	hh.
		Artrose	l.	Emfyseem/COPD	ii.
		Heupfractuur	m. X	**ZINTUIGEN**	
		Mist ledemaat (bv., amputatie)	n.	Cataracten	jj.
		Osteoporose	o.	Diabetes retinopathie	kk.
		Pathologische botfractuur	p.	Glaucoom	ll.
		NEUROLOGIE		Macula degeneratie	mm.
		Ziekte van Alzheimer	q. X	**OVERIGE**	
		Afasie	r.	Allergieën	nn.
		Hersenverlamming	s.	Bloedarmoede	oo.
		Cerebrovasculair accident (CVA/beroerte)	t.	Kanker	pp.
				Nierinsufficiëntie	qq.
		Dementie anders dan de ziekte van Alzheimer	u.	*GEEN VAN BOVENSTAAND*	rr.
2.	INFECTIES	*(**Indien géén van toepassing, dan GEEN VAN BOVENSTAAND**)*			
		Antibiotica-resistente infectie (bv., Methicilline resistente staphilococcen)	a.	Sepsis	g.
				Seksueel overdraagb. aand.	h.
		Clostridium difficile (c. diff.)	b.	Tuberculose	i.
		Conjunctivitis	c.	Urineweginfectie **in de laatste 30 dagen**	j. X
		HIV-infectie	d.	Virale hepatitis	k.
		Pneumonie	e.	Wondinfectie	l.
		Infectie van de luchtwegen	f.	*GEEN VAN BOVENSTAAND*	m.
3.	ANDERE CURRENTE OF GEDETAILLEERDERE DIAGNOSEN EN ICD-9-CM CODES	a. Acute verwardheid			2 9 1 . 0
		b.			.
		c.			.
		d.			.
		e.			.

SECTIE J. GEZONDHEIDSPROBLEMEN

1.	PROBLEMEN	*(**Kruis alle problemen** van de **laatste 7 dagen aan** tenzij een ander tijdsbestek is aangegeven)*			
		VOCHTBALANS-INDICATOREN Gewichtstoename/verlies van twee of meer kilo binnen 7 dagen	a.	Duizeligheid/draaierigheid	f.
				Oedeem	g.
				Koorts	h.
				Hallucinaties	i.
		Kan niet op de rug liggen vanwege kortademigheid	b.	Inwendige bloeding	j.
				Recidiverende longaspiraties in de **laatste 90 dagen**	k.
		Uitgedroogd; vochtverlies groter dan vochtopname	c.	Kortademigheid	l.
				Syncope (wegrakingen)	m.
		Onvoldoende vocht; nam **NIET** alle/bijna alle vocht dat in de **laatste 3 dagen** werd aangeboden	d.	Onstandvastig ter been	n.
				Braken	o.
		ANDERE		*GEEN VAN BOVENSTAAND*	p. X
		Wanen	e.		

Patiënt De heer S.

Identificatienummer 173491

2.	PIJN-SYMPTOMEN	(*Codeer het **hoogst** ervaren **pijnniveau** in de **laatste 7 dagen***)	
		a. **FREQUENTIE** waarmee patiënt over pijn klaagt of tekenen van pijn vertoont 0. Geen pijn (***ga naar J4***) 1. Minder dan dagelijks pijn 2. Dagelijks pijn	2
		b. **Pijn-INTENSITEIT** 1. Lichte pijn 2. Matige pijn 3. Van tijd tot tijd vreselijke of ondraaglijke pijn	1
3.	PLAATS VAN DE PIJN	(*Bij pijn **kruis dan alle pijnplekken aan** van de **laatste 7 dagen***)	
		Rugpijn	a.
		Botpijn	b.
		Pijn in de borst terwijl men normale dingen doet	c.
		Hoofdpijn	d.
		Pijn in de heup	e. X
		Pijn vanwege chirurgische wond	f. X
		Gewrichtspijn (niet heup)	g.
		Pijn aan zachte weefsels (bv., wond, spier)	h.
		Maagpijn	i.
		Andere pijn	j.
4.	ONGE-VALLEN	(***Kruis aan wat van toepassing is***)	
		Viel in de **laatste 30 dagen**	a. X
		Viel in de **laatste 31-180 dagen**	b.
		Heupfractuur in de **laatste 180 dagen**	c. X
		Andere fractuur in de **laatste 180 dagen**	d.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	e.
5.	STABILITEIT VAN DE GEZOND-HEIDS-PROBLEMEN	Door problemen/ziekten zijn de cognitie-, ADL-, stemmings- of gedrags-functies onstabiel—(wisselvallig, precair, verergerend)	a. X
		Patiënt maakt een acute episode of opleving mee van een terugkerend of chronisch gezondheidsprobleem	b.
		Eindstadiumziekte, 6 maanden of korter te leven	c.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d.

SECTIE K. TOESTAND VAN MOND/VOEDING

1.	MOND-PROBLEMEN	Kauwprobleem	a.
		Slikprobleem	b.
		Mondpijn	c.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d. X
2.	LENGTE EN GEWICHT	*Noteer (a.) **lengte in cm's** en (b.) **gewicht in kg's**. Baseer het gewicht op de meest recente meting in de **laatste 30 dagen**; meet het gewicht op de standaardwijze—bv., in de ochtend, na de toiletgang, vóór het ontbijt, met schoenen uit, in nachtkledij*	
		a. LEN (cm.) 170 b. GEW (kg.) 81	
3.	VERANDE-RING IN GEWICHT	a. **Gewichtsverlies**—5 % or meer in de **laatste 30 dagen**; of 10 % of meer in de **laatste 180 dagen** 0. Nee 1. Ja	0
		b. **Gewichtstoename**—5 % or meer in de **laatste 30 dagen**; of 10 % of meer in de **laatste 180 dagen** 0. Nee 1. Ja	0
4.	EET-PROBLEMEN	Klaagt over de smaak van veel van het voedsel	a.
		Regelmatig of herhaaldelijk klagen over honger	b.
		Laat bij de meeste maaltijden 25% of meer van eten staan	c.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d. X
5.	VOEDINGS-AANPAK	(***Kruis aan wat in de laatste 7 dagen van toepassing is***)	
		Parenterale-/IV-voeding	a.
		Voedingssonde	b.
		Mechanisch bewerkt dieet	c.
		Voeding met spuit (oraal)	d.
		Therapeutisch dieet	e.
		Voedingssupplement tussen maaltijden	f. X
		Vastgezet bord, aangepast bestek, enz.	g.
		Neemt deel aan gewichts-veranderingskuur	h.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	i.
6.	PARENTE-RALE OF ENTERALE VOEDSEL-OPNAME	(***Ga naar Sectie L als 5a of 5b beide niet zijn aangekruist***)	
		a. Codeer het aandeel in **calorieën** dat de patiënt door parenterale- of sondevoedingen in de **laatste 7 dagen** ontving 0. Geen 3. 51 - 75% 1. 1 - 25% 4. 76 - 100% 2. 26 - 50%	
		b. Codeer de gem. IV- of sonde-**vochtopname** in de **laatste 7 dagen** 0. Geen 3. 1001 - 1500 cc/dag 1. 1 - 500 cc/dag 4. 1501 - 2000 cc/dag 2. 501 - 1000 cc/dag 5. 2001 en meer cc/dag	

SECTIE L. TOESTAND VAN DE MOND/GEBIT

1.	TOESTAND EN ZIEKTE-PREVENTIE VAN DE MOND	Brokstukjes (zacht, gemakkelijk te verwijderen) aanwezig in de mond voor het naar bed gaan 's avonds	a.
		Heeft een kunstgebit en/of uitneembare brug	b. X
		Enige/alle eigen tanden kwijt—heeft geen of gebruikt geen kunstgebit (of gedeeltelijke gebitsplaten)	c.
		Afgebroken, losse of rotte tanden	d.
		Ontstoken tandvlees; opgezwollen of bloedend tandvlees; abcessen in de mond; zweren of uitslag	e.
		Dagelijks schoonmaken van tanden/kunstgebit—door de patiënt zelf of door zorgverleners	f. X
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	g.

SECTIE M. CONDITIE VAN DE HUID

1.	ZWEREN (Waardoor dan ook)	(*Noteer het aantal zweren op elk stadium—ongeacht de oorzaak. Als er geen zweer is, codeer dan "0" (nul). Codeer al wat in de **laatste 7 dagen** van toepassing is. Code 9 = 9 of meer.) **[Een volledig lichamelijk onderzoek is noodzakelijk.]***)	Aantal op stadium
		a. Stadium 1. Een blijvend stuk rode huid (zonder dat de huid kapot is) dat niet verdwijnt wanneer de druk erop is opgeheven.	0
		b. Stadium 2. Een gedeeltelijk dikteverlies van de huid dat zich klinisch als een ontvelling, blaar of ondiep gat voordoet	0
		c. Stadium 3. De volledige huiddikte is verloren gegaan. De onder-huidse weefsels liggen bloot. Dit doet zich voor als een diep gat met of zonder ondermijning van naastgelegen weefsel	0
		d. Stadium 4. De volledige huiddikte en het onderhuids weefsel is verloren gegaan. Spieren en/of bot liggen bloot.	0
2.	SOORT ZWEER	(*Voor elke soort zweer, **codeer het hoogste stadium in de laatste 7 dagen**. Gebruik de schaal van M1—d.w.z., stadia 0 - 4*)	
		a. Decubitus ulcus—wond veroorzaakt door druk resulterend in schade van het onderliggende weefsel	0
		b. Ulcus van de venen—open wond die veroorzaakt wordt door een slechte bloedcirculatie met name in de onderbenen	0
3.	ZWEREN DIE ZIJN GENEZEN	Patiënt had een zweer die **in de LAATSTE 90 DAGEN** is verdwenen/genezen 0. Nee 1. Ja	0
4.	ANDERE HUID-PROBLEMEN OF KAPOTTE HUID	(***Kruis alle problemen van de laatste 7 dagen aan***)	
		Schrammen, builen	a.
		Brandwonden (tweede- of derdegraads)	b.
		Open wonden, geen zweren, uitslag, snijwonden (bv., kankerwonden)	c.
		Huiduitslag –intertrigo, eczeem, medicijn-, hitte-uitslag, herpes zoster	d.
		Huid ongevoelig voor pijn of druk	e.
		Huidsneetjes (anders dan door operaties)	f.
		Operatiewonden	g. X
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	h.
5.	HUID-BEHANDE-LINGEN	(***Kruis alle behandelingen van de laatste 7 dagen aan***)	
		Drukontlastingsmiddel(en) voor in de stoel	a. X
		Drukontlastingsmiddel(en) voor in bed	b. X
		Wisselliggingsprogramma	c. X
		Voedings- of vochttoedieningsinterventie voor huidproblemen	d.
		Ulcusverzorging	e.
		Operatiewondverzorging	f. X
		Verband (met of zonder plaatselijk toegepaste medicijnen), niet voor de voeten	g.
		Zalf/medicijnen (niet voor de voeten)	h.
		Andere preventieve/beschermende huidzorg (niet voor de voeten)	i.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	j.
6.	VOET-PROBLEMEN EN VOET-VERZOR-GING	(***Kruis aan wat van toepassing is in de laatste 7 dagen***)	
		Patiënt heeft één of meer voetproblemen—bv., likdoorns, eelt, knobbels, hamertenen, overlapping, pijn, slechte structuur	a. X
		Voetinfectie—bv., voetschimmel, etteruitscheiding	b.
		Open wonden aan de voet	c.
		Nagels/eelt gedurende de **laatste 90 dagen** bijgeknipt	d. X
		Kreeg preventieve of beschermende voetzorg (bv., gebruikte speciale schoenen, inleggers, kussentjes, teenscheiders)	e. X
		Verband (met of zonder plaatselijk toegepaste medicijnen)	f.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	g.

SECTIE N. ACTIVITEITEN VERRICHTINGENPATROON

1.	TIJD DAT DE PATIENT WAKKER IS	(***Kruis de betreffende tijdsperioden over de laatste 7 dagen aan***) Patiënt is bijna altijd wakker (d.w.z. slaapt niet langer dan een uur per dagdeel) in de:	
		Ochtend a.	
		Namiddag b. X	
		Avond	c. X
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d.
(Als de patiënt comateus is, ga dan naar Sectie O)			
2.	TIJD GEMID. BETROKKEN BIJ ACTIVI-TEITEN	(**Wakker, terwijl men niet wordt behandeld of ADL-zorg ontvangt**) 0. Meestentijds—2/3 of meer 2. Weing tijd—minder dan 1/3 1. Enige tijd—1/3 - 2/3 3. Geen tijd	2
3.	VOORKEURS-SETTINGS VOOR ACTIVI-TEITEN	(***Kuis alle voorkeurssettings** voor activiteiten aan*)	
		Eigen kamer a. X	
		Dag-/activiteitenkamer b. X	
		In vph/weg van afdel. c.	
		Buiten de instelling	d.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	e.
4.	ALGEMENE VOORKEUR VOOR ACTIVI-TEITEN (afgestemd op de huidige mogelijkheden van de patiënt)	(***Kruis alle voorkeuren aan**, ook als de activiteit op dit moment niet voor de patiënt beschikbaar is*)	
		Kaarten/spelletjes a.	
		Handwerk/kunst b. X	
		Oefeningen/sport c.	
		Muziek d. X	
		Lezen/schrijven e.	
		Geestelijke/godsdien-stige activiteiten f.	
		Uitstapjes/winkelen	g.
		Wandelen/in rolstoel naar buiten	h. X
		TV-kijken	i.
		Tuinieren of verzorgen van planten	j.
		(Gezellig) praten	k.
		Helpen van anderen	l.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	m.

Patiënt De heer S. Identificatienummer 173491

5.	WIL GRAAG VERANDERING IN DAGELIJKSE ROUTINE	*Codeer wat de patiënt ten aanzien van de dagelijkse routines graag wil* 0. Geen verandering 1. Geringe verandering 2. Belangrijke verandering	
		a. Soort van activiteiten waar de patiënt momenteel aan meedoet	0
		b. Mate waarin de patiënt bij de activiteiten is betrokken	0

SECTIE O. MEDICIJNGEBRUIK

1.	AANTAL MEDICIJNEN	(***Noteer het aantal verschillende** medicijnen dat in de **laatste 7 dagen** is gebruikt; noteer "0" als geen enkele is gebruikt*)	03
2.	NIEUWE MEDICIJNEN	*Patiënt gebruikt op dit moment medicijnen waarmee in de **laatste 90 dagen** is begonnen* 0. Nee 1. Ja	1
3.	INJECTIES	(***Noteer het aantal DAGEN** waarop de patiënt gedurende de **laatste 7 dagen** injecties ontving; noteer "0" bij geen enkele*)	0
4.	DAGEN WAAROP DE VOLGENDE MEDICIJNEN ZIJN ONTVANGEN	(***Noteer het aantal DAGEN** in de **laatste 7 dagen**; vul "0" in bij geen. Voor medicijnen die langer werkzaam zijn dan een week: tel als "1")*	
		a. Antipsychotica	7
		b. Anxiolytica	0
		c. Antidepressiva	0
		d. Hypnotica	0
		e. Diuretica	0

SECTIE P. SPECIALE BEHANDELINGEN EN PROCEDURES

1. SPECIALE BEHANDELINGEN, PROCEDURES EN PROGRAMMA'S

a. **SPECIALE ZORG**—*Kruis ontvangen behandelingen en programma's aan van de **laatste 14 dagen*** **[Let op—tel alleen behandelingen van na de opname]**

BEHANDELINGEN		PROGRAMMA'S	
Chemotherapie	a.	Alcohol & drugs-behandelprogramma	
Dialyse	b.	Verblijf op psychogeriatrische afdeling	
IV-medicijnen	c.	Hospice-zorg	
Intake/output-meting	d. X	Verblijf op pediatrie afdeling	
Monitoring van acuut medisch probleem	e. X	Vakantie-opname	
Stomazorg	f.	Training van vaardigheden nodig voor terugkeer naar huis (bv., medicijnen innemen, huiswerk, boodschappen doen, vervoer, ADL's)	
Zuurstoftherapie	g.	GEEN VAN BOVENSTAANDE	
Bestraling	h.		
Uitzuigen	i.		
Tracheostomazorg	j.		
Transfusies	k.		
Ventilator of beademapparaat	l.		
Alcohol & drugs-behandelprogramma	m.		
Verblijf op psychogeriatrische afdeling	n.		
Hospice-zorg	o.		
Verblijf op pediatrie afdeling	p.		
Vakantie-opname	q.		
Training van vaardigheden nodig voor terugkeer naar huis (bv., medicijnen innemen, huiswerk, boodschappen doen, vervoer, ADL's)	r. X		
GEEN VAN BOVENSTAANDE	s.		

b. **THERAPIEËN** - *Leg het aantal dagen en min. vast dat op de **laatste 7 kalenderdagen** elk van de volgende therapieën meer dan 15 min./dag is gegeven. (Vul "0" in indien niet of bij minder dan 15 min./dag)* **[Let op—tel alleen therapieën van na de opname]**

(A) = # dagen gegeven van **15 minuten of langer**
(B) = totaal # minuten gegeven in de **laatste 7 dagen**

	DAGEN (A)	MINUTEN (B)
a. Logopedie en audiologie	0	0
b. Ergotherapie	2	30
c. Fysiotherapie	4	60
d. Ademhalingstherapie	0	0
e. Psychotherapie (door bevoegd therapeut)	0	0

2. INTERVENTIEPROGRAMMA'S VOOR STEMMING, GEDRAG, COGNITIEVERLIES

(**Kruis alle interventies of strategieën aan**, ongeacht waar, die in de **laatste 7 dagen** zijn ontvangen)

Speciaal programma voor de evaluatie van gedragssymptomen	a. X
Evaluatie in de **laatste 90 dagen** door een bevoegd psychotherapeut	b. X
Groepstherapie	c.
Patiëntgerichte weloverwogen veranderingen in de omgeving om stemming/gedrag te veranderen—bv., kast geven om in te rommelen	d. X
Heroriëntatie-therapie—bv., bewegwijzeren	e. X
GEEN VAN BOVENSTAANDE	f.

3. VERPLEEGKUNDIGE REVALIDATIE/REACTIVERING

*Leg het AANTAL DAGEN vast dat op de **laatste 7 dagen** elk van de volgende verpleegkundige revalidatie- of reactiveringstechnieken **15 min./dag of meer** is gegeven. (Vul "0" in indien niet of bij minder dan 15 min./dag)*

a. Bewegingsuitslag (passief)	0	f. Lopen	7
b. Bewegingsuitslag (actief)	7	g. Kleden/zich wassen	4
c. Hulp bij spalk of tuigje	0	h. Eten of slikken	0
TRAINING EN VAARDIGHEIDSPRAKTIJK IN:		i. Stomp-/prothesezorg	0
d. Bedbeweeglijkheid	3	j. Communicatie	0
e. Transfer	3	k. Andere	0

4. MIDDELEN EN MAATREGELEN VOOR LICHAAMSFIXATIE

(*Gebruik de volgende codes voor wat betreft de **laatste 7 dagen**:*)
0. Niet gebruikt
1. Minder vaak dan dagelijks gebruikt
2. Dagelijks gebruikt

Bedhekken	
a. — Volledige hekken aan alle open kanten van het bed	0
b. — Andere soorten bedhekken (bv., half-hek, aan één kant)	2
c. Bovenlichaamfixatie	0
d. Ledemaatfixatie	0
e. Stoel waaruit de patiënt niet kan opstaan	0

5.	VERBLIJF IN ZIEKENHUIS	Leg het aantal keren vast dat de patiënt **in de laatste 90 dagen** (of sinds de laatste beoordeling daarna) tenminste 1 nacht in een ziekenhuis heeft doorgebracht. (*Vul "0" in bij geen opnames*)	01
6.	BEZOEK AAN EHBO-KLINIEK	Leg het aantal keren vast dat de patiënt **in de laatste 90 dagen** (of sinds de laatste beoordeling daarna) zonder overnachting de EHBO-kliniek heeft bezocht. (*Vul "0" in bij geen bezoeken*)	00
7.	ARTS-VISITES	Op hoeveel dagen in de **LAATSTE 14 DAGEN** (of sinds de opname als dit kortergeleden is) heeft een arts (of bevoegd assistent) de patiënt onderzocht? (*Vul "0" in bij geen*)	02
8.	DOKTERS-VOOR-SCHRIFTEN	Op hoeveel dagen in de **LAATSTE 14 DAGEN** (of sinds de opname als dit kortergeleden is) heeft een arts (of bevoegd assistent) de doktersvoorschriften voor de patiënt veranderd? *Tel verlengingen van bestaande recepten niet mee.* (*Vul "0" in bij geen*)	02
9.	AFWIJKENDE LABORATORIUM-WAARDEN	Heeft de patiënt gedurende de **laatste 90 dagen** (of sinds de opname) een uitslag van afwijkende laboratoriumwaarden gehad? 0. Nee **1. Ja**	1

SECTIE Q. ONTSLAGMOGELIJKHEID EN ALGEHELE TOESTAND

1.	ONTSLAGMOGELIJKHEID	a. Uit/geeft de patiënt de wens aan voor terugkeer naar huis? 0. Nee 1. Ja	1
		b. Heeft de patiënt de steun van iemand die positief staat tegenover ontslag? 0. Nee 1. Ja	1
		c. Prognose van kort-verblijf— ontslag **binnen 90 dagen** gepland (omvat niet het sterven voor die datum) 0. Nee 2. Binnen 31 - 90 dagen 1. Binnen 30 dagen 3. Onslag-status onzeker	1
2.	ALGEHELE VERANDERING IN ZORGBEHOEFTEN	De algehele zelfredzaamheid van de patiënt is ten opzichte van de toestand van **90 dagen geleden** (of sinds de beoordeling daarna) wezenlijk veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd—minder ondersteuning, minder hoog zorgniveau nodig 2. Verslechterd—ontvangt meer ondersteuning	2

SECTIE R. INFORMATIE OVER DE BEOORDELING

1.	DEELNAME AAN DE BEOORDELING	a. Patiënt: 0. Nee 1. Ja	1
		b. Familie: 0. Nee 1. Ja 2. Heeft geen familie	0
		c. Belangrijk ander persoon: 0. Nee 1. Ja 2. Geen	0

2. **HANDTEKENINGEN VAN HEN DIE DE BEOORDELING HEBBEN UITGEVOERD:**

Katja Philips vplk

a. Handtekening van de beoordeling coördinerende verpleegkundige (teken hierboven)

b. Datum van handtekening 04 – 09 – 1995 (Dag – Maand – Jaar)

	Handtekeningen	Functie	Secties	Datum
c.	B. Rombouts	vplk	B, G, I, J, O, P	2/9/95
d.	P. Aertsen	2v'er	D, H, L, M	2/9/95
e.	R. de Rood	2v'er	K	3/9/95
f.	J. Admiraal	MW	A, E, F, Q	4/9/95
g.	D. Willemsen	Act Begl.	N	4/9/95
h.	D. van Oorschot	Logop.	C	4/9/95

3. NADERE BEOORDELING MET BEHULP VAN DE RAP-RICHTLIJNEN

De RAP-review en het beoordelingsproces zijn een gelegenheid voor het zorgteam om over de problemen van de patiënt te denken en te bespreken. Er zijn vele manieren om dit beoordelingsproces te structureren, bijvoorbeeld, wie leidt de discussie of de beoordeling, wie neemt eraan deel, en hoe zijn de patiënt, zijn familie en de arts bij het geheel betrokken. Maar het zorgteam moet altijd:

- de gesignaleerde problemen en alle huidige behandeldoelen en daarmee verbonden benadering van zorg bespreken.
- de belangrijkste oorzakelijke factoren identificeren (d.w.z. waarom is het probleem aanwezig).
- de ermee samenhangende en bijkomende factoren reviewen waarnaar in de RAP-Richtlijnen wordt gewezen (d.w.z. zaken die aan het probleem of aan de ingewikkeldheid van de situatie bijdragen).
- ervoor zorgen dat informatie over de toestand van de patiënt en de klinische besluitvorming wordt gedocumenteerd en dat het RAP-samenvattingsformulier aangeeft waar deze documentering kan worden gevonden.
- overgaan tot zorgplanning.

Het volgende RAP-samenvattingsformulier geeft aan welke RAP's voor de heer S. waren gesignaleerd, waar de documentering daarvan kan worden gevonden en of er een zorgplan voor is ontwikkeld. Alvorens de bladzij om te slaan en naar het RAP-samenvattingsformulier te kijken, wilt u misschien eerst zelf de MDS reviewen om te bepalen welke RAP's zouden moeten zijn gesignaleerd. Delier als voorbeeld gebruikend, is het volgende een voorbeeld van hoe het zorgteam hiermee verder kan.

1. Zoals we hebben laten zien werd de RAP voor Delier door de gehele initiële beoordelingsperiode heen gebruikt. Het was van bij de opname duidelijk dat de heer S. aan acute verwardheid leed. Het was voorspelbaar dat de RAP voor Delier zou worden gesignaleerd. De documentering van het zorgteam in de eerste weken van het verblijf betreft de belangrijkste elementen van de beoordeling van de RAP voor Delier. De locatie en datum van deze documentering worden op het RAP-samenvattingsformulier ingevuld. Het besluit tot een zorgplan is aangegeven. Omdat de belangrijkste informatie in dit voorbeeld duidelijk is gedocumenteerd en goed toegankelijk is voor het gehele zorgteam, is er geen aanvullende documentering vereist buiten wat op het RAP-samenvattingsformulier staat, de aantekeningen waarnaar wordt verwezen en het zorgplan.

2. In sommige gevallen schrijft iemand van het zorgteam wellicht een samenvatting van de RAP-beoordeling. Hiervoor kunnen verscheidene redenen zijn: bijvoorbeeld, omdat de beoordelingsdocumentering in het patiëntdosier onvolledig, onduidelijk, te verspreid of te weinig specifiek is. Het kan ook nuttig zijn om de informatie in samenvattingsvorm beschikbaar te hebben voor snel nalezen door het zorgteam. Als dit het geval is, zou de samenvattingsnotitie voor Delier er als volgt kunnen uitzien:

Identificatienummer 173491

SECTIE V. RAP-SAMENVATTINGEN

Patiënt: De heer S. | SIVISnummer.: 173491

1. Kruis de gesignaleerde RAP's aan.
2. Gebruik de RAP-Richtlijnen om de gebieden te bepalen die nader moeten worden beoordeeld. Leg de relevante informatie over de sta van de patiënt vast.
   - Beschrijf:
     - — Aard van het probleem (inclusief eventueel de aanwezigheid of afwezigheid van objectieve gegevens en subjectieve klachten).
     - — Complicaties en risicofactoren die de beslissing om over te gaan tot zorgplanning beïnvloeden.
     - — Factoren waaraan moet worden gedacht bij het ontwikkelen van individuele zorgplaninterventies.
     - — Noodzaak voor verwijzing/nadere evaluatie door professionele zorgverlener.
   - Documentering behoort het beslisproces te ondersteunen of er aktie wordt ondernomen voor een gesignaleerde RAP en de soort zorgplaninterventies die voor een bepaalde patiënt geschikt zijn.
   - Documentering kan op allerlei plekken in het patiëntdossier terechtkomen (voortgangsverslag, consulten, flowcharts, enz.).
3. Geef onder de kolom Locatie van de RAP-beoordelingsdocumentatie aan waar informatie over de RAP-beoordeling staat.
4. Geef voor elke gesignaleerde RAP aan of een nieuw zorgplan, herzien plan of doorgaan met het huidige plan nodig is om de probleme aan te pakken die in de beoordeling zijn vastgesteld. De Zorgplankolom moet binnen 7 dagen na de RAI (MDS en RAP's) zijn afgerond.

A. RAP PROBLEEMGEBIED	(a) Kruis aan bij signalering	Locatie en datum van de RAP-beoordelingsdocumentatie	(b) Zorgplanbeslissing—kruis aan indien aan gepakt
1. DELIER	X	vplk. verslag 24/8/95 artsverslag 25/8/95 vplk. verslag 28/8/95	X
2. COGNITIEF VERVAL/DEMENTIE	X	artsverslag 25/8/95 vplk. verslag 28/8/95	X
3. GEZICHTSVERMOGEN			
4. COMMUNICATIE	X	vplk. verslag 25/8/95	X
5. ADL/ MOGELIJKHEDEN VOOR REVALIDATIE	X	ergo verslag 28/8/95, 1/9/95	X
6. URINE-INCONTINENTIE EN VERBLIJFSCATHETER	X	artsverslag 25/8/95 vplk. verslag 24/8/95 28/8/95	X
7. PSYCHOSOCIAAL WELBEVINDEN			
8. STEMMING	X	MW verslag 24/8/95	X
9. GEDRAGSPROBLEMEN			
10. ACTIVITEITEN	X	RAP-samenvatting aantek. 6/9/95	X
11. VALPARTIJEN	X	vplk. verslag 24/8/95 fysioverslag 28/8/95	X
12. VOEDINGSTOESTAND			
13. VOEDINGSSONDES			
14. UITDROGING/VOCHTBALANS	X	I+O 24/8/95 vplk. verslag 28/8/95 arts verslag 25/8/95	X
15. ZORG VOOR HET GEBIT			
16. DECUBITUS	X	RAP-samenvatting aantek. 5/9/95	X
17. PSYCHOFARMACA-GEBRUIK	X	artsverslag 25/8/95	X
18. LICHAAMSFIXATIE			

B. 1. Handtekening coördinator van het RAP-proces: K. Philips, vplk — 2. Dag 06 Maand 09 Jaar 1999

3. Handtekening van persoon die het zorgplanbesluit uitvoert: S. Nonemaker, vplk — 4. Dag 13 Maand 09 Jaar 1999

Delier: RAP-Samenvatting Voorbeeld 1

De heer S. werd uit het ziekenhuis met een diagnose van acute verwardheid opgenomen. Vanaf de opname is zijn cognitie geleidelijk opgeklaard. Indicatoren van delier, zoals gemakkelijk zijn afgeleid, een veranderde waarneming, een veranderde gewaarwording van de omgeving en rusteloosheid, zijn minder geworden, maar zijn niet geheel verdwenen. De heer S. is Alzheimer-patiënt. Zijn familie is erg behulpzaam geweest bij het beschrijven van zijn geestelijk functioneren vóór het optreden van het delier ('baseline'). Het zorgteam denkt dat het delier te maken heeft met zijn urineweginfectie, zijn verhuizing, de medicijnen Haldol, Morfine en Zantac en uitdroging. De Haldol-dosis wordt daarom langzaam verminderd met het doel om er helemaal mee op te houden (vóór zijn opname in het ziekenhuis gebruikte hij dit medicijn niet). Met morfine en Zantac is gestopt. De urineweginfectie wordt met Cotrimoxazol behandeld --een follow-up U/A C+S zal nadat de kuur is beëindigd worden opgestuurd. De Intake/Output wordt gemonitord en vochtopname aangemoedigd. Zijn familie helpt ons een omgeving als thuis in te richten met spullen van de heer S. en zijn dagelijkse routine.

Een ander voorbeeld zou er als volgt kunnen uitzien:

Delier: RAP-Samenvatting Voorbeeld 2

De heer S. signaleerde voor delier. RAP werd als richtlijn gebruikt voor beoordeling door zorgteam. (vplk aantekeningen 24/8/95, 28/8/95; aantekening door arts 25/8/95). Mogelijke oorzakelijke factoren zijn urineweginfectie, medicijngebruik, uitdroging, zie behandelplannen. Kijk bij het zorgplan voor Delier.

4. VASTSTELLEN VAN HET ZORGPLAN

Het volgende is een voorbeeld van een zorgplan voor Delier. Het bevat algemene punten, geen specifieke voorschriften. Het is bedoeld om te laten zien hoe het beoordelingsproces in het zorgplan uitmondt.

Doel	Interventie	Evaluatie
De heer S. zal veilig blijven en geen verwondingen oplopen in de komende 30 dagen	Houd 's nachts licht in de kamer aan. Laat de familie vertrouwde spullen meebrengen (beddesprei, schilderijen). Elke 15 minuten controleren terwijl hij in zijn kamer is. Moedig aan tot activiteiten buiten de kamer. Betrek hem in activiteiten met een laag stimulus-gehalte. Hou de looppaden vrij van obstakels. Neem hem elke 2 uur terwijl hij wakker is naar het toilet en 's nachts elke 4 uur. Biedt vaak iets te eten aan, vooral met drankjes.	Patiënt bleef veilig in de laatste 30 dagen, met geen tekenen van verwondingen.

Het cognitief functioneren van de heer S. zal binnen 30 dagen op zijn uitgangspunt (baseline[3]) terugkeren	Verminder langzaam de dosis van Haldol zoals door de arts is voorgeschreven. Blijf alle medicijnen met de arts reviewen. Beoordeel op voldoende hydratie door de dagelijkse vochtinname te monitoren. Review de opgevraagde aantekeningen van de psychogeriatrische dagbehandeling om nader inzicht te krijgen over het 'baseline'-functioneren Ga door met Diclofenal tegen de pijn, geef een dosis als dat nodig is vóór fysiotherapie en als de patiënt geagiteerd lijkt of in zichzelf gekeerd.	Het cognitief functioneren van de patiënt lijkt gelijk aan zijn 'baseline'[3] volgens zijn familie, documentering van de psychogeriatrische dagbehandeling en de geriatrie-afdeling van het ziekenhuis. Patiënt ontving Diclofenal als opgedragen en leek geen pijn te lijden.
De heer S. en zijn familie zullen zich binnen 30 dagen op de afdeling thuis voelen, met als bewijs daarvan dat S. zijn eigen kamer kent en met minimaal toezicht aan de activiteiten van de afdeling deelneemt	Primaire zorgverleners zullen familie ontmoeten om samen een zorgplan op te zetten en de afdeling te verkennen. Familie wordt in alle aspecten van de zorg betrokken. Beoordeel het niveau van kennis van de familie over Alzheimer en acute verwardheid. Heroriënteer de heer S. op zijn kamer en omgeving van de afdeling. Betrek hem bij meer activiteiten op de afdeling wanneer de acute verwardheid opklaart.	Familie zag de primaire zorgverleners en werd op de afdeling rondgeleid. De heer S. is in staat om zijn kamer te herkennen en afdelingsactiviteiten bij te wonen als hij daar door zorgverleners op wordt gewezen.
Patiënt zal adequate voeding en hydratie houden over de volgende 30 dagen, met als bewijs daarvan dat hij elke dag tenminste 3/4 van zijn eten opeet en 2 liter vocht inneemt	Zie het urine-incontinentie zorgplan. Beoordeel zorgvuldig de vochtinname vanaf de maaltijddienbladen. Biedt tussen de maaltijden door aanvullend vocht aan. Betrek familie in het bepalen van de beste drankjes. De heer S. houdt van chocolademelk en appelsap. Review de gemonitorde intake- en outputstaten van de laatste 7 dagen. Ga door als de intake niet tenminste 2000 ml per dag is. Controleer de huidturgor en de toestand van de slijmvliezen.	De intake van de heer S. was tenminste 2000. Patiënt ontving aanvullend drankjes tussen de maaltijden door. De huidturgor is intact en de slijmvliezen zijn vochtig.

[3] Dit veronderstelt dat elders in het patiëntdossier een beschrijving van de baseline aanwezig is.

BIJLAGE 2 MDS RAI voor de thuiszorg

MINIMUM DATA SET -- THUISZORG (MDS-HC)©

(Status in de laatste 7 dagen tenzij een ander tijdsframe is aangegeven— N.B.: indien korter dan 7 dagen sinds laatste beoordeling, codeer dan alle items die naar de laatste 7 dagen verwijzen op basis van de status sinds de laatste beoordeling)

SECTIE AA. NAAM EN IDENTIFICERENDE NUMMERS

1.	CLIËNT-NAAM	a. (Voornaam) b. (Initialen) c. (Achternaam)
2.	CASUS-NUMMER	

SECTIE BB. PERSOONSGEGEVENS (Vul alleen bij Intake in)

1.	GESLACHT	1. Man 2. Vrouw
2.	GEBOORTE-DATUM	Dag — Maand — Jaar
3.	ZORGVER-ZEKERAAR EN POLISNR	a. Verzekeraar: ____ b. Polisnummer:
4.	BURGER-LIJKE STAAT	1. Nooit gehuwd 3. Verweduwd 5. Gescheiden 2. Gehuwd 4. Uit elkaar
5.	TAAL	Moedertaal 0. Nederlands 1. Andere taal
6.	OPLEIDING (*Hoogst behaalde niveau*)	1. Geen scholing 5. MBO 2. Lagere school/minder 6. HBO 3. MAVO/HAVO of vergelijkbaar 7. Universitaire opleiding 4. VWO 8. Doctorsgraad
7.	ZEGGEN-SCHAP/ AFGEGEVEN BESCHIK-KINGEN	a. Cliënt heeft een voogd 0. Nee 1. Ja b. Cliënt heeft medische beschikkingen afgegeven (bijv., de beschikking niet in een ziekenhuis te worden opgenomen) 0. Nee 1. Ja

SECTIE CC. VERWIJSITEMS (Vul alleen bij Intake in)

1.	DATUM VAN (HER-) OPENEN CASUS	Dag — Maand — Jaar
2.	REDEN VOOR VERWIJZING	1. Ziekenhuis nazorg 4. Indicatie voor thuiszorg 2. Chronische thuiszorg 5. Dagopvang 3. Screening voor opname instelling 6. Anders
3.	WAAR WOONDE CLIËNT BIJ VERWIJZING	1. Eigen omgeving zonder thuiszorg 2. Eigen omgeving met thuiszorg 3. Pension/beschermd wonen/groepshuis 4. Verpleeghuis 5. Anders
4.	MET WIE WOONDE CLIËNT BIJ VERWIJZING SAMEN	1. Woonde alleen 2. Woonde met echtgenoot/echtgenote alleen 3. Woonde met echtgenoot/echtgenote en ander(en) 4. Woonde met kind (niet echtgenoot/echtgenote) 5. Woonde met anderen (niet echtgenoot/echtgenote/kind) 6. Woonde in een groep met niet-verwanten
5.	EERDER IN VERPLEEG-HUIS	Woonde op enig tijdstip gedurende de 5 jaar voorafgaand aan nu in een verpleeghuis 0.Nee 1.Ja
6.	WOON-VERLEDEN	Verhuisde naar huidig woonverblijf in de laatste twee jaar 0. Nee 1. Ja

SECTIE A. BEOORDELINGSINFORMATIE

1.	BEOORDE-LINGS REFERENTIE-DATUM	*Beoordelingsdatum* Dag — Maand — Jaar
2.	REDENEN VOOR BEOOR-DELING	TYPE BEOORDELING 1. Beginbeoordeling 2. Follow-up beoordeling 3. Routine-beoordeling bij vaste intervallen 4. Herbeoordeling binnen 30 dagen vóór ontslag uit het programma 5. Herbeoordeling bij terugkeer uit ziekenhuis 6. Verandering in de cliënttoestand 7. Anderszins

SECTIE B. COGNITIEF FUNCTIONEREN

1.	GEHEUGEN	Korttermijn geheugen —schijnt/lijkt na 5 min. nog te herinneren 0. Geheugen goed 1. Geheugenprobleem
2.	COGNITIEVE VAARDIG-HEDEN VOOR DE DAGELIJKSE BESLUIT-VORMING	Hoe goed de cliënt zijn dag weet in te delen (bijv. opstaan, eten, welke kleren aan te trekken of welke activiteiten te doen) 0. *ZELFSTANDIG*—beslissingen samenhangend/redelijk 1. *GEWIJZIGDE ZELFSTANDIGHEID*—slechts in nieuwe situaties enige moeite 2. *MATIG GESTOORD*—slechte beslissingen; aanwijzingen/toezicht nodig 3. *ERNSTIG GESTOORD*—nam zelden of nooit beslissingen
3.	INDICATO-REN VAN VERWARD-HEID	a. Plotseling of nieuw begin/verandering in geestelijk functioneren (inclusief het vermogen aandachtig te zijn, bewustzijn van de omgeving, coherentie, onvoorspelbare variatie gedurende de dag) 0. Nee 1. Ja b. Cliënt is in laatste 90 dagen (of sinds laatste beoordeling indien korter) zodanig geagiteerd of gedesoriënteerd dat zijn of haar veiligheid in gevaar komt of cliënt heeft bescherming van anderen nodig 0. Nee 1. Ja

SECTIE C. COMMUNICATIEPATRONEN/GEHOOR

1.	HOREN	(*met gehoorapparaat, indien gebruikt*) 0. *HOORT NAAR BEHOREN*—normaal gesprek, TV, telefoon, bel 1. *ENIGSZINS MOEITE* wanneer het niet rustig is 2. *HOORT SLECHTS IN SPECIALE OMSTANDIGHEDEN*—spreker moet toonhoogte aanpassen en duidelijk spreken 3. *ERNSTIG GESTOORD*—bruikbare gehoorfunctie afwezig
2.	ZICHZELF DUIDELIJK MAKEN	(*Maakt de inhoud van boodschap duidelijk—hoe dan ook*) 0. *WORDT BEGREPEN* 1. *GEWOONLIJK BEGREPEN*—moeite bij het vinden van woorden of het afmaken van gedachten 2. *SOMS BEGREPEN*—kan alleen concrete verzoeken doen 3. *WORDT ZELDEN OF NOOIT BEGREPEN*
3.	ANDEREN KUNNEN BEGRIJPEN	(*Begrijpen van verbale informatie—hoe dan ook*) 0. *BEGRIJPT* 1. *BEGRIJPT GEWOONLIJK*—kan een deel of de bedoeling van de boodschap missen 2. BEGRIJPT SOMS—geeft passende reactie op eenvoudige, directe communicatie 3. *BEGRIJPT ZELDEN OF NOOIT*

SECTIE D. GEZICHTSVERMOGEN

1.	KUNNEN ZIEN	(*Gezichtsvermogen bij voldoende licht, eventueel met bril*) 0. *VOLDOENDE*—ziet details, kan alle letters in kranten en boeken lezen 1. *BEPERKT*—ziet wel grote, maar niet drukletters van normale grootte 2. *MATIG BEPERKT*—beperkt gezichtsvermogen, kan geen krantenkoppen zien, maar kan wel voorwerpen herkennen 3. *STERK BEPERKT*—het is de vraag of voorwerpen worden herkend, maar de ogen lijken wel voorwerpen te volgen 4. *ZEER ERNSTIG BEPERKT*—ziet niets of alleen licht, kleuren of vormen; ogen lijken geen voorwerpen te volgen
2.	GEZICHTS-BEPERKING/ -MOEITE	Ziet kransen of ringen rond lichten, waas voor de ogen of lichtflitsen 0. Nee 1. Ja
3.	GEZICHTS-ACHTERUIT-GANG	Slechter wordend gezichtsvermogen in vergelijking met toestand van 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling indien korter) 0. Nee 1. Ja

SECTIE E. STEMMINGS- EN GEDRAGSPATRONEN

1.	INDICATO-REN VAN DEPRESSIE, ANGST, BEDROEFDE STEMMING	(***Codeer de in de laatste 30 dagen (of sinds laatste beoordeling indien korter) waargenomen indicatoren, ongeacht de vermoedelijke oorzaak***) 0. Indicator in de laatste 30 dagen niet vertoond 1. Indicator van dit type tot 5 dagen per week vertoond 2. Indicator dagelijks of bijna dagelijks vertoond (6, 7 dagen per week) a. Bedroefd of depressief voelen, dat het leven geen zin heeft, niets ertoe doet, niemand tot nut is of liever dood zou zijn b. Aldoor boos op zichzelf of op anderen—bv., gemakkelijk geërgerd, boos op de ontvangen zorg c. Uitingen van onrealistisch lijkende angsten —bv., verlatingsangst, alleen te zijn, bij anderen te zijn d. Herhaald klagen over gezondheid —bv., vraagt aldoor medische aandacht, obsessief bezorgd over lichaamsfuncties	e. Steeds klagen, bezorgd—bv., aldoor vragen om aandacht/geruststelling over plannen, eten, de was, kleren, omgang met anderen f. Droevig, gepijnigd, zorgelijke gelaatsuitdrukkingen—bv., diepe rimpels g. Vaak huilen, in tranen h. Terugtrekken uit activiteiten—bv., geen interesse meer in wat men altijd deed of met familie/vrienden zijn i. Verminderd sociaal contact

☐ = Indien blanco, vul dan een getal of letter in

a. = Indien met letter, kruis dan het antwoord aan dat van toepassing is

MDS-HC/NL Draft 10a 05/09/97

©Copyright interRAI CORPORATION Washington D.C., 1994, 1996, 1997

2.	GEDRAGS-SYMPTOMEN	Momenten waarop in de laatste 7 dagen de cliënt het volgende gedrag vertoonde. Indien getoond, hoe veranderbaar was dan het symptoom? 0. Gedrag kwam in de laatste 7 dagen niet voor 1. Gedrag kwam voor, gemakkelijk veranderbaar 2. Gedrag kwam voor, niet gemakkelijk veranderbaar	
		a. ZWERFGEDRAG (liep doelloos rond, zich schijnbaar niet gewaar van behoeften of gevaar)	
		b. VERBAAL LASTIGVALLEN (bedreigde anderen, schreeuwde naar ze, vloekte naar ze)	
		c. LICHAMELIJK LASTIGVALLEN (sloeg anderen, duwde, krabde, vie seksueel lastig)	
		d. SOCIAAL ONGEPAST/STOREND GEDRAG (maakte storende geluiden, lawaai, gegil, zelfverwonding, vertoonde seksueel gedrag of kleedde zich in het openbaar uit, smeerde/gooide met eten/feces, zat aan andermans spullen, deed aldoor hetzelfde, stond vroeg op en stoorde anderen)	
		e. AGRESSIEF VERZET TEGEN ZORG (bijv. gooide met medicijnen, duwde de zorgverlener weg)	
3.	VERANDE-RING GEDRAG	Gedragssymptomen zijn t.o.v. 30 dagen geleden (of sinds laatste be-oordeling indien korter) verergerd of familie tolereert ze minder goed 0. Nee, geen verandering in gedrag 1. Ja	

SECTIE F. SOCIAAL FUNCTIONEREN

1.	BETROK-KENHEID	a. Cliënt voelt zich op gemak met anderen (bijv. is graag met hen) 0. Op zijn/haar gemak 1. Niet op zijn/haar gemak	
		b. Cliënt uit ruzie met of boosheid op familie/vrienden 0. Nee 1. Ja	
2.	VERANDE-RING IN SOCIALE ACTIVITEI-TEN	T.o.v. 180 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling), is de deelname aan sociale, godsdienstige, bezigheids- of andere verko-zen activiteiten afgenomen. ZO JA, lijdt de cliënt hieronder 0. Geen afname 1. Afname, maar lijdt er niet onder 2. Afname, lijdt eronder	
3.	ISOLEMENT	a. Tijdsduur dat de cliënt tijdens de dag (morgen en middag) alleen is 0. Nooit of nauwelijks ooit 1. Ongeveer een uur 2. Lange perioden—bijv. de hele morgen 3. De gehele tijd	
		b. Cliënt zegt of geeft aan dat hij/zij zich eenzaam voelt 0. Nee 1. Ja	

SECTIE G. MANTELZORG

1.	TWEE MANTEL-ZORG-GEVERS Primaire (A) en Secundaire (B)	NAAM VAN PRIMAIRE EN SECUNDAIRE MANTELZORGGEVERS		
		a. (Voornaam) b. (Achternaam)		
		c. (Voornaam) d. (Achternaam)	(A) Prim.	(B) Sec.
		e. Woont bij cliënt 0. Ja 1. Nee 2. Geen mantelzorg [sla andere items over]		
		f. Relatie tot cliënt 0. (Aangetrouwd) kind 2. Andere verwantschap 1. Echtgeno(o)t(e) 3. Vriend/buur		
		Gebieden van hulp: 0. Ja 1. Nee		
		g. —Advies of emotionele steun		
		h. —IADL-zorg		
		i. —ADL-zorg		
		Indien nodig, bereidheid (en vermogen) om meer hulp te geven: 0. Meer dan 2 uur 1. 1-2 uur per dag 2. Nee		
		j. —Emotionele steun		
		k. —IADL-zorg		
		l. —ADL-zorg		
2.	STATUS VAN ZORGGEVER	(*Kruis alles aan wat van toepassing is*)		
		Een zorggever is niet in staat zorgactiviteiten voort te zetten —bijv. achteruitgang in gezondheid zorggever maakt doorgaan moeilijk	a.	
		Primaire zorggever is ontevreden met de steun die hij/zij van familie en vrienden krijgt (bijv. andere kinderen van de cliënt)	b.	
		Primaire zorggever uit gevoelens van lijden, woede of depressie	c.	
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d.	
3.	MATE VAN HULP (AFGEROND IN UREN)	Geef mate van hulp van familie, vrienden en buren aan die in de laatste 7 dagen aan IADL en ADL zijn ontvangen	UREN	
		a. Totaaltijd over vijf weekdagen		
		b. Totaaltijd over de twee weekenddagen		

SECTIE H. LICHAMELIJK FUNCTIONEREN BIJ INSTRUMENTELE EN PERSOONLIJKE DAGELIJKSE ACTIVITEITEN (IADL EN ADL)

1.	ZELFDOEN BIJ IADL—Codeer het functioneren bij routinematige activiteiten rondom het huis of in de wijk gedurende de laatste 7 dagen (A) IADL ZELFDOEN CODE— (*Codeer hetgeen de cliënt gedurende de laatste 7 dagen heeft gedaan*) 0. *ZELFSTANDIG* — deed het geheel alleen 1. *ENIGE HULP*— een deel van de tijd enige hulp 2. *VOLLEDIGE HULP*— voerde het uit met de gehele tijd hulp 3. *DOOR ANDEREN*— door anderen uitgevoerd 8. *ACTIVITEIT KWAM NIET VOOR* (B) IADL MOEILIJKHEID CODE—*Hoe moeilijk is het of zou het voor de cliënt zijn om de activiteit geheel zelf te doen* 0. *NIET MOEILIJK* 1. *WAT MOEILIJK*— bijv. enige hulp nodig, erg langzaam, is snel vermoeid 2. *ERG MOEILIJK*— bijv. weinig of geen betrokkenheid bij activiteit mogelijk		(A) ZELFDOEN	(B) MOEILIJKH.
a.	MAALTIJD-BEREIDING	Hoe maaltijden worden bereid (bijv. planning, koken, ingrediënten bijeenbrengen, tafel dekken en voedsel opdienen)		
b.	NORMALE HUISWERK	Hoe normaal werk in het huis wordt uitgevoerd (bijv. afwassen, stofzuigen, bed opmaken, schoonmaken, de was doen)		
c.	MET GELD OMGAAN	Hoe rekeningen worden betaald, voldoende geld op de rekening staat, huishouduitgaven in balans zijn		
d.	MEDICIJN-BEHEER	Hoe medicijnen worden beheerd (bijv. erom denken ze in te nemen, flesjes openen, de juiste dosering, injecties, zalven)		
e.	TELEFOON-GEBRUIK	Hoe telefoongesprekken worden gevoerd of ontvangen (met hulpmiddelen zoals extra grote cijfers, versterkt geluid, enz.)		
f.	BOODSCHAP-PEN DOEN	Hoe boodschappen worden gedaan voor voedsel en huishoud-artikelen (bijv. kiezen van dingen, met geld omgaan)		
g.	VERVOER	Hoe de cliënt zich per voertuig verplaatst—bijv. op plekken komt die niet op loopafstand zijn		

2. (A) ZELFDOEN BIJ ADL—Het volgende gaat over het lichamelijk functioneren van de cliën in routinematige persoonlijke activiteiten van het dagelijks leven zoals bijvoorbeeld klede eten enz. tijdens de laatste 7 dagen, waarbij naar elk optreden van deze activiteit wordt gekeken. Als cliënten een activiteit zelfstandig hebben uitgevoerd bepaal dan met zekerheid of anderen de activiteit hebben aangemoedigd of aanwezig waren om de activiteit te organiseren en toezicht over te houden

0. *ZELFSTANDIG*—Geen hulp of toezicht —OF— Hulp/toekijken slechts 1 of 2 keer gedurende de laatste 7 dagen
1. TOEZICHT—Toekijken, aanmoediging of aanwijzingen 3 of meer keer gedurende de laatste 7 dagen —OF— Toezicht (3 of meer keer) plus slechts 1 of 2 keer lichamelijke ondersteuning gedurende de laatste 7 dagen
2. *BEPERKTE HULP*—Patiënt erg betrokken bij activiteit; ontving 3 of meer keer lichamelijke hulp bij het manoeuvreren van ledematen of andere niet-gewichtsontlastende hulp
3. *UITGEBREIDE HULP*—Terwijl de patiënt een deel van de activiteit zelf uitvoerde, werd de volgende hulp in de laatste 7 dagen 3 of meer keer gegeven:
   — Gewichtsontlastende hulp —OF—
   — Hulp geheel door zorgverleners uitgevoerd, maar niet gedurende alle 7 dagen
4. *TOTAAL AFHANKELIJK*—Geheel door zorgverleners uitgevoerd gedurende 7 dagen
8. *ACTIVITEIT KWAM* (ongeacht het kunnen) gedurende de gehele 7 dagen *NIET VOOR*

a.	BEWEEGLIJK-HEID IN BED	Hoe patiënt uit/in de lighouding komt, zich omdraait, en in bed de lichaamshouding aanneemt	
b.	TRANSFER	Hoe de patiënt tussen oppervlakten beweegt—in/uit bed, stoel, rolstoel, staan (*NIET in/uit bad/toilet*)	
c.	LOPEN IN HUIS	[Let op—Indien in rolstoel, dan zelfstandigheid in de stoel]	
d.	KLEDEN	Hoe de patiënt kledingstukken gereedlegt, uit de kast haalt, aantrekt en uittrekt	
e.	ETEN	Hoe de patiënt voedsel tot zich neemt, inclusief sondevoedingen	
f.	TOILET-GEBRUIK	Hoe de patiënt de toiletruimte of toiletstoel, pot, urinaal gebruikt; op/van het toilet komt, toiletpapier gebruikt, zich wast, luier wisselt, omgaat met stoma/catheter, kleren in orde brengt	
g.	PERSOON-LIJKE HYGIENE	Hoe de patiënt zich het haar kamt, tanden poetst, scheert, make-up aanbrengt, gezicht, handen en bilnaad wast/afdroogt (NIET baden en douchen)	
3.	BADEN	In de laatste 7 dagen (inclusief douche, teil of sponsbad; uitgezonderd het zich wassen van de rug of het haar) 0. ZELFSTANDIG, deed het zelf 1. TOEZICHT—alleen toekijkhulp nodig 2. KREEG ALLEEN HULP BIJ TRANSFER 3. KREEG HULP BIJ GEDEELTE VAN DE BAADACTIVITEIT 4. TOTALE AFHANKELIJKHEID 8. ACTIVITEIT KWAM NIET VOOR	
4.	BELANG-RIJKSTE VOORTBE-WEGINGS-MANIEREN	0. Geen hulpmiddel 1. Stok 2. Driepoot/kruk 3. Scooter 4. Rolstoel 5. Activiteit komt niet voor a. Binnenshuis b. Buitenshuis	

5.	TRAPLOPEN	Hoe de cliënt **in de laatste 7 dagen** de trap op en af liep (één of meer treden, zonodig met gebruik van trapleuning). Als de cliënt geen trap op en af liep, codeer dan zijn/haar vermogen daartoe 0. Trap op en af zonder hulp 1. Trap op en af met hulp 2. Niet trap op of af—zou het zonder hulp kunnen 3. Niet trap op of af—zou het met hulp kunnen 4. Niet trap op en af—heeft er het vermogen niet toe 8. *ONBEKEND*—ging geen trap op of af en beoordelaar is niet in staat om vermogen daartoe te beoordelen	
6.	UITHOUDINGSVERMOGEN	a. Codeer van een normale week **in de laatste 30 dagen** het aantal dagen dat de cliënt uit huis of het gebouw ging waarin hij/zij woont (van hoe korte duur dan ook) 0. Elke dag 2. 1 dag per week 1. 2-6 dagen per week 3. geen enkele dag b. Uren van lichamelijke activiteiten **in de laatste 7 dagen** (bijv. wandelen, huis schoonmaken, lichamelijke oefening) 0. Twee of meer uren 1. Minder dan twee uren	
7.	FUNCTIONERINGSPOTENTIEEL	Cliënt denkt in staat te zijn tot grotere functionele zelfstandigheid (ADL, IADL, mobiliteit)	a.
		Zorggevers denken dat de cliënt tot grotere functionele zelfstandigheid in staat is (ADL, IADL, mobiliteit)	b.
		Goede vooruitzichten op herstel van huidige ziekte of gezondheidsproblemen, verbetering in gezondheidstoestand verwacht	c.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d.

SECTIE I. CONTINENTIE IN LAATSTE 14 DAGEN

1.	CONTINENTIE VAN URINEREN	**Beheersing van de urineblaasfunctie in de laatste 14 dagen** (of sinds de laatste beoordeling indien korter) (met hulpmiddelen als catheters of een continentie trainingsprogramma) [Let op –bij nadruppelen, is het dan zoveel dat het door onderbroek heen sijpelt] 0. *CONTINENT*—Volledige beheersing 1. GEWOONLIJK CONTINENT—Incontinentie-gebeurtenissen een keer per week of minder 2. *AF EN TOE INCONTINENT*—Twee of meer keren per week, maar niet dagelijks 3. *VAAK INCONTINENT*—Neigt naar dagelijks incontinent zijn, maar nog enige beheersing aanwezig 4. *INCONTINENT*—Ontoereikende beheersing, veelvuldig dagelijks	
2.	URINEINCONTINENTIEMIDDELEN	*(Kruis aan indien in de laatste 14 dagen (of sinds laatste beoordeling indien korter) van toepassing)*	
		Gebruikte luiers of inlegmateriaal om tegen natworden te beschermen	a.
		Gebruikte een verblijfscatheter	b.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	c.
3.	CONTINENTIE VAN ONTLASTING	Beheersing over de ontlasting **in laatste 14 dagen** (of sinds laatste beoordeling indien korter) (met hulpmiddel of een continentie-trainingsprogramma, indien van toepassing) 0. *CONTINENT*—Volledige beheersing 1. *GEWOONLIJK CONTINENT*—Ontlastingsincontinentie minder dan een keer per week 2. *AF EN TOE INCONTINENT*—Een keer per week incontinent 3. *VAAK INCONTINENT*—2-3 keer per week incontinent 4. *INCONTINENT*—Altijd (of bijna altijd) incontinent voor ontlasting	

SECTIE J. DIAGNOSEN VAN ZIEKTEN

Door dokter aangegeven ziekte/infectie die status van cliënt beïnvloedt, behandelingen nodig maakt of symptoombestrijding vereist. Ook ziekte die professioneel wordt behandeld of reden van ziekenhuisopname **in de laatste 90 dagen** (of sinds laatste beoordeling indien korter) is geweest.
0. Niet aanwezig
1. Aanwezig—behoeft geen aandacht van thuiszorgverpleging
2. Aanwezig—wordt aandacht aan gegeven door thuiszorgverpleging

1.	ZIEKTEN	**HART/BLOEDCIRCULATIE**		o. Osteoporose	
		a. Cerebrovasculair accident (CVA/beroerte)		**ZINTUIGEN**	
		b. Hartdecompensatie		p. Cataract	
		c. Aandoening kransslagader		q. Glaucoma	
		d. Hoge bloeddruk		**PSYCHIATRIE/STEMMING**	
		e. Onregelmatige polsslag		r. Psychiatrische diagnose	
		f. Perifere vaatziekte		**INFECTIES**	
		NEUROLOGIE		s. HIV-infectie	
		g. Ziekte van Alzheimer		t. Longontsteking	
		h. Andersoortige dementie		u. Tuberculose	
		i. Hoofdletsel		v. Urineweginfectie (in de laatste 30 dagen)	
		j. Multiple sclerose		**ANDERE ZIEKTEN**	
		k. Parkinsonisme		w. Kanker—(in laatste 5 jaar) uitgezonderd huidkanker	
		BEWEGINGSSTELSEL		x. Suikerziekte	
		l. Artrose, artritis		y. Emfyseem/COPD/Astma	
		m. Heupfractuur		z. Nierinsufficiëntie	
		n. Andere fracturen (bijv. pols, ruggewervel)		aa. Schildklierziekte (hyper- of hypothyroïdie)	

2.	ANDERE CURRENTE / GEDETAILLEERDERE DIAGNOSEN EN ICD-9-CM CODES	a. _____	| | | | • | |
		b. _____	| | | | • | |
		c. _____	| | | | • | |
		d. _____	| | | | • | |

SECTIE K. GEZONDHEIDSPROBLEMEN EN PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORGMAATREGELEN

1.	PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG	*(Kruis aan wat van toepassing is—in de laatste 2 jaar)*	
		Bloeddruk gemeten	a.
		Griepprik gekregen	b.
		INDIEN VROUW: Borstonderzoek of mammografie ontvangen	c.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d.
2.	OP 2 OF MEER DAGEN PROBLEMEN AANWEZIG	*(Kruis aan wat tenminste 2 van de laatste 7 dagen aanwezig was)*	
		Diarree a.	Verlies van eetlust d.
		Moeilijk urineren of 3 of meer keer per nacht urineren b.	Braken e.
		Koorts c.	*GEEN VAN BOVENSTAANDE* f.
3.	PROBLEMEN IN DE LAATSTE WEEK	*(Codeer al wat op enig tijdstip in de laatste 7 dagen aanwezig was)*	
		LICHAMELIJK	Oedeem e.
		Verandering in speekselaanmaak a.	Kortademigheid f.
		Borstpijn bij inspanning of bij rusten b.	**GEESTELIJK**
			Wanen g.
		Verstopping **4 van de laatste 7 dagen** c.	Hallucinaties h.
		Duizelig of licht in het hoofd d.	*GEEN VAN BOVENSTAANDE* i.
4.	PIJN	a. Vaak pijnklachten of toont duidelijk pijn (**in de laatste 7 dagen**) 0. Geen pijn 1. Minder dan dagelijks pijn 2. Dagelijks pijn (Ga naar K4e)	
		b. Pijn is ongewoon hevig 0. Nee 1. Ja	
		c. Hevigheid van pijn staat gebruikelijke activiteiten in de weg 0. Nee 1. Ja	
		d. Aard van de pijn 0. Geen pijn 1. Beperkt tot op één plek 2. Op vele plekken	
		e. Pijn met medicijnen bestreden 0. Geen pijn 1. Medicijnen helpen niet 2. Pijn ten dele/geheel met medicijnen bestreden	
5.	VALFREQUENTIE	Aantal keren dat de cliënt **in de laatste 180 dagen** (of sinds de laatste beoordeling) viel. Indien niet één keer, codeer dan "0"; indien meer dan 9 keer, codeer dan "9"	
6.	RISICO OP VALLEN	a. Onzekere tred 0. Nee 1. Ja	
		b. Beperkt het naar buiten gaan vanwege valangst (bijv. gebruikt de bus niet meer, gaat alleen met anderen uit) 0. Nee 1. Ja	
7.	LEVENSSTIJL (Drinken/Roken)	a. Cliënt voelde **in de laatste 90 dagen** (of sinds de laatste beoordeling indien korter) de noodzaak of werd verteld minder te drinken, of anderen waren er bezorgd over 0. Nee 1. Ja	
		b. Cliënt moest **in de laatste 90 dagen** (of sinds de laatste beoordeling indien korter) eerst in de ochtend wat drinken om de zenuwen te kalmeren of heeft vanwege het drinken problemen gehad 0. Nee 1. Ja	
		c. Noteer over een normale week **in de laatste maand het aantal dagen** (0 - 7) waarop de cliënt één of meer drankjes had	
		d. Noteer het **aantal drankjes** dat cliënt gewoonlijk op een dag consumeerde op dagen dat hij/zij dronk (*0 voor geen, 9 voor 9 of meer*)	
		e. Rookte of pruimde de cliënt dagelijks tabak 0. Nee 1. Ja	
8.	GEZONDHEIDSTOESTAND INDICATOREN	Cliënt zegt zich niet gezond te voelen (wanneer naar gevraagd)	a.
		Heeft kwalen of ziekten die de cognitie, ADL, stemming of gedrag onstabiel maken (fluctuaties, precair of verslechterend)	b.
		Ervaart een opleving van een terugkerend of chronisch probleem	c.
		Behandelingen **in laatste 30 dagen** (of sinds laatste beoordeling indien korter) vanwege nieuw acuut gebeuren of probleem veranderd	d.
		Prognose van minder dan 6 maanden te leven—bijv. arts heeft de cliënt of de familie van de cliënt verteld dat de ziekte terminaal is	e.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	f.
9.	ANDERE STATUSINDICATOREN	Bang voor een familielid of zorggever	a.
		Ongebruikelijk slechte hygiëne	b.
		Onverklaarde verwondingen, gebroken botten of brandwonden	c.
		Verwaarloosd, misbruikt of mishandeld	d.
		Lichamelijke dwang (bijv. van ledematen, bedhekken, stoel waarin men vastzit	e.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	f.

SECTIE L. VOEDINGS-/VOCHTBALANSTOESTAND

1.	VERANDERING IN GEWICHT	Onbedoeld gewichtsverlies van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% of meer in de laatste 180 dagen 0. Nee 1. Ja	
2.	CONSUMPTIE	a. At in tenminste 4 van de laatste 7 dagen eens of minder per dag 0. Nee 1. Ja	
		b. Opmerkelijke afname in de laatste 3 dagen van de hoeveelheid voedsel of vocht die de cliënt meestal tot zich neemt 0. Nee 1. Ja	
		c. Onvoldoende vocht—nam niet alle of bijna alle vocht tot zich in de laatste 3 dagen 0. Nee 1. Ja	
3.	VOEDINGSBEHANDELINGEN	Aantal dagen in de laatste week met reguliere zorg	
		a. Intraveneuze of infusietherapie—hydratie (uitgezonderd TPN)	
		b. Vocht door de mond	
		c. Parenterale voeding (TPN of lipiden)	
		d. Enteraal—sondevoeding	

SECTIE M. TOESTAND VAN GEBIT (GEZONDHEID VAN DE MOND)

1.	TOESTAND VAN DE MOND	(Kruis aan wat van toepassing is)	
		Kauw- of slikprobleem (bijv. pijnlijk bij het eten)	a.
		Mond is "droog" bij het eten	b.
		Probleem bij het poetsen van de tanden of het gebit	c.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d.

SECTIE N. CONDITIE VAN DE HUID

1.	HUIDPROBLEMEN	Vervelende huidproblemen of veranderingen in de laatste 30 dagen (bijv. brandwonden, schaafwonden, uitslag, jeuk, luis, schilfers) 0. Nee 1. Ja	
2.	ULCUS (Vanwege druk/slechte doorbloeding)	Ulcus waar ook op het lichaam. Bestaande uit een stukje voortdurend rode huid (Stadium 1); gedeeltelijk verlies van huidlagen (Stadium 2); diepe huidkraters (Stadium 3); en huidbreuken waarbij spieren of botten zichtbaar worden (Stadium 4). [Codeer 0 bij geen ulcus, anders het hoogste stadium van ulcusvorming (Stadium 1-4).]	
		a. Doorligwond—wond veroorzaakt door druk, schuifkrachten resulterend in schade van het onderliggende weefsel	
		b. Ulcus vanwege slechte doorbloeding—open wond veroorzaakt door een slechte bloedcirculatie, met name in de onderbenen	
3.	ANDERE HUIDPROBLEMEN WAARVOOR BEHANDELING NODIG IS	*(Kruis aan wat van toepassing is)* Operatiewonden in:	
		Brandwonden (2-de of 3-de graads) a.	Borstkas d.
		Open wonden (geen ulcus, uitslag, snijdwonden) (bijv. kanker) b.	Buik e.
			Armen/benen f.
		Huidsneetjes of snijdwonden c.	Andere plaatsen g.
			GEEN VAN BOVENSTAANDE h.
4.	GENEZEN DOORLIGWONDEN	Cliënt had op enig tijdstip in het verleden ergens op het lichaam een doorligwond 0. Nee 1. Ja	
5.	WOND-/ZWEERVERZORGING	Aantal dagen in de laatste week met reguliere zorg	
		a. Antibiotica, systemisch of plaatselijk	
		b. Verband	
		c. Drukverminderings-/ drukontlastingsmiddelen	
		d. Voeding of vochttoediening	
		e. Keren/herpositioneren	
		f. Korstverwijdering	
		g. Operatiewondverzorging	
6.	VOETPROBLEMEN	(Kruis aan wat van toepassing is)	
		Likdoorns, eelt, structuurproblemen, infecties, schimmels	a.
		Open wonden aan de voet	b.
		Voet in de laatste 90 dagen door cliënt noch iemand anders bekeken	c.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d.

SECTIE O. BEOORDELING VAN DE OMGEVING

1.	WOONOMGEVING [Kruis aan hetgeen de woning gevaarlijk of onbewoonbaar maakt (indien tijdelijk ergens opgenomen, baseer de beoordeling dan op huisbezoek)	Verlichting 's avonds (ook ontoereikende of geen verlichting in de woonkamer, slaapkamer, keuken, toilet, gangen, overloop)	a.
		Vloeren en vloerbedekking (bijv. gaten in vloer, electriciteitsdraden waar cliënt loopt, matje)	b.
		Badkamer en toiletruimte (bijv. niet-werkend toilet, lekkende pijpen, geen leuning hoewel nodig, slipperige badkuip, buitentoilet)	c.
		Keuken (bijv. gevaarlijk vuur, kapotte koelkast, ratten of ander ongedierte)	d.
		Verwarming en koeling (bijv. te heet in de zomer, te koud in de winter, houtkachel in een huis van een astmalijder)	e.
		Persoonlijke veiligheid (bijv. angst voor geweld, niet veilig om de post op te halen of de buren te bezoeken, druk verkeer op straat)	f.
		Toegang tot de woning (bijv. moeilijk binnen te komen/te verlaten)	g.
		Toegang tot kamers in huis (bijv, niet in staat trap te lopen)	h.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	i.
2.	SAMENWONING	a. Vergeleken met 90 dagen geleden woont de cliënt nu met andere personen—bijv. trok bij iemand anders in, iemand trok bij cliënt in 0. Nee 1. Ja	
		b. Cliënt of primaire zorggever denken dat de cliënt beter ergens anders zou wonen 0. Nee 1. Ja	

SECTIE P. GEBRUIKMAKING VAN DIENSTVERLENING

			(A) # Dagen	(B) Uren	(Mi
1.	REGULIERE ZORG (Aantal minuten op 10 minuten afgerond)	Uitgebreidheid van zorg of zorgmanagement in de laatste 14 dagen (of sinds de laatste beoordeling indien korter dan 14 dagen geleden:			
		a. Thuiszorghulpverleners			
		b. Wijkverpleegkundigen			
		c. Huishoudelijke hulp			
		d. Maaltijden			
		e. Vrijwilligershulp			
		f. Fysiotherapie			
		g. Ergotherapie			
		h. Logopedie			
		i. Dagzorg of dagverpleging			
		j. Maatschappelijk werker aan huis			

2. SPECIALE BEHANDELINGEN, THERAPIEEN, PROGRAMMA'S

Speciale behandelingen, therapieën en programma's, ontvangen of gepland in de laatste 14 dagen (of korter sinds de laatste beoordeling) (thuis of in de poliklinieken ontvangen) en het ontvangen ervan volgens het vereiste plan
0. Niet van toepassing 1. Gepland, volgens plan ontvangen
2. Gepland, ten dele ontvangen 3. Gepland, niet ontvangen

BEHANDELINGEN		
a. Alcohol en Drugs behandelprogramma		
b. Bloedtransfusies		
c. Chemotherapie		
d. Hartrevalidatie		
e. Continue Positieve Luchtweg Beademing (CPAP)		
f. Dialyse—buik (CAPD)		
g. Dialyse—nieren		
h. Holter monitor		
i. IV infuus—centraal		
j. IV infuus—perifeer		
k. Medicatie door injectie		
l. Stomazorg		
m. Zuurstoftherapie—intermitterend		
n. Zuurstoftherapie—continu (concentrator)		
o. Zuurstoftherapie—continu (anderszins)		
p. Bestralingstherapie		
q. Ademhalingstherapie		
r. Tracheestomazorg		

s. Ventilator	
THERAPIEËN	
t. Bewegingstherapie	
u. Ergotherapie	
v. Fysiotherapie	
w. Ademhalingstherapie (uitzuigen, IPPB)	
x. Dagcentrum	
y. Dagverpleging zkhs	
z. Hospicezorg	
aa. Bezoek aan dokter of kliniek	
bb. Crèche-zorg	
SPECIALE PROCEDURES, THUIS UITGEVOERD	
cc. Dagelijkse verpleegk. controles (bijv. EKG, urineuitscheiding)	
dd. Verpleegk. controles minder dan dagelijks	
ee. Medische alarmeringsarmband of electronisch alarm	
ff. Huidbehandeling	
gg. Speciaal dieet	
hh. Anderszins	

3.	OMGAAN MET APPARATUUR (In de laatste 14 dagen)	**Codes voor omgaan met apparatuur** 0. Niet gebruikt 1. Door cliënt zelf bediend 2. Zelf bediend indien gereedgezet of mondeling eraan herinnerd worden 3. Ten dele door anderen uitgevoerd 4. Volledig door anderen uitgevoerd	
		a. Zuurstof b. IV c. Catheter	
4.	BEZOEKEN IN DE LAATSTE 90 DAGEN OF SINDS LAATSTE BEOORDELING	***Vul 0 in bij geen. Indien meer dan 9, codeer dan "9"*** a. Aantal ZIEKENHUISOPNAMES met overnachting b. Aantal EERSTE HULP BEZOEKEN zonder overnachting c. NOODZORG—ongeplande verpleegkundige, arts- of therapeutische bezoeken thuis of in de praktijk	
5.	BEHANDELDOELEN	Is er een behandeldoel **in de laatste 90 dagen** (of korter sinds de laatste beoordeling) bereikt? 0. Nee 1. Ja	
6.	ALGEHELE VERANDERING IN ZORGBEHOEFTEN	Het algehele niveau van zelfredzaamheid is ten opzichte van **90 dagen** geleden (of sinds laatste beoordeling indien korter geleden) wezenlijk veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd—ontvangt minder hulp 2. Verslechterd—ontvangt meer hulp	
7.	AFWEGINGEN	Vanwege beperkte financiële middelen maakte de cliënt in de afgelopen maand afwegingen tussen aankopen van het volgende: voorgeschreven medicijnen, verwarming van het huis, noodzakelijke dokterszorg, voldoende voedsel, thuiszorg 0. Nee 1. Ja	

SECTIE Q. MEDICIJNGEBRUIK

1.	AANTAL MEDICIJNEN	Noteer het aantal verschillende medicijnen (apotheek- en huismiddelen), incl. oogdruppels; regelmatig of nu en dan **in de laatste 7 dagen** gebruikt [Indien geen, codeer "0". Indien meer dan 9, codeer "9"]	
2.	RECEPT VOOR PSYCHOFARMACA MEDICIJNEN	**In de laatste 7 dagen** gebruikte psychofarmaca medicijnen [N.B.—Neem de medicijnen van de cliënt door met de lijst voor de volgende medicijnen] 0. Nee 1. Ja	
		a. Antipsychotica b. Anxiolytica c. Antidepressiva d. Hypnotica	
3.	MEDISCH TOEZICHT	Arts heeft een overzicht gemaakt van het medicijngebruik van de cliënt **in de laatste 180 dagen** 0. Met tenminste één arts besproken (of geen medicijnen gebruikt) 1. Geen enkele arts maakte een overzicht van alle medicijnen	
4.	MEDICIJNGEBRUIKDISCIPLINE	Cliënt hield zich altijd of bijn altijd aan het medicijngebruik als voorgeschreven door arts (zowel tijdens als tussen therapiebezoeken) 0. Hield zich er altijd aan 1. Hield zich er 80% of meer van de tijd aan 2. Hield zich er minder dan 80% van de tijd aan 3. *GEEN MEDICIJNEN VOORGESCHREVEN*	

5. LIJST VAN ALLE MEDICIJNGEBRUIK

Lijst van **in de laatste 7 dagen** gebruikte, voorgeschreven en niet-voorgeschreven, medicijnen

a. Naam en dosering—Leg de medicijnnmaam en voorgeschreven dosering vast.

b. Vorm: Codeer de toedingsweg en gebruik daarvoor de volgende lijst:

1=door de mond [per os] (PO)
2=onder de tong [sub lingua] (SL)
3=intramusculair (IM)
4=intraveneus (IV)
5=subcutaan (SQ)
6=rectaal (R)
7=met een pleister
8=inademing
9=enterale sonde
10=anders

d. Freq: Codeer het aantal keren per dag, week of maand dat het medicijn is toegediend. Gebruik daarbij de volgende lijst:

PR=(PRN) wanneer nodig
1H=(QH) elk uur
2H=(Q2H om de 2 uur
3H=(Q3H) om de 3 uur
4H=(Q4H) om de 4 uur
6H=(Q6H) om de 6 uur
8H=(Q8H) om de 8 uur
1D=(QD of HS) eenmaal daags
2D=(BID) tweemaal daags (incl elke 12 uur)
3D=(TID) driemaal daags
4D=(TID) viermaal daags
5D=vijf keer per dag
1W=eenmaal per week
2W=tweemaal per week
3W=driemaal per week
QO=om de andere dag
4W=4 keer per week
5W=5 keer per week
6W=6 keer per week
1M=1 keer per maand
2M=tweemaal per maand
C=continu
A=anders

a. Naam en dosering	b. Vorm	c. Aantal gebruikt	d. Freq.
a.			
b.			
c.			
d.			
e.			
f.			
g.			
h.			
i.			
j.			
k.			

BIJLAGE 3 MDS RAI voor verpleeghuiszorg

Patiënt _____ Identificatienummer _____

MINIMUM DATA SET (MDS) — *VERSIE 2.0*

VOOR BEOORDELING EN ZORGBEPALING VAN VERPLEEGHUISPATIENTEN

ACHTERGROND (VOORBLAD)-INFORMATIE BIJ OPNAME

SECTIE AB. PERSOONSGEGEVENS

1.	DATUM VAN EERSTE OPNAME	*Datum waarop het verblijf aanving –Gebruik in geval van heropname, bijvoorbeeld volgend op een tijdelijk ontslag naar een ziekenhuis, de daarvoorliggende datum van eerste opname* ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ Dag Maand Jaar
2.	OPGENOMEN VANUIT (BIJ EERSTE OPNAME)	1. Eigen omgeving zonder thuiszorg 2. Eigen omgeving met thuiszorg 3. Verzorgingshuis 4. Verpleeghuis 5. Algemeen ziekenhuis 6. Psychiatrisch ziekenhuis, instelling voor geestelijk gehandicapten 7. Revalidatiecentrum 8. Anders
3.	WOONDE (VOOR 1E OPNAME) ALLEEN	0. Nee 1. Ja 2. In andere instelling
4.	POSTCODE (VOOR 1E OPNAME)	☐☐☐☐
5.	VOOR-AFGAAND VERBLIJF IN INSTELLINGEN IN DE LAATSTE 5 JAAR	(*Kruis de instellingen aan waar de patiënt de laatste 5 jaar voorafgaand aan de eerste opname, zie item AB1, woonde*) Eerder verblijf in dit verpleeghuis a. Verblijf in een ander verpleeghuis b. Verblijf in andere instelling –Pensiontehuis, verzorgingshuis, begeleid wonen, groepstehuis c. Psychiatrische zorgsetting d. Zorgsetting voor geestelijk gehandicapten e. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* f.
6.	VROEGERE BEROEP(EN) [Zet "/" tussen twee beroepen]	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
7.	OPLEIDING (*Hoogst behaalde niveau*)	1. Geen scholing 2. Lagere school/minder 3. MAVO/HAVO of vergelijkbaar 4. VWO 5. MBO 6. HBO 7. Universitaire opleiding 8. Doctorsgraad
8.	TAAL	(*Codeer het juiste antwoord*) a. Moedertaal 0. Nederlands 1. Andere taal b. Indien andere taal, specificeer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
9.	GEESTELIJKE GEZONDHEID	Vermeldt het patiëntDOSSIER een geestelijke handicap, geestesziekte of enig andere ontwikkelingsbeperking? 0. Nee 1. Ja
10.	ZIEKTEBEELDEN DIE SAMENHANGEN MET GEESTELIJKE HANDICAP	(*Kruis de ziektebeelden aan die samenhangen met de geestelijke handicap, optraden voor het 22-ste jaar, en waarschijnlijk blijvend zijn*) N.v.t. —geen geestelijke handicap (Ga direct naar AB11) a. Geestelijke handicap van organische aard: Down's syndroom b. Autisme c. Epilepsie d. Ander organisch ziektebeeld in verband met geestelijke handicap e. Geestelijke handicap niet organisch f.
11.	DATUM VAN INVULLEN ACHTERGROND-INFORMATIE	☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ Dag Maand Jaar

SECTIE AC. GEWOONTEN ROUTINE

1.	GEWOONTEN ROUTINE (*In het jaar voorafgaand aan DE DATUM VAN EERSTE OPNAME in dit verpleeghuis, of het laatste jaar thuis indien opgenomen vanuit een ander verpleeghuis*)	(*Kruis aan. Bij alles ONBEKEND, kruis dan alleen het laatste hokje aan.*)	
		DAGRITME	
		Blijft 's avonds laat op (bijv. tot na 9 uur)	a.
		Slaapt regelmatig overdag (tenminste 1 uur)	b.
		Gaat tenminste 1x per week uit	c.
		Houdt zich bezig met hobby's, lezen of andere vaste dagroutine	d.
		Is meestal alleen of kijkt meestal televisie	e.
		Verplaatst zich zelfstandig binnenshuis (evt. met hulpmiddelen)	f.
		Gebruikt tenminste dagelijks tabaksproducten	g.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	h.
		EETGEWOONTEN	
		Voorkeur voor bepaald voedsel	i.
		Eet elke dag of de meeste dagen tussendoor	j.
		Drinkt minstens 1x per week alcohol	k.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	l.
		ADL-GEWOONTEN	
		Loopt een groot deel van de dag in nachtkleding	m.
		Staat bijna elke nacht op om naar het toilet te gaan	n.
		Heeft een onregelmatige stoelgang	o.
		Neemt een douche in plaats van een bad	p.
		Neemt een bad in de middag of de avond	q.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	r.
		BETROKKENHEID	
		Dagelijks contact met familie/naaste vrienden	s.
		Gaat vaak naar de kerk, moskee, synagoge (enz.)	t.
		Put kracht uit het geloof	u.
		Huisdier dagelijks gezelschap/aanwezig	v.
		Neemt deel aan groepsactiviteiten	w.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	x.
		ONBEKEND—Patiënt/familie niet in staat om informatie te geven	y.

EINDE

SECTIE AD. VOORBLAD HANDTEKENINGEN

HANDTEKENINGEN VAN PERSONEN DIE HET VOORBLAD HEBBEN INGEVULD:			
a. Handtekening van coördinerende verpleegkundige			Datum
b. Handtekeningen	Funktie	Secties	Datum
c.			Datum
d.			Datum
e.			Datum
f.			Datum
g.			Datum

☐ = Indien blanco, vul dan een getal of letter in a. = Indien met letter, kruis dan het antwoord aan dat van toepassing is

Patiënt _____ Identificatienummer _____

MINIMUM DATA SET (MDS) — *VERSIE 2.0*
VOOR BEOORDELING EN ZORGBEPALING VAN VERPLEEGHUISPATIENTEN
FORMULIER VOOR EEN VOLLEDIGE BEOORDELING

(Toestand in de laatste 7 dagen, tenzij een ander tijdsbestek is aangegeven)

SECTIE A. IDENTIFICATIE- EN ACHTERGROND-INFORMATIE

1.	NAAM PATIËNT	a. (Voornaam) b. (Initialen) c. (Achternaam)
2.	KAMER NUMMER	☐☐☐☐☐
3.	BEOORDELINGS REFERENTIEDATUM	a. *Einddatum MDS observatieperiode* ☐☐ — ☐☐ — ☐☐☐☐ (Dag Maand Jaar) b. Oorspronkelijk (0) of zoveelste gecorrigeerd formulier (vul getal in)
4a.	HEROPNAME DATUM	**Heropnamedatum na meest recent tijdelijk ontslag naar ziekenhuis in de laatste 90 dagen (of sinds laatste opnamebeoordeling van minder dan 90 dagen geleden)** ☐☐ — ☐☐ — ☐☐☐☐ (Dag Maand Jaar)
5.	BURGERLIJKE STAAT	1. Nooit gehuwd 3. Verweduwd 5. Gescheiden 2. Gehuwd 4. Uit elkaar
6.	SIVIS-NUMMER	☐☐☐☐☐☐
7.		
8.	REDENEN VOOR BEOORDELING *[Let op—als dit een ontslag- of heropname-beoordeling is, hoeft slechts een deel van de MDS items te worden ingevuld]*	a. Belangrijkste reden voor beoordeling 1. Beoordeling bij eerste opname (moet op dag 14 zijn uitgevoerd) 2. Jaarlijkse beoordeling 3. Beoordeling vanwege een wezenlijke toestandsverandering 4. Wezenlijke correctie van een eerdere beoordeling 5. Kwartaalbeoordeling 6. Ontslag—geen heropname voorzien 7. Ontslag—heropname voorzien 8. Ontslag voordat de eerste beoordeling klaar was 9. Heropname 0. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* **b. *Speciale codes voor wanneer om een of andere reden op een afwijkend tijdstip een beoordeling wordt uitgevoerd*** *1. 5-de dag beoordeling* *2. 30-ste dag beoordeling* *3. 60-ste dag beoordeling* *4. Kwartaalbeoordeling met invulling van een volledige MDS* *5. Heropnamebeoordeling* *6. Anders*
9.	VERANTWOORDELIJKHEID/ VOOGD	(*Kruis aan*) Voogd a. Ander wettelijk toezicht b. Curator/gezondheidsz. c. Curator/financieel d. Familielid verantwoordelijk e. Patiënt zelf verantwoordelijk f. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* g.
10.	AFGEGEVEN BESCHIKKINGEN	(*Kruis de items aan waar in het medisch dossier iets over staat opgetekend*) Levenstestament a. Niet reanimeren b. Niet naar ziekenhuis c. Donorcodicil d. Verzoek om autopsie e. Voedingsbeperkingen f. Beperkingen bij medicijntoediening g. Andere behandelbeperkingen h. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* i.

SECTIE B. COGNITIEF FUNCTIONEREN

1.	COMATEUS	(*Voortdurende vegetatieve toestand/ niet waarneembaar bewustzijn*) 0. Nee 1. Ja **(Ja, ga dan direct naar Sectie G)**
2.	GEHEUGEN/ PASSIEF	(*Zich herinneren wat vroeger geleerd is of bekend was*) a. Korte-termijn geheugen —schijnt/lijkt na 5 min. nog te herinneren 0. Geheugen goed 1. Geheugenprobleem b. Lange-termijn geheugen—schijnt/lijkt verre verleden te herinneren 0. Geheugen goed 1. Geheugenprobleem
3.	GEHEUGEN/ ACTIEF	(*Kruis aan hetgeen de patiënt zich gewoonlijk gedurende de laatste 7 dagen kon herinneren*) Huidig jaargetij a. Ligging eigen kamer b. Namen/gezichten verzorg c. Dat hij/zij in een verpleeghuis is d. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* e.
4.	COGNITIEVE VAARDIGHEDEN VOOR DE DAGELIJKSE BESLUITVORMING	(*Nam beslissingen over taken van dagelijks leven*) 0. *ZELFSTANDIG*—beslissingen samenhangend/redelijk 1. *VERMINDERD ZELFSTANDIG*—slechts in nieuwe situaties enige moeite 2. *MATIG GESTOORD*—slechte beslissingen; aanwijzingen/toezicht nodig 3. *ERNSTIG GESTOORD*—nam zelden of nooit beslissingen
5.	INDICATOREN VAN DELIER—PERIODIEK GESTOORD DENKEN/ BEWUSTZIJN	(*Codeer het gedrag van de laatste 7 dagen.*) ***[Let op: Om juist te beoordelen zijn gesprekken nodig met zorgverleners en familie die direct kennis hebben van het gedrag van de patiënt in deze periode].*** 0. Gedrag niet aanwezig 1. Gedrag aanwezig, maar niet recent begonnen 2. Gedrag aanwezig, patiënt lijkt in de laaste 7 dagen anders te functioneren (bv., gedrag is net begonnen of erger geworden) a. GEMAKKELIJK AFGELEID—(bv., moeite met aandacht opbrengen; raakt gemakkelijk op dwaalspoor) b. WAARNEMEN, BEWUSTZIJN VAN OMGEVING WISSELEND—(bv. beweegt de lippen of praat tegen een niet-aanwezig persoon; denkt ergens anders te zijn; haalt de dag en de nacht door elkaar) c. EPISODEN VAN ONSAMENHANGEND PRATEN—(bv., spraak mist samenhang, is onzinnig, niet ter zake, of gaat van de hak op de tak; raakt de gedachtengang kwijt) d. PERIODEN VAN ONRUST—(bv., frunikken of krabben aan de huid, aan kleding, servetten, enz.; vaak van lichaamshouding veranderen; herhaald bewegingen uitvoeren of schreeuwen) e. PERIODEN VAN LUSTELOOSHEID—(bv., sloom zijn; voor zich uit staren; moeilijk wakker te krijgen; weinig lichaamsbeweging) f. GEESTELIJK FUNCTIONEREN WISSELT GEDURENDE DAG—(bv., soms beter, soms slechter; gedrag soms wel, soms niet)
6.	VERANDERING COGNITIEF FUNCTIONEREN	De cognitieve toestand, vaardigheden of vermogens van de patiënt zijn ten opzichte van **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd

SECTIE C. COMMUNICATIEPATRONEN/GEHOOR

1.	HOREN	(*met gehoorapparaat, indien gebruikt*) 0. *HOORT NAAR BEHOREN*—normaal gesprek, TV, telefoon 1. *ENIGSZINS MOEITE* wanneer het niet rustig is 2. *HOORT SLECHTS IN SPECIALE OMSTANDIGHEDEN*—spreker moet toonhoogte aanpassen en duidelijk spreken 3. *ERNSTIG GESTOORD*/bruikbare gehoorfunctie afwezig
2.	COMMUNICATIE-HULP-MIDDELEN/ TECHNIEKEN	(*Kruis aan wat gedurende de laatste 7 dagen van toepassing is*) Gehoorapparaat, aanwezig en gebruikt a. Gehoorapparaat, aanwezig, maar niet regelmatig gebruikt b. Gebruikt andere communicatietechnieken (bv., liplezen) c. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* d.
3.	MANIEREN VAN ZICH UITEN	(*Kruis aan hoe de patiënt behoeften kenbaar maakt*) Spreken a. Schrijven van een briefje b. Officiële gebarentaal of BRAILLE c. Tekens/gebaren/geluiden d. Communicatiebord e. Anderszins f. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* g.
4.	ZICHZELF DUIDELIJK MAKEN	(*Maakt de inhoud van boodschap duidelijk—hoe dan ook*) 0. *WORDT BEGREPEN* 1. *GEWOONLIJK BEGREPEN*—moeite bij het vinden van woorden of het afmaken van gedachten 2. *SOMS BEGREPEN*—kan alleen concrete verzoeken doen 3. *WORDT ZELDEN OF NOOIT BEGREPEN*
5.	DUIDELIJKHEID VAN SPREKEN	(*Codeer het spreken in de laatste 7 dagen*) 0. *DUIDELIJK SPREKEN*—duidelijke, verstaanbare woorden 1. *ONDUIDELIJK SPREKEN*—slissen, mompelen 2. *SPREEKT NIET*—geen gesproken woorden
6.	VERMOGEN OM ANDEREN TE BEGRIJPEN	(*Begrijpen van verbale informatie—hoe dan ook*) 0. *BEGRIJPT* 1. *BEGRIJPT GEWOONLIJK*—kan een deel of de bedoeling van de boodschap missen 2. BEGRIJPT SOMS—geeft passende reactie op eenvoudige, directe communicatie 3. *BEGRIJPT ZELDEN OF NOOIT*
7.	VERANDERING COMMUNICATIE/ HOREN	Het vermogen van de patiënt zich te uiten, te begrijpen of informatie te horen is vergeleken met **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd

☐ = Indien blanco, vul dan een getal of letter in a. = Indien met letter, kruis dan het antwoord aan dat van toepassing is

Patiënt _____ Identificatienummer _____

SECTIE D. GEZICHTSVERMOGEN

1.	KUNNEN ZIEN	(*Gezichtsvermogen bij voldoende licht, eventueel met bril*) 0. *VOLDOENDE*—ziet details, kan alle letters in kranten en boeken lezen 1. *BEPERKT*—ziet wel grote, maar niet drukletters van normale grootte 2. *MATIG BEPERKT*—beperkt gezichtsvermogen, kan geen krantenkoppen zien, maar kan wel voorwerpen herkennen 3. *STERK BEPERKT*—het is de vraag of voorwerpen worden herkend, maar de ogen lijken wel voorwerpen te volgen 4. *ZEER ERNSTIG BEPERKT*—ziet niets of alleen licht, kleuren of vormen; ogen lijken geen voorwerpen te volgen	
2.	GEZICHTS-BEPERKING/ MOEILIJK-HEDEN	Gezichtsveldproblemen—verminderd perifeer zien (bv., laat voedsel op één helft van dienblad liggen, botst tegen mensen en voorwerpen op, heeft moeite om stoel te vinden bij het gaan zitten)	a.
		Ervaart iets van het volgende: ziet kransen of ringen rond licht-bronnen; lichtflitsen; "waas" voor de ogen	b.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	c.
3.	GEZICHTS-MIDDELEN	Bril; contactlenzen; **vergrootglas** 0. Nee 1. Ja	

SECTIE E. STEMMINGS- EN GEDRAGSPATRONEN

1.	INDICATO-REN VAN DEPRESSIE, ANGST, BEDROEFDE STEMMING	(***Codeer de in de laatste 30 dagen waargenomen aanwijzingen, ongeacht de vermoedelijke oorzaak***) 0. Indicator in de laatste 30 dagen niet vertoond 1. Indicator van dit type tot 5 dagen per week vertoond 2. Indicator dagelijks of bijna dagelijks vertoond (6, 7 dagen per week)	
		VERBALE UITINGEN VAN LIJDEN	
		a. Negatieve uitspraken—bv., "*Het doet er allemaal niet toe; Was ik maar dood; Wat voor zin heeft het; Het spijt me zolang te hebben geleefd; Laat me sterven*"	
		b. Aldoor vragen—bv., "*Waar ga ik heen; Wat doe ik dan?*"	
		c. Aldoor uitroepen—bv., om hulp roepen, ("*God sta me bij*")	
		d. Voortdurend boos zijn op zichzelf of op anderen—bv., zich gemakkelijk ergeren, boos op verblijf in verpleeghuis; boos op de ontvangen zorg	
		e. Zelfverwijt—bv., "*Ik ben niets; Ik ben niemand tot nut*"	
		f. Uitingen van angst die niet reëel lijken—bv., bang om in de steek te worden gelaten, alleen te zijn, samen met anderen te zijn	
		g. Aldoor zeggen dat iets vreselijks gaat gebeuren—bv., denken dat men op het punt staat dood te gaan, een hartaanval heeft	
		h. Steeds maar klagen over gezondheid—bv., alsmaar vragen om de dokter, obsessief bezorgd zijn over lichaamsfuncties	
		i. Steeds maar zorgelijk klagen (niet met gezondheid samenhangend) bv., zoekt aldoor aandacht/geruststelling over dagindeling, maaltijden, de was, kleren, de omgang met anderen	
		SLAAPPROBLEMEN	
		j. Ochtendhumeur	
		k. Slapeloosheid/ verandering in gebruikelijk slaappatroon	
		BEDROEFD, ANGSTIG, APATHISCH UITERLIJK	
		l. Droevig, pijnlijk, zorglijke gelaatsuitdrukking—bv., diepe rimpels	
		m. Huilen, gemakkelijk tranen	
		n. Motorische onrust—bv., ijsberen, handenwringen, rusteloos zijn, friemelen, plukken	
		INTERESSEVERLIES	
		o. Terugtrekken uit activiteiten—bv., geen interesse meer in wat men altijd deed of met familie/vrienden zijn	
		p. Minder omgang	
2.	HARDNEK-KIGE STEMMINGS-STOORNIS	**Een of meer aanwijzingen** van droevige of angstige stemming die **in de laatste 7 dagen niet gemakkelijk door "opvrolijken", troosten of geruststellen waren te veranderen** 0. Geen aan-wijzingen 1. Aanwijzingen, maar makkelijk veranderd 2. Aanwijzingen, niet makkelijk veranderd	
3.	VERANDE-RING STEMMING	De gemoedstoestand van de patiënt is ten opzichte van **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd	
4.	GEDRAGS-SYMPTOMEN	(A) ***De frequentie van het gedragssymptoom in de laatste 7 dagen*** 0. Gedrag kwam in de laatste 7 dagen niet voor 1. Gedrag kwam 1 tot 3 dagen in de laatste 7 dagen voor 2. Gedrag kwam 4 tot 6 dagen voor, maar niet elke dag 3. Gedrag kwam dagelijks voor (B) ***De veranderbaarheid van het gedragssymptoom de laatste 7 dagen*** 0. Gedrag **afwezig** OF gedrag gemakkelijk veranderd 1. Gedrag was niet gemakkelijk te veranderen	(A) (B)
		a. ZWERFGEDRAG (liep doelloos rond, schijnbaar niet bewust van behoeften of van gevaar)	
		b. VERBAAL LASTIGVALLEN (bedreigde anderen, schreeuwde naar ze, vloekte naar ze)	
		c. LICHAMELIJK LASTIGVALLEN (sloeg anderen, duwde, krabde, viel seksueel lastig)	
		d. SOCIAAL ONAANGEPAST/STOREND GEDRAG (maakte storende geluiden, lawaai, gegil, zelfverwonding, vertoonde seksueel gedrag of kleedde zich in het openbaar uit, smeerde/ gooide met eten/feces, hamsterde, snuffelde in andermans spullen)	
		e. VERZET ZICH TEGEN ZORG (weigerde medicijnen/ injecties, hulp bij ADL of bij eten)	

5.	VERANDE-RING GEDRAG	De gedragstoestand van de patiënt is ten opzichte van **90 dagen geleden** (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd	

SECTIE F. PSYCHOSOCIAAL WELBEVINDEN

1.	GEVOEL VAN INITIATIEF/ BETROKKEN-HEID	Op gemak in omgang met anderen	a.
		Op gemak bij geplande of gestructureerde activiteiten	b.
		Op gemak bij zelf-opgezette activiteiten	c.
		Stelt zich eigen doelen	d.
		Zoekt betrokkenheid in instelling (maakt/houdt vrienden; neemt deel aan groepsactiviteiten; nieuwe activiteiten; helpt bij activiteiten van godsdienstige aard	e.
		Neemt uitnodigingen aan voor de meeste groepsactiviteiten	f.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	g.
2.	ONGEMAKKE-LIJKE OMGANG MET ANDEREN	Bedekt/openlijk conflict met of herhaalde kritiek op zorgverleners	a.
		Niet blij met kamergenoot	b.
		Niet blij met andere patiënten dan kamergenoot	c.
		Uit openlijk conflict/boosheid met familie/vrienden	d.
		Geen persoonlijk contact met familie/vrienden	e.
		Recent verlies van naast familielid/vriend	f.
		Past zich niet gemakkelijk aan aan veranderende routines	g.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	h.
3.	VROEGERE ROLLEN	Sterke vereenzelviging met vroegere rollen en status	a.
		Uit droefheid/boosheid/leegte over verloren rollen/status	b.
		Patiënt ervaart de dagelijkse routine (gewoonten, activiteiten) als geheel verschillend van vroeger thuis	c.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d.

SECTIE G. LICHAMELIJK FUNCTIONEREN EN STRUCTURELE PROBLEMEN

1. (A) ZELF-DOEN BIJ ADL—(***Codeer het ZELF-DOEN van de patiënt IN ALLE DIENSTEN gedurende de laatste 7 dagen—Niet het gereedzetten van dingen***)

0. *ZELFSTANDIG*—Geen hulp of toezicht —OF— Hulp/toekijken slechts 1 of 2 keer gedurende de laatste 7 dagen

1. TOEZICHT—Toekijken, aanmoediging of aanwijzingen 3 of meer keer gedurende de laatste 7 dagen —OF— Toezicht (3 of meer keer) plus slechts 1 of 2 keer lichamelijke ondersteuning gedurende de laatste 7 dagen

2. *BEPERKTE HULP*—Patiënt erg betrokken bij activiteit; ontving 3 of meer keer lichamelijke hulp bij het manoeuvreren van ledematen of ontving andere niet-gewichts-ontlastende hulp —OF—Meer hulp slechts 1 of 2 keer gedurende de laatste 7 dagen

3. *UITGEBREIDE HULP*—Terwijl de patiënt een deel van de activiteit zelf uitvoerde, werd de volgende hulp in de laatste 7 dagen 3 of meer keer gegeven:
— Gewichtsontlastende hulp
— Hulp geheel door zorgverleners uitgevoerd, maar niet gedurende alle 7 dagen

4. *TOTAAL AFHANKELIJK*—Geheel door zorgverleners uitgevoerd gedurende 7 dagen

8. *ACTIVITEIT KWAM* gedurende de gehele 7 dagen NIET VOOR

(B) DE GEGEVEN ADL-HULP—(***Codeer de MAXIMAAL GEGEVEN HULP IN ALLE DIENSTEN gedurende de laatste 7 dagen; codeer ongeacht het vastgelegde zelf-doen van de patiënt***)

0. Zonder klaarzetten of lichamelijke hulp door zorgverleners
1. Slechts hulp in de vorm van klaarzetten
2. Lichamelijke hulp door 1 persoon
3. Lichamelijke hulp door 2 of meer personen
8. Activiteit kwam tijdens de gehele 7 dagen niet voor

			(A) ZELF-DOEN	(B) HULP
a.	BEWEEGLIJK-HEID IN BED	Hoe patiënt uit/in de lighouding komt, zich omdraait, en in bed de lichaamshouding aanneemt		
b.	TRANSFER	Hoe de patiënt tussen oppervlakten beweegt—in/uit bed, stoel, rolstoel, staan (NIET in/uit bad/toilet)		
c.	LOPEN IN DE KAMER	Hoe de patiënt van plek naar plek in zijn/haar kamer loopt		
d.	LOPEN OP DE GANG	Hoe de patiënt op de gang van de afdeling loopt		
e.	VERPLAAT-SEN OP AFDELING	Hoe de patiënt zich van plaats tot plaats in zijn/haar kamer en de gang emaast op dezelfde verdieping begeeft. Bij gebruik van rolstoel, hoe zelfstandig daarmee		
f.	VERPLAAT-SEN BUITEN DE AFDELING	Hoe de patiënt zich naar buiten de afdeling begeeft en terugkeert (bv., eet-, activiteiten- of behandelruimten). **Als er maar één verdieping is**, hoe de patiënt dan naar verafgelegen ruimten gaat. Bij gebruik van rolstoel, hoe zelfstandig de patiënt daarmee is		
g.	KLEDEN	Hoe de patiënt alle **uitgaanskledingstukken** aantrekt, dicht-knoopt, uittrekt, inclusief het aan-/uitdoen van een prothese		
h.	ETEN	Hoe de patiënt eet en drinkt (ongeacht vaardigheid). Dit omvat ook het nuttigen van voedsel op ander manieren (bv., sondevoeding, totale parenterale voeding)		
i.	TOILET-GEBRUIK	Hoe de patiënt de toiletruimte (of toiletstoel, pot, urinaal) gebruikt; op/van het toilet komt, doorspoelt, luier wisselt, omgaat met stoma/ catheter, kleren in orde brengt		
j.	PERSOON-LIJKE HYGIENE	Hoe de patiënt de persoonlijke hygiëne handhaaft, inclusief haar-kammen, tanden poetsen, scheren, makeup aanbrengen, gezicht, handen en bilnaad wassen/drogen (NIET baden en douchen)		

Patiënt _____ Identificatienummer _____

2.	BADEN	Hoe de patiënt in bad gaat/doucht, zich afsponst en in/uit bad of douche komt (NIET het wassen van rug en haar.) *Codeer de grootste afhankelijkheid bij het zelf-doen en bij hulp.*		
		(A) De ZELF-DOEN codes hierbij zijn:	(A)	(B)
		0. Zelfstandig—Geen hulp gegeven		
		1. Toezicht—Allen maar toekijk-hulp		
		2. Lichamelijke hulp beperkt tot transfers		
		3. Lichamelijke hulp bij gedeelte van baadactiviteit		
		4. Totale afhankelijkheid		
		8. Activiteit kwam gedurende de gehele 7 dagen niet voor (*Codes voor hulp bij baden, zie item 1, code B*)		
3.	TEST VOOR EVENWICHT (zie Gebruikers-handboek)	(*Codeer voor wat de patiënt in de laatste 7 dagen* kon)		
		0. Handhaafde stand zoals in de test vereist		
		1. Wankelde, maar was in staat om zonder hulp het evenwicht te hervinden		
		2. Gedeeltelijke lichamelijke ondersteuning tijdens test; of gaat staan (zitten) maar niet zoals de test dat verlangt		
		3. Niet in staat om de test te doen zonder lichamelijke hulp		
		a. Evenwicht bij staan		
		b. Evenwicht bij zitten—houding, controle over het bovenlijf		
4.	FUNCTIONELE BEPERKING IN BEWEGINGS-UITSLAG (zie Gebruikers-handboek)	(*Codeer de beperkingen gedurende de laatste 7 dagen die de dagelijkse functies belemmerden of een risico voor verwondingen vormden*)		
		(A) *BEWEGINGSUITSLAG*	(B) *WILLEKEURIGE BEWEGING*	
		0. Geen beperking	0. Geen verlies	
		1. Beperking aan één kant	1. Gedeeltelijk verlies	
		2. Beperking aan beide kanten	2. Volledig verlies	(A) (B)
		a. Nek		
		b. Arm—Inclusief schouder of elleboog		
		c. Hand—Inclusief pols of vingers		
		d. Been—Inclusief heup of knie		
		e. Voet—Inclusief enkel of tenen		
		f. Andere beperking of verlies		
5.	MANIEREN VAN ZICH VERPLAAT-SEN	(*Kruis aan wat gedurende de laatste 7 dagen van toepassing is*)		
		Stok/loophulpmiddel/kruk	a.	Rolstoel belangrijkste manier om zich te verplaatsen d.
		Zelfvoortbewogen rolstoel	b.	
		In rolstoel geduwd	c.	*GEEN VAN BOVENSTAAND* e.
6.	MANIEREN VAN TRANSFER	(*Kruis aan wat gedurende de laatste 7 dagen van toepassing is*)		
		Altijd of meestal in bed	a.	Mechanische getild d.
		Bedhekken voor beweeglijk-heid in bed of bij transfers	b.	Hulpmiddel (bv. glijplank, papegaai, stok, driepoot, tuigje) e.
		Met de hand getild	c.	*GEEN VAN BOVENSTAAND* f.
7.	TAAK-OPDELING	Sommige of alle ADL-activiteiten werden gedurende de laatste 7 dagen in deeltaken opgedeeld zodat de patiënt ze kon uitvoeren 0. Nee 1. Ja		
8.	POTENTIEEL VOOR ADL-REVALIDATIE	Patiënt denkt dat hij/zij is in staat is tot grotere zelfstandigheid in tenminste enkele van de ADL's		a.
		De directe zorgverleners denken dat de patiënt in staat is tot grotere zelfstandigheid in tenminste enkele van de ADL's		b.
		De patiënt kan taken/activiteiten uitvoeren, maar is erg langzaam		c.
		Er is een verschil in Zelf-doen bij ADL of Hulp bij ADL in de ochtend ten opzichte van de avond		d.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE		e.
9.	VERANDE-RING FUNCTIONE-REN BIJ ADL	Het Zelf-doen bij ADL van de patiënt is ten opzichte van 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd		
		0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd		

SECTIE H. CONTINENTIE IN DE LAATSTE 14 DAGEN

1.	CONTINENTIEZELFBEHEERSING CATEGORIEËN (*Codeer het DOEN VAN DE PATIËNT OVER ALLE DIENSTEN HEEN*)			
		0. *CONTINENT*—Volledige beheersing *[inbegrepen het gebruik van een verblijfscatheter of stoma die geen urine of feces lekken]*		
		1. *GEWOONLIJK CONTINENT*—BLAAS, incontinentie-gebeurtenissen een keer per week of minder; DARMEN, minder dan een keer per week		
		2. *AF EN TOE INCONTINENT*—BLAAS, 2 of meer keren per week maar niet dagelijks; DARMEN, een keer per week		
		3. *VAAK INCONTINENT*—BLAAS, neigde naar dagelijkse incontinentie, maar enige beheersing aanwezig (bv., tijdens de dagdienst); DARMEN, 2-3 keer per week		
		4. *INCONTINENT*—Had ontoereikende beheersing BLAAS, dagelijks en veelvuldig; DARMEN, altijd of bijna altijd		
a.	CONTINEN-TIE VAN DE DARMEN	Beheersing over ontlasting, eventueel met hulpmiddel of dankij ontlastingsbeheersing training		
b.	CONTINEN-TIE VAN DE BLAAS	Beheersing over urineblaasfunctie (bij nalekken sijpelt er niets door de onderbroek), eventueel met hulpmidden (bv., foley-catheter) of dankij continentie-training		
2.	STOELGANG	Stoelgang regelmatig—tenminste eenmaal per drie dagen	a.	Diarree c.
				Fecesprop d.
		Verstopping	b.	*GEEN VAN BOVENSTAANDE* e.

3.	HULP-MIDDELEN EN PROGRAM-MA'S	Een toiletroosterschema	a.	Ging niet op toilet/toiletstoel/urinaal	f.
		Opnieuw trainen van de blaas	b.	Gebruikte luiers/slips	g.
		Uitwendig (condoom)catheter	c.	Klysma/blaasspoeling	h.
		Verblijfscatheter	d.	Heeft een stoma	i.
		Intermitterende catheterisatie	e.	*GEEN VAN BOVENSTAANDE*	j.
4.	VERANDE-RING URINE-CONTI-NENTIE	De urine-continentie van de patiënt is ten opzichte van 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd			
		0. Geen verandering 1. Verbeterd 2. Verslechterd			

SECTIE I. DIAGNOSEN VAN ZIEKTEN

Kruis slechts de ziekten aan die verband houden met de huidige toestand **in ADL, cognitie,** stemming en gedrag, medische behandelingen, monitoring van de verpleging, **of sterferisico.** (Geef geen opsomming van niet-actieve diagnosen)

1.	ZIEKTEN	(*Indien géén van toepassing, dan GEEN VAN BOVENSTAAND*)			
		ENDOCRIEN/ METABOLISME/VOEDING		Hemiplegie/Hemiparese	v.
				Multiple sclerose	w.
		Diabetes mellitus	a.	Paraplegie	x.
		Hyperthyreoïdie	b.	Ziekte van Parkinson	y.
		Hypothyreoïdie	c.	Quadriplegie	z.
		HART/BLOEDCIRCULATIE		Toevallen (o.a. epilepsie)	aa.
		Arteriosclerotische hartaandoening (ASHD)	d.	Pasagère cerebrale ischemie	bb.
				Traumatisch hersenletsel	cc.
		Hartritmestoornissen	e.	**PSYCHIATRIE/STEMMING**	
		Decompensatio cordis	f.	Angststoornis	dd.
		Trombose van diepe venen	g.	Depressie	ee.
		Hoge bloeddruk	h.	Manisch depressief	ff.
		Lage bloeddruk	i.	Schizofrenie	gg.
		Perifere vaatziekte	j.	**ADEMHALING**	
		Overige hart- en vaataand.	k.	Astma	hh.
		BEWEGINGSSTELSEL		Emfyseem/COPD	ii.
		Artrose	l.	**ZINTUIGEN**	
		Heupfractuur	m.	Cataracten	jj.
		Mist ledemaat (bv., amputatie)	n.	Diabetes retinopathie	kk.
		Osteoporose	o.	Glaucoom	ll.
		Pathologische botfractuur	p.	Macula degeneratie	mm.
		NEUROLOGIE		**OVERIGE**	
		Ziekte van Alzheimer	q.	Allergieën	nn.
		Afasie	r.	Bloedarmoede	oo.
		Hersenverlamming	s.	Kanker	pp.
		Cerebrovasculair accident (CVA/beroerte)	t.	Nierinsufficiëntie	qq.
				GEEN VAN BOVENSTAAND	rr.
		Dementie anders dan de ziekte van Alzheimer	u.		
2.	INFECTIES	(*Indien géén van toepassing, dan GEEN VAN BOVENSTAAND*)			
		Antibiotica-resistente infectie (bv., Methicilline resistente staphilococcen)	a.	Sepsis	g.
				Seksueel overdraagb. aand.	h.
		Clostridium difficile (c. diff.)	b.	Tuberculose	i.
		Conjunctivitis	c.	Urineweginfectie in de laatste 30 dagen	j.
		HIV-infectie	d.	Virale hepatitis	k.
		Pneumonie	e.	Wondinfectie	l.
		Infectie van de luchtwegen	f.	*GEEN VAN BOVENSTAAND*	m.
3.	ANDERE CURRENTE OF GEDETAIL-LEERDERE DIAGNOSEN EN ICD-9-CM CODES	a. _____			| | | | . | |
		b. _____			| | | | . | |
		c. _____			| | | | . | |
		d. _____			| | | | . | |
		e. _____			| | | | . | |

SECTIE J. GEZONDHEIDSPROBLEMEN

1.	PROBLEMEN	(*Kruis alle problemen van de laatste 7 dagen aan tenzij een ander tijdsbestek is aangegeven*)			
		VOCHTBALANS-INDICATOREN		Duizeligheid/draaierigheid	f.
		Gewichtstoename/verlies van twee of meer kilo binnen 7 dagen	a.	Oedeem	g.
				Koorts	h.
				Hallucinaties	i.
		Kan niet op de rug liggen vanwege kortademigheid	b.	Inwendige bloeding	j.
				Recidiverende longaspiraties in de laatste 90 dagen	k.
		Uitgedroogd; vochtverlies groter dan vochtopname	c.	Kortademigheid	l.
		Onvoldoende vocht; nam NIET alle/bijna alle vocht dat in de laatste 3 dagen werd aangeboden	d.	Syncope (wegrakingen)	m.
				Onstandvastig ter been	n.
				Braken	o.
		ANDERE		*GEEN VAN BOVENSTAAND*	p.
		Wanen	e.		

Patiënt _____ Identificatienummer _____

2.	PIJN-SYMPTOMEN	*(Codeer het hoogst ervaren pijnniveau in de laatste 7 dagen)*	
		a. FREQUENTIE waarmee patiënt over pijn klaagt of tekenen van pijn vertoont 0. Geen pijn (*ga naar J4*) 1. Minder dan dagelijks pijn 2. Dagelijks pijn	b. Pijn-INTENSITEIT 1. Lichte pijn 2. Matige pijn 3. Van tijd tot tijd vreselijke of ondraaglijke pijn
3.	PLAATS VAN DE PIJN	*(Bij pijn kruis dan alle pijnplekken aan van de laatste 7 dagen)*	
		Rugpijn a. Botpijn b. Pijn in de borst terwijl men normale dingen doet c. Hoofdpijn d. Pijn in de heup e.	Pijn vanwege chirurgische wond f. Gewrichtspijn (niet heup) g. Pijn aan zachte weefsels (bv., wond, spier) h. Maagpijn i. Andere pijn j.
4.	ONGE-VALLEN	*(Kruis aan wat van toepassing is)*	
		Viel in de laatste 30 dagen a. Viel in de laatste 31-180 dagen b.	Heupfractuur in de laatste 180 dagen c. Andere fractuur in de laatste 180 dagen d. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* e.
5.	STABILITEIT VAN DE GEZOND-HEIDS-PROBLEMEN	Door problemen/ziekten zijn de cognitie-, ADL-, stemmings- of gedrags-functies onstabiel—(wisselvallig, precair, verergerend) a. Patiënt maakt een acute episode of opleving mee van een terugkerend of chronisch gezondheidsprobleem b. Eindstadiumziekte, 6 maanden of korter te leven c. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* d.	

SECTIE K. TOESTAND VAN MOND/VOEDING

1.	MOND-PROBLEMEN	Kauwprobleem a. Slikprobleem b. Mondpijn c. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* d.	
2.	LENGTE EN GEWICHT	*Noteer (a.) lengte in cm's en (b.) gewicht in kg's. Baseer het gewicht op de meest recente meting in de laatste 30 dagen; meet het gewicht op de standaardwijze—bv., in de ochtend, na de toiletgang, vóór het ontbijt, met schoenen uit, in nachtkleding* a. LEN (cm.) ☐☐☐ b. GEW (kg.) ☐☐☐	
3.	VERANDE-RING IN GEWICHT	a. Gewichtsverlies—5 % or meer in de laatste 30 dagen; of 10 % of meer in de laatste 180 dagen 0. Nee 1. Ja	
		b. Gewichtstoename—5 % or meer in de laatste 30 dagen; of 10 % of meer in de laatste 180 dagen 0. Nee 1. Ja	
4.	EET-PROBLEMEN	Klaagt over de smaak van veel van het voedsel a. Regelmatig of herhaaldelijk klagen over honger b.	Laat bij de meeste maaltijden 25% of meer van eten staan c. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* d.
5.	VOEDINGS-AANPAK	*(Kruis aan wat in de laatste 7 dagen van toepassing is)*	
		Parenterale-/IV-voeding a. Voedingssonde b. Mechanisch bewerkt dieet c. Voeding met spuit (oraal) d. Therapeutisch dieet e.	Voedingssupplement tussen maaltijden f. Vastgezet bord, aangepast bestek, enz. g. Neemt deel aan gewichts-veranderingskuur h. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* i.
6.	PARENTE-RALE OF ENTERALE VOEDSEL-OPNAME	*(Ga naar Sectie L als 5a of 5b beide niet zijn aangekruist)*	
		a. Codeer het aandeel in calorieën dat de patiënt door parenterale- of sondevoedingen in de laatste 7 dagen ontving 0. Geen 3. 51 - 75% 1. 1 - 25% 4. 76 - 100% 2. 26 - 50%	
		b. Codeer de gem. IV- of sonde-vochtopname in de laatste 7 dagen 0. Geen 3. 1001 - 1500 cc/dag 1. 1 - 500 cc/dag 4. 1501 - 2000 cc/dag 2. 501 - 1000 cc/dag 5. 2001 en meer cc/dag	

SECTIE L. TOESTAND VAN DE MOND/GEBIT

1.	TOESTAND EN ZIEKTE-PREVENTIE VAN DE MOND	Brokstukjes (zacht, gemakkelijk te verwijderen) aanwezig in de mond voor het naar bed gaan 's avonds a. Heeft een kunstgebit en/of uitneembare brug b. Enige/alle eigen tanden kwijt—heeft geen of gebruikt geen kunstgebit (of gedeeltelijke gebitsplaten) c. Afgebroken, losse of rotte tanden d. Ontstoken tandvlees; opgezwollen of bloedend tandvlees; abcessen in de mond; zweren of uitslag e. Dagelijks schoonmaken van tanden/kunstgebit—door de patiënt zelf of door zorgverleners f. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* g.	

SECTIE M. CONDITIE VAN DE HUID

			Aantal op stadium
1.	ZWEREN (Waardoor dan ook)	*(Noteer het aantal zweren op elk stadium—ongeacht de oorzaak. Als er geen zweer is, codeer dan "0" (nul). Codeer al wat in de laatste 7 dagen van toepassing is. Code 9 = 9 of meer.) [Een volledig lichamelijk onderzoek is noodzakelijk.]*	
		a. Stadium 1. Een blijvend stuk rode huid (zonder dat de huid kapot is) dat niet verdwijnt wanneer de druk erop is opgeheven.	
		b. Stadium 2. Een gedeeltelijk dikteverlies van de huid dat zich klinisch als een ontvelling, blaar of ondiep gat voordoet	
		c. Stadium 3. De volledige huiddikte is verloren gegaan. De onder-huidse weefsels liggen bloot. Dit doet zich voor als een diep gat met of zonder ondermijning van naastgelegen weefsel	
		d. Stadium 4. De volledige huiddikte en het onderhuids weefsel is verloren gegaan. Spieren en/of bot liggen bloot.	
2.	SOORT ZWEER	*(Voor elke soort zweer, codeer het hoogste stadium in de laatste 7 dagen. Gebruik de schaal van M1—d.w.z., stadia 0 - 4)*	
		a. Decubitus ulcus—wond veroorzaakt door druk resulterend in schade van het onderliggende weefsel	
		b. Ulcus van de venen—open wond die veroorzaakt wordt door een slechte bloedcirculatie met name in de onderbenen	
3.	ZWEREN DIE ZIJN GENEZEN	Patiënt had een zweer die in de LAATSTE 90 DAGEN is verdwenen/genezen 0. Nee 1. Ja	
4.	ANDERE HUID-PROBLEMEN OF KAPOTTE HUID	*(Kruis alle problemen van de laatste 7 dagen aan)*	
		Schrammen, builen a. Brandwonden (tweede- of derdegraads) b. Open wonden, geen zweren, uitslag, snijwonden (bv., kankerwonden) c. Huiduitslag –intertrigo, eczeem, medicijn-, hitte-uitslag, herpes zoster d. Huid ongevoelig voor pijn of druk e. Huidsneetjes (anders dan door operaties) f. Operatiewonden g. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* h.	
5.	HUID-BEHANDE-LINGEN	*(Kruis alle behandelingen van de laatste 7 dagen aan)*	
		Drukontlastingsmiddel(en) voor in de stoel a. Drukontlastingsmiddel(en) voor in bed b. Wisselliggingsprogramma c. Voedings- of vochttoedieningsinterventie voor huidproblemen d. Ulcusverzorging e. Operatiewondverzorging f. Verband (met of zonder plaatselijk toegepaste medicijnen), niet voor de voeten g. Zalf/medicijnen (niet voor de voeten) h. Andere preventieve/beschermende huidzorg (niet voor de voeten) i. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* j.	
6.	VOET-PROBLEMEN EN VOET-VERZOR-GING	*(Kruis aan wat van toepassing is in de laatste 7 dagen)*	
		Patiënt heeft één of meer voetproblemen—bv., likdoorns, eelt, knobbels, hamertenen, overlapping, pijn, slechte structuur a. Voetinfectie—bv., voetschimmel, etteruitscheiding b. Open wonden aan de voet c. Nagels/eelt gedurende de laatste 90 dagen bijgeknipt d. Kreeg preventieve of beschermende voetzorg (bv., gebruikte speciale schoenen, inleggers, kussentjes, teenscheiders) e. Verband (met of zonder plaatselijk toegepaste medicijnen) f. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* g.	

SECTIE N. ACTIVITEITEN VERRICHTINGENPATROON

1.	TIJD DAT DE PATIENT WAKKER IS	*(Kruis de betreffende tijdsperioden over de laatste 7 dagen aan)* Patiënt is bijna altijd wakker (d.w.z. slaapt niet langer dan een uur per dagdeel) in de:	
		Ochtend a. Namiddag b.	Avond c. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* d.
	(Als de patiënt comateus is, ga dan naar Sectie O)		
2.	TIJD GEMID. BETROKKEN BIJ ACTIVI-TEITEN	(Wakker, terwijl men niet wordt behandeld of ADL-zorg ontvangt) 0. Meestentijds—2/3 of meer 2. Weing tijd—minder dan 1/3 1. Enige tijd—1/3 - 2/3 3. Geen tijd	
3.	VOORKEURS-SETTINGS VOOR ACTIVI-TEITEN	*(Kuis alle voorkeurssettings voor activiteiten aan)*	
		Eigen kamer a. Dag-/activiteitenkamer b. In vph/weg van afdel. c.	Buiten de instelling d. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* e.
4.	ALGEMENE VOORKEUR VOOR ACTIVI-TEITEN (afgestemd op de huidige mogelijkheden van de patiënt)	*(Kuis alle voorkeuren aan, ook als de activiteit op dit moment niet voor de patiënt beschikbaar is)*	
		Kaarten/spelletjes a. Handwerk/kunst b. Oefeningen/sport c. Muziek d. Lezen/schrijven e. Geestelijke/godsdien-stige activiteiten f.	Uitstapjes/winkelen g. Wandelen/in rolstoel naar buiten h. TV-kijken i. Tuinieren of verzorgen van planten j. (Gezellig) praten k. Helpen van anderen l. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* m.

Patiënt _____ Identificatienummer _____

5.	WIL GRAAG VERANDERING IN DAGELIJKSE ROUTINE	*Codeer wat de patiënt ten aanzien van de dagelijkse routines graag wil* 0. Geen verandering 1. Geringe verandering 2. Belangrijke verandering	
		a. Soort van activiteiten waar de patiënt momenteel aan meedoet	
		b. Mate waarin de patiënt bij de activiteiten is betrokken	

SECTIE O. MEDICIJNGEBRUIK

1.	AANTAL MEDICIJNEN	(*Noteer het aantal verschillende medicijnen dat in de laatste 7 dagen is gebruikt; noteer "0" als geen enkele is gebruikt*)	
2.	NIEUWE MEDICIJNEN	*Patiënt gebruikt op dit moment medicijnen waarmee in de laatste 90 dagen is begonnen* 0. Nee 1. Ja	
3.	INJECTIES	(*Noteer het aantal DAGEN waarop de patiënt gedurende de laatste 7 dagen injecties ontving; noteer "0" bij geen enkele*)	
4.	DAGEN WAAROP DE VOLGENDE MEDICIJNEN ZIJN ONTVANGEN	(*Noteer het aantal DAGEN in de laatste 7 dagen; vul "0" in bij geen. Voor medicijnen die langer werkzaam zijn dan een week: tel als "1"*)	
		a. Antipsychotica	
		b. Anxiolytica	
		c. Antidepressiva	
		d. Hypnotica	
		e. Diuretica	

SECTIE P. SPECIALE BEHANDELINGEN EN PROCEDURES

1.	SPECIALE BEHANDELINGEN, PROCEDURES EN PROGRAMMA'S	a. SPECIALE ZORG—*Kruis ontvangen behandelingen en programma's aan van de laatste 14 dagen* **[Let op—tel alleen behandelingen van na de opname]**	
		BEHANDELINGEN	
		Chemotherapie	a.
		Dialyse	b.
		IV-medicijnen	c.
		Intake/output-meting	d.
		Monitoring van acuut medisch probleem	e.
		Stomazorg	f.
		Zuurstoftherapie	g.
		Bestraling	h.
		Uitzuigen	i.
		Tracheostomazorg	j.
		Transfusies	k.
		Ventilator of beademapparaat	l.
		PROGRAMMA'S	
		Alcohol & drugs-behandelprogramma	m.
		Verblijf op psychogeriatrische afdeling	n.
		Hospice-zorg	o.
		Verblijf op pediatrie afdeling	p.
		Vakantie-opname	q.
		Training van vaardigheden nodig voor terugkeer naar huis (bv., medicijnen innemen, huiswerk, boodschappen doen, vervoer, ADL's)	r.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	s.
		b. THERAPIEËN - *Leg het aantal dagen en min. vast dat op de laatste 7 kalenderdagen elk van de volgende therapieën meer dan 15 min./dag is gegeven. (Vul "0" in indien niet of bij minder dan 15 min./dag)* **[Let op—tel alleen therapieën van na de opname]**	
		(A) = # dagen gegeven van 15 minuten of langer (B) = totaal # minuten gegeven in de laatste 7 dagen	DAGEN (A) / MINUTEN (B)
		a. Logopedie en audiologie	
		b. Ergotherapie	
		c. Fysiotherapie	
		d. Ademhalingstherapie	
		e. Psychotherapie (door bevoegd therapeut)	
2.	INTERVENTIE-PROGRAMMA'S VOOR STEMMING, GEDRAG, COGNITIEVERLIES	(Kruis alle interventies of strategieën aan, ongeacht waar, die in de laatste 7 dagen zijn ontvangen)	
		Speciaal programma voor de evaluatie van gedragssymptomen	a.
		Evaluatie in de laatste 90 dagen door een bevoegd psychotherapeut	b.
		Groepstherapie	c.
		Patiëntgerichte weloverwogen veranderingen in de omgeving om stemming/gedrag te veranderen—bv., kast geven om in te rommelen	d.
		Heroriëntatie-therapie—bv., bewegwijzeren	e.
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	f.
3.	VERPLEEGKUNDIGE REVALIDATIE/ REACTIVERING	*Leg het AANTAL DAGEN vast dat op de laaste 7 dagen elk van de volgende verpleegkundige revalidatie- of reactiveringstechnieken 15 min./dag of meer is gegeven. (Vul "0" in indien niet of bij minder dan 15 min./dag)*	
		a. Bewegingsuitslag (passief)	
		b. Bewegingsuitslag (actief)	
		c. Hulp bij spalk of tuigje	
		TRAINING EN VAARDIGHEIDSPRAKTIJK IN:	
		d. Bedbeweeglijkheid	
		e. Transfer	
		f. Lopen	
		g. Kleden/zich wassen	
		h. Eten of slikken	
		i. Stomp-/prothesezorg	
		j. Communicatie	
		k. Andere	

4.	MIDDELEN EN MAATREGELEN VOOR LICHAAMSFIXATIE	(*Gebruik de volgende codes voor wat betreft de laatste 7 dagen*:) 0. Niet gebruikt 1. Minder vaak dan dagelijks gebruikt 2. Dagelijks gebruikt	
		Bedhekken	
		a. — Volledige hekken aan alle open kanten van het bed	
		b. — Andere soorten bedhekken (bv., half-hek, aan één kant)	
		c. Bovenlichaamfixatie	
		d. Ledemaatfixatie	
		e. Stoel waaruit de patiënt niet kan opstaan	
5.	VERBLIJF IN ZIEKENHUIS	Leg het aantal keren vast dat de patiënt **in de laatste 90 dagen** (of sinds de laatste beoordeling daarna) tenminste 1 nacht in een ziekenhuis heeft doorgebracht. (*Vul "0" in bij geen opnames*)	
6.	BEZOEK AAN EHBO-KLINIEK	Leg het aantal keren vast dat de patiënt **in de laatste 90 dagen** (of sinds de laatste beoordeling daarna) zonder overnachting de EHBO-kliniek heeft bezocht. (*Vul "0" in bij geen bezoeken*)	
7.	ARTS-VISITES	Op hoeveel dagen in de **LAATSTE 14 DAGEN** (of sinds de opname als dit kortergeleden is) heeft een arts (of bevoegd assistent) de patiënt onderzocht? (*Vul "0" in bij geen*)	
8.	DOKTERS-VOOR-SCHRIFTEN	Op hoeveel dagen in de **LAATSTE 14 DAGEN** (of sinds de opname als dit kortergeleden is) heeft een arts (of bevoegd assistent) de doktersvoorschriften voor de patiënt veranderd? *Tel verlengingen van bestaande recepten niet mee.* (*Vul "0" in bij geen*)	
9.	AFWIJKENDE LABORATORIUM-WAARDEN	Heeft de patiënt gedurende de laatste 90 dagen (of sinds de opname) een uitslag van afwijkende laboratoriumwaarden gehad? 0. Nee **1. Ja**	

SECTIE Q. ONTSLAGMOGELIJKHEID EN ALGEHELE TOESTAND

1.	ONTSLAGMOGELIJKHEID	a. Uit/geeft de patiënt de wens aan voor terugkeer naar huis? 0. Nee 1. Ja	
		b. Heeft de patiënt de steun van iemand die positief staat tegenover ontslag? 0. Nee 1. Ja	
		c. Prognose van kort-verblijf— ontslag **binnen 90 dagen** gepland (omvat niet het sterven voor die datum) 0. Nee 2. Binnen 31 - 90 dagen 1. Binnen 30 dagen 3. Onslag-status onzeker	
2.	ALGEHELE VERANDERING IN ZORGBEHOEFTEN	De algehele zelfredzaamheid van de patiënt is ten opzichte van de toestand van **90 dagen geleden** (of sinds de beoordeling daarna) wezenlijk veranderd 0. Geen verandering 1. Verbeterd—minder ondersteuning, minder hoog zorgniveau nodig 2. Verslechterd—ontvangt meer ondersteuning	

SECTIE R. INFORMATIE OVER DE BEOORDELING

1.	DEELNAME AAN DE BEOORDELING	a. Patiënt: 0. Nee 1. Ja	
		b. Familie: 0. Nee 1. Ja 2. Heeft geen familie	
		c. Belangrijk ander persoon: 0. Nee 1. Ja 2. Geen	
2.	HANDTEKENINGEN VAN HEN DIE DE BEOORDELING HEBBEN UITGEVOERD:		
		a. Handtekening van de beoordeling coördinerende verpleegkundige (teken hierboven)	
		b. Datum van handtekening ☐☐ — ☐☐ — ☐☐☐☐ Dag Maand Jaar	
		c. Andere Handtekeningen Functie Secties Datum	
		d. Datum	
		e. Datum	
		f. Datum	
		g. Datum	
		h. Datum	

BIJLAGE 4 Vragenlijst voor verzorgenden deel 1

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht

VRAGENLIJST VOOR VERZORGENDEN

□-□□-□□-□□

Tot slot zouden wij graag uw mening willen weten en u willen vragen deze vragenlijst in te vullen. Op de vragen zijn geen foute antwoorden mogelijk. Het gaat ons om uw mening en ervaring.

1. Hoe lang werkt u in de ouderenzorg? .....Jaar

2. U bent werkzaam als:

   ☐ Bejaardenverzorgende
   ☐ Ziekenverzorgende
   ☐ Anders, namelijk.....

3. U bent werkzaam op een afdeling die gericht is op?

   ☐ Basiszorg
   ☐ Groepsverzorging, substitutieprojecten, somatiek, psycho-geriatrie
   ☐ Anders, namelijk.....

4. Wat is uw eerste indruk van de MDS (vragenlijst)?

   .....

   .....

   .....

5. Zijn de vragen van de MDS (vragenlijst) begrijpelijk geformuleerd?
   ☐ Ja
   ☐ Nee, onduidelijk waren:

   a .....

   b .....

   c .....

   d .....

6. Ontbreken volgens u vragen in de MDS (vragenlijst) die voor de dagelijkse zorg van de bewoners relevant zijn?

   ☐ Ja, namelijk.....

   .....

   .....

   ☐ Nee

7. Worden in de MDS (vragenlijst) gegevens gevraagd die volgens u overbodig zijn?

☐ Ja, namelijk.....

.....

.....

☐ Nee

8. Zou u de MDS zelfstandig kunnen invullen?

☐ Ja
☐ Ja, na een training
☐ Nee
☐ Weet ik niet

9. Heeft u nog een ideëen of suggesties voor de onderzoekers?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bedankt voor uw medewerking

BIJLAGE 5 Vragenlijst voor verzorgenden deel 2

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht

VRAGENLIJST VOOR VERZORGENDEN

□-□□-□□-□□

Tot slot zouden wij graag uw mening willen weten en u willen vragen deze vragenlijst in te vullen. Op de vragen zijn geen foute antwoorden mogelijk. Het gaat ons om uw mening en ervaring.

1. Hoe lang werkt u in de ouderenzorg? .....Jaar

2. U bent werkzaam als:

   ☐ Bejaardenverzorgende
   ☐ Ziekenverzorgende
   ☐ Anders, namelijk.....

3. U bent werkzaam op een afdeling die gericht is op?

   ☐ Basiszorg
   ☐ Groepsverzorging, substitutieprojecten, somatiek, psycho-geriatrie
   ☐ Anders, namelijk.....

4. Kan de MDS-vragenlijst en het signaleringsplan u helpen bij het opstellen van een zorgplan voor bewoners?

   ☐ Ja, omdat .....

   .....

   ☐ Deels wel, deels niet, omdat.....

   .....

   ☐ Nee, omdat.....

   .....

5. Geeft de MDS-vragenlijst en het signaleringsplan u voldoende gegevens die relevant zijn voor de zorgbehoefte van de bewoners?

   ☐ Ja
   ☐ Nee, omdat.....

   .....

   .....

6. Denkt u dat de MDS-vragenlijst en het signaleringsplan u kunnen ondersteunen in het dagelijkse werk?

☐ Ja
☐ Ja, indien.....

.....

☐ Nee, omdat.....

.....

7. Heeft u nog een ideëen of suggesties voor de onderzoekers?.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bedankt voor uw medewerking

BIJLAGE 6 Voorbeeld probleemsignalering RAI voor verpleeghuiszorg

Rai - Signalering

Delier

Item	Score	Omschrijving
B5e	2	Perioden van lusteloosheid

Cognitief verval/dementie

Item	Score	Omschrijving
B2a	1	Probleem met het korte-termijn geheugen
B2b	1	Probleem met het lange-termijn geheugen
B4	3	Probleem met het nemen van beslissingen

Gezichtsvermogen

Item	Score	Omschrijving
D1	1	Gestoord gezichtsvermogen

ADL-Revalidatie

Item	Score	Omschrijving
B4	3	Probleem met het nemen van beslissingen

Urine-incontinentie/verblijfscatheter

Item	Score	Omschrijving
H1b	3	Vaker dan 2x in de week incontinent
H3g	X	Gebruik van luiers/slips

Psychosociaal welbevinden

Item	Score	Omschrijving
F3b	X	Bedroefd over verloren rollen/status

Stemming

Item	Score	Omschrijving
E1f	1	Uitingen van angst die niet reeel lijken
E1h	2	Steeds maar klagen over gezondheid
E1k	1	Slapeloosheid/verandering in gebr. slaappatroon
E1l	1	Droevige, pijnlijke, zorgelijke gelaatsuitdrukking
E1m	1	Huilen, gemakkelijk tranen
E2	1	Hardnekkige stemmingsstoornis

Valpartijen

Item	Score	Omschrijving
J1f	X	Duizeligheid/draaierigheid

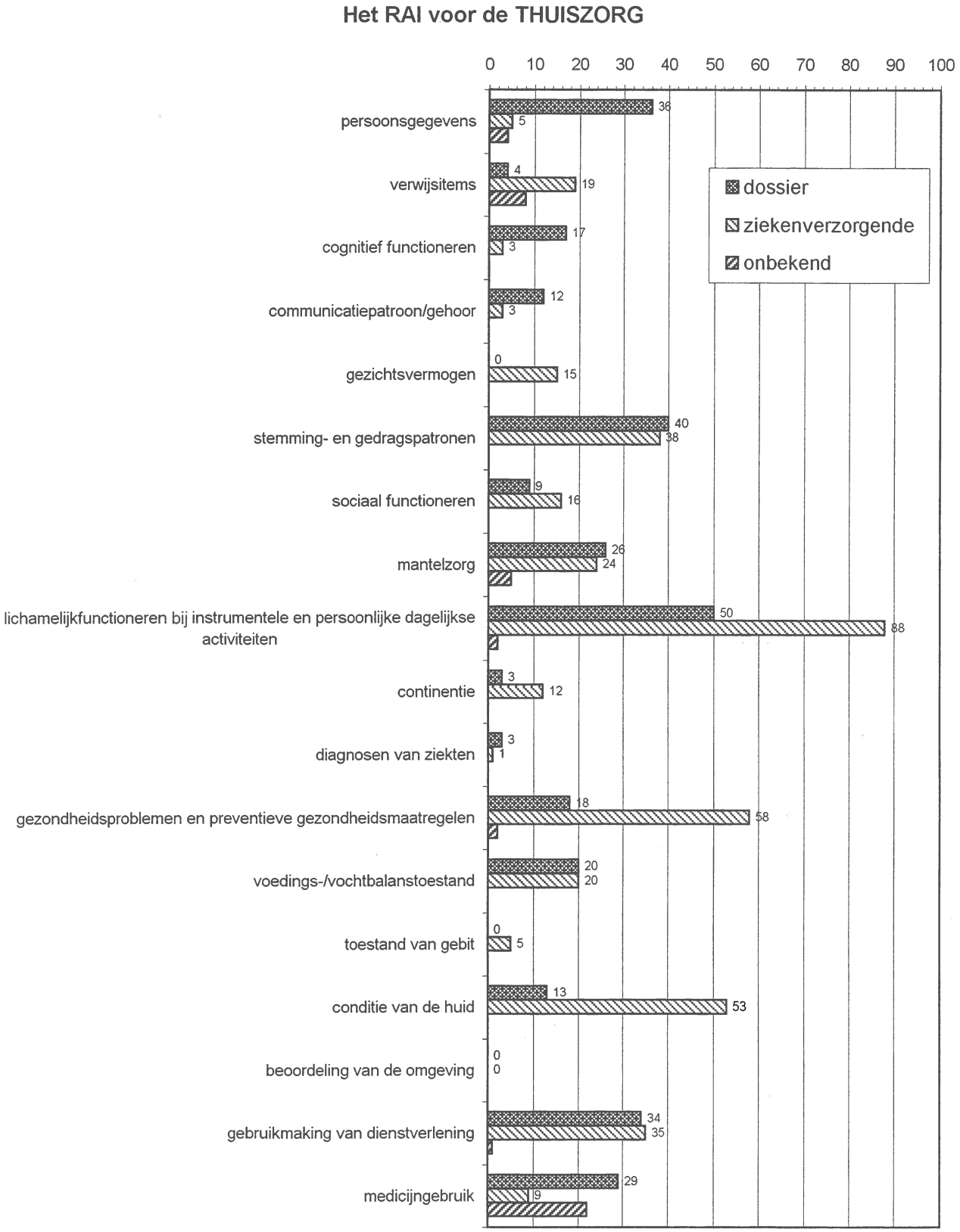
Decubitus

Item	Score	Omschrijving
H1a	2	Incontinentie van de darmen

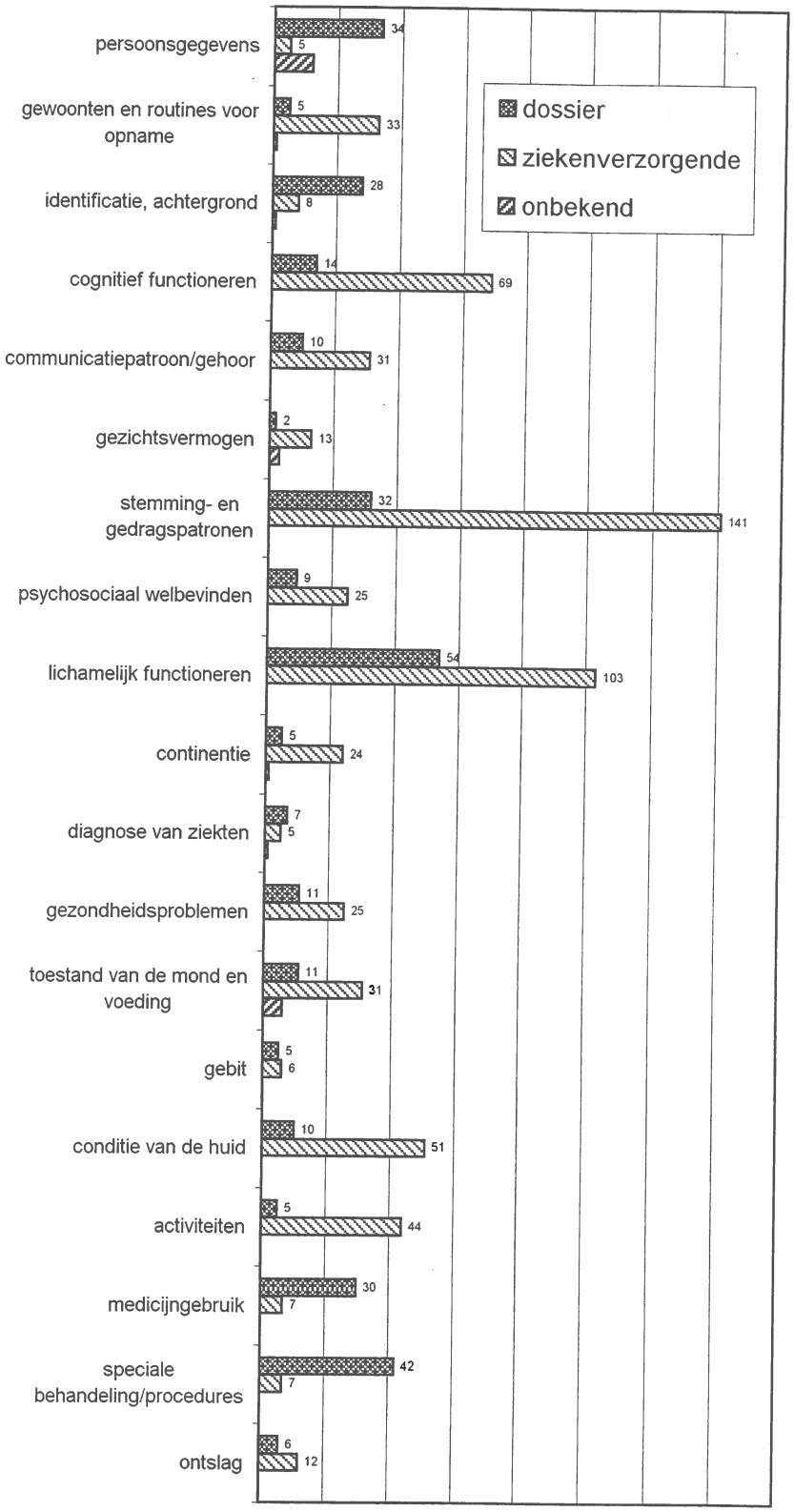
Lichaamsfixatie

Item	Score	Omschrijving
P4e	2	Fixatie van het ledematen

BIJLAGE 7 Voorbeeld overzicht herkomst gegevens



Het RAI voor de VERPLEEGHUISZORG



BIJLAGE 8 Patiëntenbeoordelingsprotocol voedingstoestand

I. PROBLEEM

Normaal ouder worden hoeft niet tot een slechte voedingstoestand te leiden. Zo'n toestand kan vele oorzaken hebben. De aanwezigheid ervan kan op het verergeren van een levensbedreigende ziekte duiden. Het moet altijd worden gezien als een dramatische indicator van het risico voor de patiënt op plotselinge achteruitgang. Een ernstig voedingsprobleem komt echter zelden voor. Deze RAP richt zich op tekenen en symptomen die aangeven dat de patiënt het gevaar loopt op een slechte voedingstoestand. Veel patiënten vertonen geen duidelijke, uiterlijke tekenen van een slechte voedingstoestand. Voorkomen is het doel, en vroege opsporing de sleutel daartoe.

Vroege onderkenning van het probleem kan aanleiding zijn voor een passende en tijdige voedingsinterventie. Voor veel patiënten zijn eenvoudige aanpassingen in het voedingspatroon voldoende. Voor anderen kunnen compensatie of correctie voor problemen met voedselopname noodzakelijk zijn.

Binnen een voedingsprogramma wordt de voedselopname het best tot stand gebracht met voedingen via de mond. Sondevoeding (enteraal) ter voorkoming van een wezenlijk slechte voedingstoestand of gewichtsverlies wordt normaliter beperkt tot patiënten waarvan is aangetoond dat ze via de mond onvoldoende voedsel kunnen consumeren. Parenterale voeding wordt normaliter beperkt tot levensreddende situaties waar zowel voeding via de mond als via een maag-darmsonde niet mogelijk of ontoereikend is om aan de behoefte aan voedingsstoffen te voldoen. Voeding via de mond is duidelijk het meest te verkiezen. Afhankelijk van de aard van het probleem, kunnen patiënten worden aangemoedigd om voedsel met de vingers te eten; kleine hapjes te nemen; de tong te gebruiken om voedsel in de mond van kant naar kant te duwen; te kauwen en elk hapje door te slikken; voedsel te vermijden dat mondpijn veroorzaakt, enzovoort. Er kunnen ook therapeutische programma's worden ontworpen om de behoefte aan aangepast bestek te bekijken die problemen met zuigen, sluiten van de lippen of vastpakken van bestek vermindereb; om de verwarde patiënt een vaste voedingsroutine te helpen behouden; enzovoort.

II. SIGNALERING

Men kan aan een voedingsprobleem denken als één of meer van de volgende situaties worden waargenomen:

- Gewichtsverlies
  [K3a = 1]
- Veranderingen in smaak
  [K4a = aangekruist]
- Laat bij de meeste maaltijden 25% of meer van het eten staan
  [K4c= aangekruist]
- Parenterale/intraveneuze voeding[(a)]
  [K5a = aangekruist]
- Gemalen voedsel
  [K5c= aangekruist]
- Voeding met spuit (oraal)
  [K5d = aangekruist]
- Therapeutisch dieet
  [K5e= aangekruist]
- Decubitus[(b)]
  [M2a= 2, 3, 4]

[(a)] Opmerking: Deze items signaleren ook de RAP voor Uitdroging/vochtbalans.

[(b)] Opmerking: Deze items signaleren ook de RAP voor Decubitus.

III. RICHTLIJNEN

FACTOREN BIJ DE PATIËNT DIE HET CONSUMEREN VAN VOEDSEL WELLICHT BELEMMEREN

Verminderd vermogen om zichzelf te voeden

Een verminderd vermogen zichzelf te voeden kan te wijten zijn aan artrose, contracturen, gedeeltelijk of geheel verlies van actieve armbeweging, hemiplegie of quadriplegie, gezichtsvermogenproblemen, onvermogen om activiteiten van het dagelijkse leven uit te voeren zonder een belangrijke mate van hulp, en coma.

Kauwproblemen

Patiënten met abcessen in de mond, slecht-passende kunstgebitten, tanden die zijn afgebroken, los zitten, rot zijn of ontbreken, of patiënten met gemalen voedsel, kunnen vaak niet genoeg voedsel eten om hun behoefte aan calorieën en andere voedingsbehoeften te dekken. Significant gewichtsverlies kan op zijn beurt slecht-passende kunstgebitten en infecties die tot meer gewichtsverlies leiden, tot gevolg hebben.

Verliezen vanwege diarree of een stoma

Slikproblemen

Slikproblemen ontstaan in verscheidene contexten: het lange-termijn resultaat van chemotherapie, bestralingstherapie of chirurgische ingreep vanwege een maligniteit (inclusief hoofd- en halskanker); angst om te slikken vanwege COPD/emfyseem/astma; beroerte; hemiplegie of quadriplegie; ziekte van Alzheimer of andere vormen van dementie; en de ziekte ALS.

Mogelijk medische oorzaken

Talrijke aandoeningen en ziekten kunnen voor patiënten resulteren in toegenomen vereisten aan voedingsstoffen (calorieën, eiwitten, vitaminen, mineralen, water en vezels). Onder deze bevinden zich kanker en kankertherapieën, ziekte van Parkinson met tremoren, sepsis, longontsteking, buikgriep, koorts, braken, diarree en andere vormen van slechte absorptie, inclusief buitensporig verlies van voedingsstoffen vanwege colostomie, brandblaren, decubitus, COPD/emfyseem/astma, ziekte van Alzheimer met daarmee op terug te voeren op en neer lopen of zwerfgedrag, en een te grote activiteit van de schildklier.

Maligniteit en voedingsconsequenties van chemotherapie, radiotherapie/chirurgie. Bij de patiënt die een remissie- of curatieve therapie ondergaat, is agressieve voedingsondersteuning noodzakelijk om het doel te bereiken; bij de patiënt met ongeneeslijke kanker die palliatieve therapie ondergaat of niet reageert op curatieve therapie, is agressieve voedingsondersteuning medisch vaak ongeschikt.

- Is er goed kennis genomen van de wensen van de patiënt en de familie ten aanzien van een agressieve voedingsondersteuning?

Bloedarmoede (voedingsdeficiëntie, geen slechte voedingstoestand). Een hematocriet van minder dan 41% heeft voor patiënten een voorspellende waarde voor toenemende morbiditeit en mortaliteit.

- Is er sprake van kortademigheid, zwakte, bleekheid van de slijmvliezen en nagelbedden en/of onvolledige groei van de nagels?

COPD vergroot de behoeften aan calorieën en kan bij eten of drinken een complicatie zijn voor grotere angst om te stikken.

Kortademigheid (wat men vaak ziet bij decompensatio cordis, hoge bloeddruk, oedeem en COPD/emfyseem/ astma). Ook dit is een gezondheidsprobleem dat angst voor eten en drinken kan veroorzaken met als gevolg een vermindering van voedselopname.

Verstopping/darmobstructie/pijn kunnen de eetlust in de weg staan.

Door medicijnen teweeggebrachte anorexie veroorzaakt vaak een afgenomen of veranderd vermogen om voedsel te proeven en te ruiken.

Delier

PROBLEMEN DIE VOOR EEN CAUSAAL VERBAND MET DE VOEDINGSTOESTAND MOETEN WORDEN GEËVALUEERD (Causaal verband)

Geestelijke problemen

Een geestelijke handicap, de ziekte van Alzheimer of andere vorm van dementie, depressie, paranoïde angsten dat het voedsel vergiftigd is kunnen alle leiden tot anorexie, resulterend in belangrijke hoeveelheden niet opgegeten voedsel en daaropvolgend gewichtsverlies.

Gedragspatronen en problemen

Patiënten die angstig zijn, op en neer lopen of zwerfgedrag vertonen, zich terugtrekken uit activiteiten, niet kunnen communiceren of weigeren om te communiceren, weigeren vaak te eten of willen slechts een beperkte verscheidenheid en hoeveelheid voedsel. Als dit niet wordt behandeld, kunnen deze gedragsproblemen resulteren in een weigering om te eten tot belangrijk gewichtsverlies en een daaropvolgende slechte voedingstoestand leiden.

- Gebruikt de patiënt voedsel om aandacht van de zorgverleners te krijgen?
- Is de patiënt niet in staat om het belang van eten te begrijpen?

Niet kunnen communiceren

Voor de meeste patiënten heeft het genieten van voedsel en maaltijden een cruciaal effect op de kwaliteit van leven. Geen voorkeur kunnen aangeven voor voedsel en maaltijden kan tot gevolg hebben dat een patiënt slecht eet, gewicht verliest en zich ongelukkig voelt. Een slechte voedingstoestand die te wijten is aan slechte communicatie is gewoonlijk een aanwijzing van een onvoldoende hoog niveau van zorg. Correctie op een vroeg stadium, waar mogelijk, van communicatieproblemen kan daarom een slechte voedingstoestand voorkomen.

- Leent de ruimte waarin de maaltijden worden opgediend zich tot een sociaal samenzijn van de patiënten? Is het een plaats waar sociale communicatie gemakkelijk kan plaatsvinden?
- Is het niet gelukt om het juiste personeel aan te stellen en/of voldoende tijd in te ruimen om de patiënten te voeden of te helpen bij het eten?
- Is het niet gelukt om de behoefte en voorziening van aangepast bestek te onderkennen voor patiënten die met dergelijke ondersteuning geholpen kunnen worden bij zelf eten?
- Kan de patiënt de zorgverleners vertellen dat er een probleem is met het voedsel dat wordt opgediend --bijv., dat de patiënt vindt dat het eten niet smakelijk genoeg is of niet aantrekkelijk genoeg wordt opgediend?

Amputatie

Gewichtsverlies kan aan amputatie te wijten zijn.

BIJLAGE 9 Toelichting bij de Minimum Data Set (MDS) voor verzorgingshuisbewoners

De MDS-verpleeghuiszorg dient als uitgangspunt voor de aangepaste MDS voor verzorgingshuizen.
Voor alle secties geldt dat het begrip 'verpleeghuis' wordt vervangen door 'verzorgingshuis'. Tevens is in alle secties de term 'patiënt' vervangen door 'bewoner'.

Secties

Sectie AA. Identificatie-informatie
Deze sectie is hetzelfde als in de MDS voor verpleeghuiszorg.

Sectie AB. Persoonsgegevens
Vraag 10 in de MDS voor verpleeghuiszorg, 'Ziektebeelden die samenhangen met een geestelijke handicap' is niet opgenomen in de nieuwe MDS. Om de vragenlijst te verkorten is er voor gekozen `geestelijke handicap' toe te voegen aan de lijst van diagnosen van ziekten. Epilepsie wordt al genoemd in de lijst van ziekten onder het kopje 'Neurologie'.
Verzorgenden gaven aan dat de geloofsovertuiging van een bewoner moet worden vermeld. In veel verzorgingshuizen wordt dit ook in het dossier vermeld en wordt hier waarde aan gehecht. Om deze reden is er een vraag met betrekking tot de geloofsovertuiging toegevoegd aan deze sectie.

Sectie AC. Gewoonten routine
Onder het kopje ADL-gewoonten is 'neemt een douche in plaats van een bad' (vraag p) vervangen door 'neemt een bad in plaats van een douche'. Om praktische redenen komt het namelijk vaker voor dat oudere mensen een douche nemen dan een bad. Bij vraag q is 'bad' vervangen door 'douche'.

Sectie A. Identificatie- en achtergrond-informatie
In Item 9 'Verantwoordelijkheid/voogd' kunnen 7 mogelijkheden worden aangekruist. In de nieuwe MDS wordt dit vervangen door de vraag of een bewoner zelf verantwoordelijk is. Het item wordt op deze manier korter en overzichtelijker.

Sectie B. Cognitief functioneren
Vraag 1: 'Comateus' is niet opgenomen in de nieuwe MDS, aangezien er geen comateuze patiënten in verzorgingshuizen worden opgenomen, als bewoners in coma raken zullen zij in de meeste gevallen opgenomen worden in een meer gespecialiseerde instelling (b.v. ziekenhuis, verpleeghuis).

Sectie C. Communicatiepatronen/gehoor
Deze sectie sluit goed aan bij de situatie in verzorgingshuizen en behoeft daarom niet te worden aangepast.

Sectie D. Gezichtsvermogen
Deze sectie sluit goed aan bij de situatie in verzorgingshuizen en behoeft daarom niet te worden aangepast.

Sectie E. Stemming- en gedragspatronen
Bij het invullen van de MDS-en viel op dat een gedeelte van de bewoners in verzorgingshuizen regelmatig achterdochtige uitspraken doet, zoals verzorgenden onterecht

beschuldigen van diefstal. Om die reden is in de aangepaste MDS een vraag opgenomen over achterdocht.
Bij de antwoordmogelijkheid 'Indicator van dit type tot 5 dagen vertoond' is 'tot 5 dagen' vervangen door '1 tot 5 dagen', aangezien dit regelmatig tot onduidelijkheden leidde bij verzorgenden.

Sectie F. Psychosociaal welbevinden
In verzorgingshuizen hebben bewoners hun eigen woning, er is dus geen sprake van kamergenoten. De vraag met betrekking tot kamergenoten in item 2 is dan ook weggelaten.
In verzorgingshuizen wonen regelmatig echtparen. De vraag over openlijk conflict/boosheid met echtgenoot is om die reden aan item 2 toegevoegd.
In de MDS voor de thuiszorg wordt gevraagd naar een eventueel isolement van de bewoner. In verzorgingshuizen zijn veel bewoners gedurende de dag alleen. Van de bewoners waarvoor de MDS voor de thuiszorg is ingevuld is 70,8% tijdens de dag lange perioden of de gehele tijd alleen. Dit item uit de MDS voor de thuiszorg is daarom in de aangepaste MDS opgenomen. In dit item wordt ook gevraagd of de bewoner eenzaam is of niet. Het feit dat een bewoner de hele dag alleen is, wil namelijk niet zeggen dat een bewoner ook eenzaam is.

Sectie G. Lichamelijk functioneren en structurele problemen
Aan deze sectie is item 1 'zelfdoen bij instrumentele dagelijkse activiteiten (IADL)' van de MDS thuiszorg toegevoegd. 'Instrumentele dagelijkse activiteiten' wordt vervangen door 'huishoudelijke dagelijkse activiteiten' (HDL), dit is een bekendere en duidelijkere term.
De warme maaltijdbereiding wordt in bijna alle gevallen standaard door het verzorgingshuis gedaan. Voor de broodmaaltijd zorgt een aanzienlijk gedeelte van de bewoners zelf, daarom is het item 'maaltijdbereiding' vervangen door 'broodmaaltijdbereiding'.
De vraag 'lopen op de afdeling' wordt weggelaten, aangezien er reeds een item 'verplaatsen op de gang' is. Het zou dubbelop zijn om beide te noemen, omdat in verzorgingshuizen een afdeling vaak uit één of twee gangen bestaat.
In item 6 'manieren van transfer' wordt het item 'hoog-laag bed' toegevoegd, aangezien er regelmatig bewoners in verzorgingshuizen zijn die gebruik maken van een hoog-laag bed.
In item 8 wordt gevraagd of de bewoner of de verzorgende denkt dat de bewoner tot grotere zelfstandigheid in staat is. Het tegengestelde komt echter ook voor: bewoners die denken dat ze meer kunnen en doen dan gezien hun gezondheid verantwoord is. De vraag of bewoners teveel doen wordt daarom aan deze sectie toegevoegd.

Sectie H. Mantelzorg
Deze sectie is voor de situatie in verzorgingshuizen erg uitgebreid. Daarom zal deze sectie in de aangepaste MDS in verkorte vorm worden opgenomen. De vraag of de mantelzorger woont bij de bewoner is weggelaten, omdat de meeste bewoners in verzorgingshuizen alleen wonen. Ook de tijd in uren wordt niet gevraagd, aangezien deze vraag praktisch zeer moeilijk te beantwoorden bleek, omdat veel buiten het zicht van de verzorgenden gebeurt. De term IADL is vervangen door de bekendere term HDL.

Sectie I. Continentie in de laatste 14 dagen
Het komt regelmatig voor dat bewoners last hebben van druppelincontinentie. Druppelincontinentie is toegevoegd aan antwoordmogelijkheid 1 'gewoonlijk continent'.

Sectie J. Diagnosen van ziekten
De lijst van ziekten en infecties is in de MDS voor verpleeghuiszorg uitgebreider dan in de MDS voor de thuiszorg. Om die reden is er voor gekozen de lijst van ziekten uit de MDS

voor verpleeghuiszorg in te passen in de MDS voor verzorgingshuizen.
Van de bewoners die deelnamen aan het onderzoek was een gedeelte gediagnosticeerd met reuma. Reuma komt echter niet voor in de lijst met ziekten uit de MDS voor verpleeghuiszorg. Artrose wordt in die lijst wel genoemd. Aangezien artrose en reuma beiden onder de verzamelnaam 'reumatische aandoeningen' vallen is 'artrose' vervangen door 'reumatische aandoening'.

Sectie K. Gezondheidsproblemen
Veel bewoners in verzorgingshuizen lijden aan chronische vermoeidheid. In de MDS-en die bij dit onderzoek zijn gebruikt wordt niet naar chronische vermoeidheid gevraagd. In de MDS voor verzorgingshuizen wordt chronische vermoeidheid toegevoegd aan de sectie `gezondheidsproblemen'.
In de MDS voor de thuiszorg wordt naar alcoholproblemen gevraagd. Problemen door alcoholgebruik werden in dit onderzoek gemeld bij 3 bewoners. Problemen als gevolg van alcoholgebruik komen dus wel voor in verzorgingshuizen en daarom wordt er aan deze sectie een vraag toegevoegd met betrekking tot problematisch alcoholgebruik.
Een gedeelte van de deelnemende instellingen had in het zorgdossier een vraag opgenomen met betrekking tot het ziekte-inzicht van de bewoner. Verzorgingshuizen achten deze informatie van belang voor de zorgverlening. Aangezien de gebruikte MDS-en geen aandacht aan ziekte-inzicht besteden wordt dit aan de MDS voor verzorgingshuizen toegevoegd.

Sectie L. Voeding
Deze heette voorheen 'toestand van mond/voeding'. Sectie L gaat ook over de mond. Dit kan verwarrend zijn bij het invullen van de MDS. Om die reden is er voor gekozen sectie K volledig te richten op het onderwerp `voeding' en de vragen die betrekking hebben op de mond/gebit over te brengen naar sectie L.
Item 1 'mondproblemen' wordt dus weggelaten bij sectie K. Van dit item zijn 'kauw- en slikproblemen' naar item 4 'eetproblemen' overgebracht en 'mondpijn' wordt opgenomen in sectie L.
Verzorgenden gaven aan dat het item 'parenterale of enterale voedselopname' niet van toepassing is op verzorgingshuizen, aangezien dit niet mag worden gegeven in verzorgingshuizen. Het komt echter wel eens voor dat een bewoner parenterale of enterale voeding krijgt, maar verzorgenden mogen dit niet toedienen omdat ze hier niet voor zijn opgeleid. Een ziekenverzorgende of verpleegkundige zal dit dan doen. Het gebeurt nu nog zelden dat een bewoner van een verzorgingshuis parenterale of enterale voeding toegediend krijgt, maar gezien de toenemende complexiteit van de zorg binnen verzorgingshuizen zal dit in de toekomst waarschijnlijk vaker voor komen. Om die reden is er voor gekozen dit onderdeel toch in de MDS voor verzorgingshuizen op te nemen.

Sectie M. Toestand van de mond/gebit
Hier is het item 'mondpijn' van sectie K toegevoegd (zie boven).

Sectie N. Conditie van de huid
Veel ouderen hebben last van smetplekken. In de MDS voor de verpleeghuiszorg viel dit probleem onder de term 'huiduitslag'. In de nieuwe MDS wordt de term 'smetplekken' apart genoemd. Bij het item 'voetproblemen en voetverzorging' is de mogelijkheid 'zalf/medicijnen voor voeten' toegevoegd. Dit wordt namelijk veelal gebruikt bij voetproblemen (bij wondjes, infecties, e.d.).

Sectie O. Activiteiten verrichtingenpatroon
De zin ; "Als de patiënt comateus is, ga dan naar sectie O." is niet opgenomen in de MDS voor verzorgingshuizen, omdat er in principe in verzorgingshuizen geen comateuze patiënten verblijven.
Bij item 4 `algemene voorkeur voor activiteiten' is aan de voorkeur 'muziek' de voorkeur 'zingen' toegevoegd. Zingen is namelijk een vaak voorkomende groepsactiviteit in Nederlandse verzorgingshuizen.

Sectie P. Medicijngebruik
In de MDS voor verzorgingshuizen is een combinatie gemaakt van de secties 'Medicijngebruik' van de MDS voor verpleeghuiszorg en thuiszorg. In de MDS voor verpleeghuiszorg wordt niet gevraagd naar een overzicht van de gebruikte medicatie. Het is echter zinvol om een geautomatiseerde medicijnlijst te hebben die regelmatig wordt bijgewerkt, aangezien handgeschreven overzichten door alle veranderingen die er in aan gebracht worden vaak onduidelijk worden, waardoor het risico ontstaat dat het niet duidelijk is welke medicatie een bewoner behoort te ontvangen. In de MDS voor de thuiszorg wordt wel een overzicht van de gebruikte medicatie gevraagd. De `lijst van alle medicijngebruik' wordt opgenomen in de MDS voor verzorgingshuizen.
Het is ook van belang te weten of een arts het laatste half jaar een overzicht heeft gemaakt van het medicijngebruik van een bewoner. Dit om te voorkomen dat een bewoner onnodig lang bepaalde medicatie gebruikt. Het is ook essentieel om te weten of een bewoner zich aan het medicijngebruik houdt, om zo eventuele problemen op dit gebied te kunnen signaleren. Item 3 `medisch toezicht' en 4 `medicijngebruik discipline' uit de MDS voor de thuiszorg worden verwerkt in de MDS voor verzorgingshuizen.

Sectie Q. Speciale behandelingen en procedures
Bij item 1 onder het kopje 'behandelingen' wordt 'medicatie door injectie' toegevoegd, deze staat wel in de MDS voor de thuiszorg. Tevens wordt het item 'steunkousen' toegevoegd. In geen van beide MDS-en wordt hier naar gevraagd, terwijl veel ouderen met oedemateuze benen/voeten steunkousen dragen.
Bij item 3 `verpleegkundige revalidatie/reactivering' moet voor elk van de genoemde technieken het aantal dagen vastgelegd worden waarop deze gegeven is. Wordt een bepaalde techniek niet toegepast dan dient dus een `0' te worden ingevuld, wat nogal tijdrovend is. In de nieuwe MDS wordt dit aangepast. Men dient in de aangepaste vorm aan te kruisen wat van toepassing is en als laatste wordt de keuzemogelijkheid 'geen van bovenstaande' toegevoegd. Zo is het item sneller in te vullen.
In de MDS voor de thuiszorg is in sectie K `gezondheidsproblemen en preventieve gezondheidsmaatregelen' een item over preventieve gezondheidszorg (bloeddruk gemeten en griepprik of mammografie ontvangen) opgenomen. Aangezien bewoners in verzorgingshuizen deze vormen van preventieve gezondheidszorg niet standaard ontvangen is het zinvol dit te registreren, zeker gezien het feit dat sommige bewoners hun arts soms lange tijd niet zien. Dit item wordt aan de nieuwe MDS toegevoegd. De vraag over borstonderzoek of mammografie wordt niet overgenomen, omdat het in Nederland niet gebruikelijk is dit bij vrouwen boven een bepaalde leeftijd preventief uit te voeren.

Sectie R. Ontslagmogelijkheid en algehele toestand
Ouderen die opgenomen zijn in een verzorgingshuis zullen niet meer terug keren naar de thuissituatie, met uitzondering van de mogelijkheid voor kortdurende opname in een aantal verzorgingshuizen. Als bewoners uit een verzorgingshuis ontslagen worden zal dit naar een andere instelling zijn, zoals een verpleeghuis of een algemeen ziekenhuis. Daarom worden de vragen a en b, over terugkeer naar huis, weggelaten in de MDS voor verzorgingshuizen.

Vraag c wordt aangepast. Hier zal worden gevraagd of een bewoner is aangemeld voor een verpleeghuis, of er een ontslag naar een andere instelling dan een verpleeghuis is gepland, of een eventueel ontslag naar de thuissituatie voor bewoners met een kortdurende opname.

Signaleringssysteem
Het probleemsignaleringssysteem van de MDS voor verpleeghuiszorg zal moeten worden aangepast aan de nieuw ontstane MDS. Voor de items/vragen die zijn overgenomen uit de MDS voor de thuiszorg kunnen de bijbehorende signaleringen overgenomen worden. Bij enkele vragen zijn de antwoordmogelijkheden aangepast. Het probleemsignalerings-systeem zal hiervoor gecorrigeerd moeten worden.
Een aantal vragen is geheel nieuw. Voor deze vragen zullen in overleg met deskundigen op dit gebied signaleringen ontwikkeld moeten worden. Zo kan de vraag met betrekking tot achterdocht bijvoorbeeld signaleren voor de protocollen stemming en problematische gedrag.

De aanbevelingen voor het ontwikkelen van een MDS voor verzorgingshuizen zijn erop gericht de MDS zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de situatie in Nederlandse verzorgingshuizen. Hierbij is geen rekening gehouden met het feit dat het RAI ook als instrument gebruikt wordt om internationaal vergelijkbare gegevens te verzamelen, maar de voorgestelde aanpassingen veranderen de structuur en de opbouw van het RAI niet wezenlijk.

BIJLAGE 10

Minimum Data Set (MDS)
Voor beoordeling en zorgbepaling van verzorgingshuisbewoners

Sectie AA. Identificatie-informatie

1. Naam bewoner: a. Voornaam: _____
   b. Initialen: _____
   c. Achternaam: _____

2. Geslacht: 1. Man 2. Vrouw _____

3. Geboortedatum: _____

4. Zorgverzekeraar en polisnummer
   a. Verzekeraar: _____
   b. Polisnummer: _____

5. Code verzorgingshuis: _____

6. Redenen voor beoordeling

   a. Belangrijkste reden voor beoordeling: _____
      1. Beoordeling bij eerste opname (moet op dag 14 zijn uitgevoerd)
      2. Jaarlijkse beoordeling
      3. Beoordeling vanwege een wezenlijke toestandsverandering
      4. Wezenlijke correctie van een eerdere beoordeling
      5. Kwartaalbeoordeling
      0. *GEEN VAN BOVENSTAANDE*

   b. *Speciale codes voor wanneer om een of ander reden op een afwijkend tijdstip een beoordeling wordt uitgevoerd:* _____
      1. 5-de dag beoordeling
      2. 30-ste dag beoordeling
      3. 60-ste dag beoordeling
      4. Kwartaalbeoordeling met invulling van volledig MDS
      5. Anders

7. HANDTEKENING VAN HEN DIE DEZE ITEMS HEBBEN INGEVULD:

   a. handtekening:_____ functie:_____
   datum:___/___/_____

   b. handtekening:_____ functie:_____
   datum:___/___/_____

Sectie AB. Persoonsgegevens

1. Datum van eerste opname: ___/___/_____

2. Opgenomen vanuit (bij eerste opname): _____
   1. Eigen omgeving zonder thuiszorg
   2. Eigen omgeving met thuiszorg
   3. Verzorgingshuis
   4. Verpleeghuis
   5. Algemeen ziekenhuis
   6. Psychiatrisch ziekenhuis, instelling voor geestelijk gehandicapten
   7. Revalidatiecentrum
   8. Anders

3. Woonde (voor 1e opname) alleen: _____
   0. Nee
   1. Ja
   2. In andere instelling

4. Postcode (voor eerste opname): _____

5. Voorafgaand verblijf in instellingen in de laatste 5 jaar: (aankruisen)

   a. Eerder verblijf in dit verzorgingshuis: _____
   b. Verblijf in een ander verzorgingshuis: _____
   c. Verblijf in andere instelling (Pensiontehuis, verpleeghuis, begeleid wonen, groepstehuis): _____
   d. Psychiatrische zorgsetting: _____
   e. Zorgsetting voor geestelijk gehandicapten: _____
   f. GEEN VAN BOVENSTAANDE: _____

6. Vroegere beroepen: _____

7. Opleiding (hoogst behaalde niveau): _____
   1. Geen scholing
   2. Lagere school/minder
   3. MAVO/HAVO of vergelijkbaar
   4. VWO
   5. MBO
   6. HBO
   7. Universitaire opleiding
   8. Doctorsgraad

8. Taal: _____

   a. Moedertaal: 0. Nederlands
                  1. Andere taal

   b. Indien ander taal, specificeer: _____

9. Geloofsovertuiging: _____

10. Datum van invullen achtergrondinformatie: ____/____/_____

Sectie AC. Gewoonten routine

(in het jaar voorafgaand aan *de datum van eerste opname* in dit verzorgingshuis, of het laatste jaar thuis indien opgenomen vanuit een ander verzorgingshuis)
(Kruis aan.)

DAGRITME

a. Blijft 's avonds laat op (bijv. tot na 9 uur): _____
b. Slaapt regelmatig overdag (tenminste 1 uur): _____
c. Gaat tenminste 1x per week uit: _____
d. Houdt zich bezig met hobby's, lezen of andere vaste dagroutine: _____
e. Is meestal alleen of kijkt meestal televisie: _____
f. Verplaatst zich zelfstandig binnenshuis (evt. met hulpmiddelen): _____
g. Gebruikt tenminste dagelijks tabaksproducten: _____
h. *GEEN VAN BOVENSTAANDE:* _____

EETGEWOONTEN

i. Voorkeur voor bepaald voedsel: _____
j. Eet elke dag of de meeste dagen tussendoor: _____
k. Drinkt minstens 1x per week alcohol: _____
l. *GEEN VAN BOVENSTAANDE:* _____

ADL-GEWOONTEN

m. Loopt een groot deel van de dag in nachtkleding: _____
n. Staat bijna elke nacht op om naar het toilet te gaan: _____
o. Heeft een onregelmatige stoelgang: _____
p. Neemt een bad in plaats van een douche: _____
q. Neemt een douche in de middag of de avond: _____
r. *GEEN VAN BOVENSTAANDE:* _____

BETROKKENHEID

s. Dagelijks contact met familie/vrienden: _____
t. Gaat vaak naar de kerk, moskee, synagoge (enz.): _____
u. Put kracht uit het geloof: _____
v. Huisdier dagelijks gezelschap/aanwezig: _____
w. Neemt deel aan groepsactiviteiten: _____
x. *GEEN VAN BOVENSTAANDE:* _____

ONBEKEND

y. bewoner/familie niet in staat om informatie te geven: _____

Minimum Data Set (MDS)

Voor beoordeling en zorgbepaling van verzorgingshuisbewoners

(Toestand in de laatste 7 dagen, tenzij een ander tijdsbestek is aangegeven)

Sectie A. Identificatie- en achtergrondinformatie

1. Naam bewoner: a. Voornaam: _____
   b. Initialen: _____
   c. Achternaam: _____

2. Kamernummer: _____

3. Beoordelingsreferentiedatum
   a. Einddatum MDS observatieperiode: _____/_____/_____
   b. Oorspronkelijk (0) of zoveelste gecorrigeerd formulier (vul getal in): _____

4. Heropnamedatum (na meest recentelijk ontslag naar ziekenhuis in de laatste 90 dagen, of sinds laatste opnamebeoordeling van minder dan 90 dagen geleden):
   ____/____/_____

5. Burgerlijke staat: _____
   1. Nooit gehuwd
   2. Gehuwd
   3. Verweduwd
   4. Uit elkaar
   5. Gescheiden

6. Bewoner zelf verantwoordelijk: _____
   0. Nee
   1. Ja

7. Afgegeven beschikkingen (Kruis de items aan waar in het medisch dossier iets over staat opgetekend)
   a. Levenstestament: ____
   b. Niet reanimeren: ____
   c. Niet naar ziekenhuis: ____
   d. Donorcodicil: ____
   e. Verzoek om autopsie: ____
   f. Voedingsbeperkingen: ____
   g. Beperkingen bij medicijntoediening: ____
   h. Andere behandelbeperkingen: ____
   i. *GEEN VAN BOVENSTAANDE*: ____

Sectie B. Cognitief functioneren

1. Geheugen/passief (zich herinneren wat vroeger geleerd is of bekend was)
   a. Korte-termijn geheugen – schijnt/lijkt na 5 min. nog te herinneren _____
      0. Geheugen goed
      1. Geheugenprobleem
   b. Lange-termijn geheugen – schijnt/lijkt verre verleden te herinneren _____
      0. Geheugen goed
      1. Geheugenprobleem

2. Geheugen actief (Kruis aan hetgeen de bewoner zich gewoonlijk gedurende de laatste dagen kon herinneren):
   a. Huidig jaargetij: ____
   b. Ligging eigen kamer: ____
   c. Namen/gezichten verz.: ____
   d. Dat hij/zij in een verpleeghuis is: ____
   e. *GEEN VAN BOVENSTAANDE*: ____

3. Cognitieve vaardigheden voor de dagelijkse besluitvorming: _____
   (nam beslissingen over taken van dagelijks leven)
   0. Zelfstandig – beslissingen samenhangend/redelijk
   1. Verminderd zelfstandig – slechts in nieuwe situaties enige moeite
   2. Matig gestoord – slechte beslissingen; aanwijzingen/toezicht nodig
   3. Ernstig gestoord – nam zelden of nooit beslissingen

4. Indicatoren van delier – periodiek gestoord denken/bewustzijn (codeer het gedrag van de laatste 7 dagen)
   0. Gedrag niet aanwezig
   1. Gedrag aanwezig, maar niet recent begonnen
   2. Gedrag aanwezig, bewoner lijkt in de laatste 7 dagen anders te functioneren.

   a. Gemakkelijk afgeleid – (bijvoorbeeld Moeite met aandacht opbrengen; raakt gemakkelijk op dwaalspoor) _____
   b. Waarnemen, bewustzijn van omgeving wisselend – (bijvoorbeeld Beweegt de lippen of praat tegen een niet-aanwezig persoon; denkt ergens anders te zijn; haalt de dag en de nacht door elkaar) _____
   c. Episoden van onsamenhangend praten – (b.v. Spraak mist samenhang, is onzinnig, niet ter zake, of gaat van de hak op de tak; raakt de gedachte-gang kwijt) _____
   d. Perioden van onrust – (bijvoorbeeld Frunniken of krabben aan de huid, aan kleding, servetten, enz.; herhaald bewegingen uitvoeren of schreeuwen) _____
   e. Perioden van lusteloosheid – (bijvoorbeeld Sloom zijn; voor zich uit staren; moeilijk wakker te krijgen; weinig lichaamsbeweging) _____
   f. Geestelijk functioneren wisselt gedurende dag – (bijvoorbeeld Soms beter, soms slechter; gedrag soms wel , soms niet) _____

5. Verandering cognitief functioneren: _____
   De cognitieve toestand, vaardigheden of vermogens van de bewoner zijn ten opzichte van 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd.
   0. Geen verandering
   1. Verbeterd
   2. Verslechterd

Sectie C. Communicatiepatronen/gehoor

1. Horen: _____ (met gehoorapparaat, indien gebruikt)
   0. Hoort naar behoren – normaal gesprek, TV, telefoon
   1. Enigszins moeite – wanneer het niet rustig is
   2. Hoort slechts in speciale omstandigheden – spreker moet toonhoogte aanpassen en duidelijk spreken
   3. Ernstig gestoord – bruikbare gehoorfunctie afwezig

2. Communicatiehulpmiddelen/technieken
(kruis aan wat gedurende de laatste 7 dagen van toepassing is)
a. Gehoorapparaat, aanwezig en gebruikt: ____
b. Gehoorapparaat, aanwezig, maar niet regelmatig gebruikt: ____
c. Gebruikt andere communicatietechnieken (b.v. liplezen): ____
d. *GEEN VAN BOVENSTAANDE*: ____

3. Manieren van zich uiten (kruis aan hoe de bewoner behoeften kenbaar maakt)
a. Spreken: ____
b. Schrijven van een briefje: ____
c. Officiële gebarentaal of braille: ____
d. Tekens/gebaren/geluiden: ____
e. Communicatiebord: ____
f. Anderszins: ____
g. GEEN VAN BOVENSTAANDE: ____

4. Zichzelf duidelijk maken: _____
(maakt de inhoud van een boodschap duidelijk – hoe dan ook)
0. Wordt begrepen
1. Gewoonlijk begrepen – moeite bij het vinden van woorden of het afmaken van gedachten
2. Soms begrepen – kan alleen concrete verzoeken doen
3. Wordt zelden of nooit begrepen

5. Duidelijkheid van spreken: _____ (codeer het spreken in de laatste 7 dagen)
0. Duidelijk spreken – duidelijke, verstaanbare woorden
1. Onduidelijk spreken – slissen, mompelen
2. Spreekt niet – geen gesproken woorden

6. Vermogen om anderen te begrijpen: _____
(begrijpen van verbale informatie – hoe dan ook)
0. Begrijpt
1. Begrijpt gewoonlijk – kan een deel of de bedoeling van een boodschap missen
2. Begrijpt soms – geeft passende reactie op eenvoudige, directe communicatie
3. Begrijpt zelden of nooit

7. Verandering communicatie/horen: _____
Het vermogen van de bewoner zich te uiten, te begrijpen of informatie te horen is vergeleken met *90 dagen geleden* (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd.
0. Geen verandering
1. Verbeterd
2. Verslechterd

Sectie D. Gezichtsvermogen

1. Kunnen zien: _____
(Gezichtsvermogen bij voldoende licht, eventueel met bril)
0. Voldoende – ziet details, kan alle letters in kranten en boeken lezen
1. Beperkt – ziet wel grote, maar niet drukletters van normale grootte
2. Matig beperkt – beperkt gezichtsvermogen, kan geen krantenkoppen zien, maar kan wel voorwerpen herkennen
3. Sterk beperkt – het is de vraag of voorwerpen worden herkend, maar de ogen lijken wel voorwerpen te volgen
4. Zeer ernstig beperkt – ziet niets of alleen licht, kleuren of vormen; ogen lijken alleen voorwerpen te volgen

2. Gezichtsbeperking/moeilijkheden
(kruis aan wat van toepassing is)
   a. Gezichtsveldproblemen – verminderd perifeer zien (bijvoorbeeld Laat voedsel op een helft van dienblad liggen, botst tegen mensen en voorwerpen op): ____
   b. Ervaart iets van het volgende: ziet kransen of ringen rond lichtbronnen; lichtflitsen; "waas" voor de ogen: ____
   c. *GEEN VAN BOVENSTAANDE*: ____

3. Gezichtsmiddelen: _____
   0. Nee
   1. Ja

Sectie E. Stemmings- en gedragspatronen

1. Indicatoren van depressie, angst, bedroefde stemming
(codeer de in de laatste 30 dagen waargenomen aanwijzingen, ongeacht de vermoedelijke oorzaak)
   0. Indicator in de laatste 30 dagen niet vertoond
   1. Indicator van dit type 1 tot 5 dagen per week vertoond
   2. Indicator dagelijks of bijna dagelijks vertoond (6, 7 dagen per week)

VERBALE UITINGEN VAN LIJDEN

a. Negatieve uitspraken – bijvoorbeeld "Het doet er allemaal niet toe; was ik maar dood; wat voor zin heeft het; het spijt me zolang te hebben geleefd" _____
b. Aldoor vragen – bijvoorbeeld "Waar ga ik heen; wat doe ik dan?" _____
c. Aldoor uitroepen – bijvoorbeeld Om hulp roepen ("God sta me bij") _____
d. Voortdurend boos zijn op zichzelf of op anderen – bijvoorbeeld Zich gemakkelijk ergeren; boos op de ontvangen zorg _____
e. Zelfverwijt – bijvoorbeeld "Ik ben niemand tot nut" _____
f. Uitingen van angst die niet reëel lijken – bijvoorbeeld Bang om in de steek te worden gelaten, alleen te zijn, samen met anderen te zijn _____
g. Achterdochtig – bijvoorbeeld Anderen onterecht beschuldigen van diefstal _____
h. Aldoor zeggen dat iets vreselijks gaat gebeuren – bijvoorbeeld Denken dat men op het punt staat dood te gaan, een hartaanval heeft _____
i. Steeds maar klagen over gezondheid – bijvoorbeeld Almaar vragen om de dokter, obsessief bezorgd zijn over lichaamsfuncties _____
j. Steeds maar zorgelijk klagen (niet met gezondheid samenhangend) - bijvoorbeeld Zoekt aldoor aandacht/geruststelling over dagindeling, maaltijden, de was, de omgang met anderen, e.d. _____

SLAAPPROBLEMEN

k. Ochtendhumeur _____
l. Slapeloosheid/verandering in gebruikelijk slaappatroon _____

BEDROEFD, ANGSTIG, APATHISCH UITERLIJK

m. Droevig, pijnlijk, zorgelijke gelaatsuitdrukking – bijvoorbeeld Diepe rimpels _____
n. Huilen, gemakkelijk tranen _____
o. Motorische onrust – b.v. IJsberen, handenwringen, rusteloos zijn, friemelen_____

INTERESSEVERLIES

p. Terugtrekken uit activiteiten – bijvoorbeeld Geen interesse meer in wat men altijd deed of met familie/vrienden zijn _____

q. Minder omgang _____

2. Hardnekkige stemmingsstoornis _____
(één of meer aanwijzingen van droevige of angstige stemming die in de laatste 7 dagen niet gemakkelijk door opvrolijken, troosten of geruststellen waren te veranderen)
0. Geen aanwijzingen
1. Aanwijzingen, maar makkelijk veranderd
2. Aanwijzingen, niet makkelijk veranderd

3. Verandering stemming _____
De gemoedstoestand van de bewoner is ten opzichte van *90 dagen geleden* (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd.
0. Geen verandering
1. Verbeterd
2. Verslechterd

4. Gedragssymptomen _____
(A) De frequentie van het gedragssymptoom in de laatste 7 dagen
0. Gedrag kwam in de laatste 7 dagen niet voor
1. Gedrag kwam 1 tot 3 dagen in de laatste 7 dagen voor
2. Gedrag kwam 4 tot 6 dagen voor, maar niet elke dag
3. Gedrag kwam dagelijks voor

(B) De veranderbaarheid van het gedragssymptoom de laatste 7 dagen
0. Gedrag afwezig OF gedrag gemakkelijk veranderd
1. Gedrag was niet gemakkelijk te veranderen

	(A)	(B)
a. Zwerfgedrag (liep doelloos rond, schijnbaar niet bewust van behoeften of van of van gevaar)	___	___
b. Verbaal lastigvallen (bedreigde anderen, schreeuwde/vloekte naar ze)	___	___
c. Lichamelijk lastig vallen (sloeg anderen, duwde, krabde, viel seksueel lastig)	___	___
d. Sociaal onaangepast/storend gedrag (maakte storende geluiden, lawaai, gegil, zelfverwonding, vertoonde seksueel gedrag of kleedde zich in openbaar uit, enz.)	___	___
e. Verzet zich tegen zorg (weigerde medicijnen/injecties, hulp bij ADL of bij eten)	___	___

5. Verandering gedrag: _____
De gedragstoestand van de bewoner is ten opzichte van *90 dagen geleden* (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd.
0. Geen verandering
1. Verbeterd
2. Verslechterd

Sectie F. Psychosociaal welbevinden

1. Gevoel van initiatief/betrokkenheid (kruis aan)
   a. Op gemak in omgang met anderen ____
   b. Op gemak bij geplande of gestructureerde activiteiten ____
   c. Op gemak bij zelf-opgezette activiteiten ____
   d. Stelt zich eigen doelen ____
   e. Zoekt betrokkenheid in instelling (maakt/houdt vrienden, neemt deel aan activiteiten) ____
   f. Neemt uitnodigingen aan voor de meeste groepsactiviteiten ____
   g. GEEN VAN BOVENSTAANDE ____

2. Ongemakkelijke omgang met anderen (kruis aan)
   a. Bedekt/openlijk conflict met of herhaalde kritiek op zorgverleners ____
   b. Niet blij met medebewoners ____
   c. Niet blij met echtgeno(o)t(e) ____
   d. Uit openlijk conflict/boosheid met familie/vrienden ____
   e. Geen persoonlijk contact met familie/vrienden ____
   f. Recent verlies van naast familielid ____
   g. Past zich niet gemakkelijk aan aan veranderende routines ____
   h. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

3. Vroegere rollen (kruis aan)
   a. Sterke vereenzelviging met vroegere rollen en status ____
   b. Uit droefheid/boosheid/leegte over verloren rollen/status ____
   c. Bewoner ervaart de dagelijkse routine (gewoonten/activiteiten als geheel verschillend van vroeger thuis ____
   d. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

4. Isolement
   a. Tijdsduur dat de bewoner tijdens de dag (morgen en middag) alleen is ____
   0. Nooit of nauwelijks ooit
   1. Ongeveer een uur
   2. Lange perioden – bijvoorbeeld De hele morgen
   3. De gehele tijd

   b. Bewoner zegt of geeft aan dat hij/zij zich eenzaam voelt ____
   0. Nee
   1. Ja

Sectie G. Lichamelijk functioneren en structurele problemen

1. Zelfdoen bij Huishoudelijke Dagelijkse Activiteiten (HDL) (Laatste 7 dagen)
   0. Zelfstandig – deed het geheel alleen
   1. Enige hulp – een deel van de tijd enige hulp
   2. Volledige hulp – voerde het uit met de gehele tijd hulp
   3. Door anderen – door anderen uitgevoerd
   4. Activiteit kwam niet voor

a. Broodmaaltijd bereiding – b.v. Planning, tafel dekken en voedsel opdienen: ____
b. Normale huiswerk – b.v. Afwassen, bed opmaken en schoonmaken: ____
c. Met geld omgaan – Hoe rekeningen worden betaald, huishouduitgaven in balans zijn: ____
d. Medicijnbeheer – b.v. Erom denken ze in te nemen, juiste dosering, injecties, zalven: ____
e. Telefoongebruik – Hoe telefoongesprekken worden gevoerd en ontvangen: ____
f. Boodschappen doen – b.v. Kiezen van dingen, met geld omgaan: ____
g. Vervoer – b.v. Op plekken komt waar bewoner niet te voet kan komen: ____

2. Zelfdoen bij Persoonlijke Dagelijkse Activiteiten (ADL) (Laatste 7 dagen)
   0. Zelfstandig – geen hulp of toezicht –of- hulp/toekijken slechts 1 of 2 keer gedurende de laatste 7 dagen
   1. Toezicht – toekijken, aanmoediging of aanwijzingen 3 of meer keer gedurende de laatste 7 dagen – of – toezicht (3 of meer keer) plus slechts 1 of 2 keer lichamelijke ondersteuning gedurende de laatste 7 dagen
   2. Beperkte hulp – bewoner erg betrokken bij activiteit; ontving 3 of meer keer lichame-lijke hulp bij het manoeuvreren van ledematen of andere niet-gewrichtsontlastende hulp
   3. Uitgebreide hulp – terwijl de bewoner een deel van de activiteit zelf uitvoerde werd de volgende hulp in de laatste 7 dagen 3 of meer keer gegeven:
      - Gewrichtsontlastende hulp – of –
      - Hulp geheel door zorgverleners uitgevoerd, maar niet gedurende alle 7 dagen
   4. Totaal afhankelijk – geheel door zorgverleners uitgevoerd gedurende 7 dagen
   5. Activiteit kwam gedurende de gehele 7 dagen niet voor

a. Beweeglijkheid in bed – hoe bewoner uit/in bed komt, zich omdraait en in bed de lichaamshouding inneemt: ____
b. Transfer – hoe de bewoner tussen oppervlakken beweegt – in/uit bed, stoel, rolstoel, staan (niet in/uit bad/toilet): ____
c. Lopen in de kamer – hoe de bewoner van plek naar plek in zijn/haar kamer loopt: ____
d. Verplaatsen op de afdeling – hoe de bewoner zich van plaats tot plaats in zijn/haar kamer en de gang ernaast op dezelfde verdieping begeeft, bij gebruik van rolstoel, hoe zelfstandig daarmee: ____
e. Verplaatsen buiten de afdeling – hoe de bewoner zich naar buiten de afdeling begeeft en terugkeert, bij gebruik van rolstoel, hoe zelfstandig daarmee: ____
f. Kleden – hoe de bewoner alle uitgaanskledingstukken aantrekt, dicht-knoopt, uittrekt, inclusief het uit-/aandoen van prothese: ____
g. Eten – hoe de bewoner voedsel tot zich neemt, inclusief sondevoedingen en parenterale voeding: ____
h. Toiletgebruik – hoe de bewoner de toiletruimte (of toiletstoel, pot, urinaal) gebruikt; op/van het toilet komt, doorspoelt, luier wisselt, omgaat met stoma/catheter, kleren in orde brengt ____
i. Persoonlijke hygiëne – hoe de bewoner het haar kamt, tanden poetst, scheert, make-up aanbrengt, gezicht, handen en bilnaad wast/afdroogt (niet baden en douchen): ____
j. Baden – hoe de bewoner doucht/in bad gaat, zich afsponst en in/uit bad of douche komt (niet het wassen van rug en haar): ____

3. Test voor evenwicht (wat bewoner laatste 7 dagen kon)
   0. Handhaafde stand zoals in de test vereist
   1. Wankelde, maar was in staat om zonder hulp het evenwicht te hervinden
   2. Gedeeltelijke lichamelijke ondersteuning tijdens test; of gaat staan maar niet zoals de test dat verlangt
   3. Niet in staat de test te doen zonder lichamelijke hulp

   a. Evenwicht bij staan: ____
   b. Evenwicht bij zitten – houding, controle over het bovenlijf: ____

4. Functionele bewegingsbeperking
   (codeer de beperkingen gedurende de laatste 7 dagen die de dagelijkse functies belemmerden of een risico voor verwondingen vormden)

(A) Bewegingsuitslag	(B) Willekeurige beweging
0. Geen beperking	0. Geen verlies
1. Beperking aan één kant	1. Gedeeltelijk verlies
2. Beperking aan beide kanten	2. Volledig verlies

	(A)	(B)
a. Nek	____	____
b. Arm – incl. schouder of elleboog	____	____
c. Hand – incl. hand of vinger	____	____
d. Been – incl. heup of knie	____	____
e. Voet – incl. enkel of tenen	____	____
f. Andere beperking of verlies	____	____

5. Manieren van zich verplaatsten (kruis aan wat laatste 7 dagen van toepassing is)
   a. Stok/rollator/kruk ____
   b. Zelfvoortbewogen rolstoel ____
   c. In rolstoel geduwd ____
   d. Rolstoel belangrijkste manier om zich te verplaatsen ____
   e. *GEEN VAN BOVENSTAAND* ____

6. Manieren van transfer (kruis aan wat gedurende de laatste 7 dagen van toepassing is)
   a. Altijd of meestal in bed ____
   b. Bedhekken voor beweeglijkheid in bed of bij transfers ____
   c. Met de hand getild ____
   d. Mechanisch getild ____
   e. Hulpmiddel (b.v. Glijplank, papegaai) ____
   f. Hoog-/laagbed ____
   g. *GEEN VAN BOVENSTAAND* ____

7. Potentieel voor ADL-revalidatie (kruis aan)
   a. Bewoner denkt dat hij/zij in staat is tot grotere zelfstandigheid ____
   b. De directe zorgverleners denken dat bewoner in staat is tot grotere zelfstandigheid in tenminste enkele van de ADL's ____
   c. De bewoner doet meer dan zijn gezondheidstoestand toelaat ____
   d. De bewoner kan taken/activiteiten uitvoeren, maar is erg langzaam ____
   e. Er is een verschil in Zelf-doen bij ADL of Hulp bij ADL in de ochtend t.o.v. de avond ____
   f. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

8. Taakopdeling
Sommige of alle ADL-activiteiten werden gedurende de laatste 7 dagen in deeltaken opgedeeld zodat de bewoner ze kon uitvoeren _____
0. Nee
1. Ja

9. Verandering functioneren bij ADL
Het Zelf-doen van de bewoner is ten opzichte van *90 dagen geleden* (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd _____
0. Geen verandering
1. Verbeterd
2. Verslechterd

Sectie H. Mantelzorg

1. Twee mantelzorggevers
Primaire (A) en Secundaire (B)

NAAM VAN PRIMAIRE EN SECUNDAIRE MANTELZORGGEVERS
a. _____
b. _____

		(A)	(B)
c. Relatie tot bewoner		____	____
0. (Aangetrouwd) kind	1. Andere verwantschap		
1. Echtgeno(o)t(e)	2. Vriend/buur		
Gebieden van hulp:		0. Ja	1. Nee
d. Advies of emotionele steun		____	____
e. HDL-zorg		____	____
f. ADL-zorg		____	____

2. Status van zorggever
(Kruis alles aan wat van toepassing is)
a. Een zorggever is niet in staat zorgactiviteiten voort te zetten - b.v. achteruitgang gezondheid zorggever maakt doorgaan moeilijk ____
b. Primaire zorggever is ontevreden met de steun die hij/zij van familie en vrienden krijgt - b.v. Andere kinderen van de bewoner ____
c. Primaire zorggever uit gevoelens van lijden, woede of depressie ____
d. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

Sectie I. Continentie in de laatste 14 dagen

1. Continentiezelfbeheersing categorieën
0. Continent – volledige beheersing (inbegrepen het gebruik van een verblijfscatheter of stoma die geen urine of faeces lekken)
1. Gewoonlijk continent – BLAAS, incontinentie-gebeurtenissen een keer per week of minder –of- druppelincontinentie; DARMEN, minder dan een keer per week
2. Af en toe incontinent – BLAAS, 2 of meer keren per week maar niet dagelijks; DARMEN, een keer per week

3. Vaak incontinent – BLAAS, neigde naar dagelijkse incontinentie, maar enige beheersing aanwezig (b.v. Tijdens de dagdienst); DARMEN, 2-3 keer per week
4. Incontinent – had ontoereikende beheersing BLAAS, dagelijks en veelvuldig; DARMEN, altijd of bijna altijd

a. Continentie van de darmen – beheersing over ontlasting, eventueel met hulpmiddel of dankzij ontlastingsbeheersing training: _____
b. Continentie van de blaas – beheersing over urineblaasfunctie (bij nalekken sijpelt er niets door de onderbroek), eventueel met hulpmiddelen (b.v. Foley-catheter) of dankzij continentietraining: _____

2. Stoelgang (kruis aan wat van toepassing is)
   a. Stoelgang regelmatig – tenminste eenmaal per drie dagen ____
   b. Verstopping ____
   c. Diarree ____
   d. Faecesprop ____
   e. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

3. Hulpmiddelen en programma's (kruis aan wat van toepassing is)
   a. Een toiletroosterschema ____
   b. Opnieuw trainen van de blaas ____
   c. Uitwendig (condoom) catheter ____
   d. Verblijfscatheter ____
   e. Intermitterende catheterisatie ____
   f. Ging niet op toilet/toiletstoel/urinaal ____
   g. Gebruikte luiers/slips ____
   h. Klysma/blaasspoeling ____
   i. Heeft een stoma ____
   j. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

4. Verandering urinecontinentie
   De urine-continentie van de bewoner is ten opzichte van *90 dagen geleden* (of sinds de laatste beoordeling daarna) veranderd _____
   0. Geen verandering
   1. Verbeterd
   2. Verslechterd

Sectie J. Diagnosen van ziekten

Kruis slechts de ziekten aan die verband houden met de huidige toestand in ADL, cognitie, stemming en gedrag, medische behandelingen, monitoring van de verpleging of sterfterisico. (Geef geen opsomming van niet-actieve diagnosen)

1. Ziekten (kruis aan wat van toepassing is)

   ENDOCRIEN/METABOLISME/VOEDING
   a. Diabetes mellitus ____
   b. Hyperthyreoïdie ____
   c. Hypothyreoïdie ____

HART/BLOEDCIRCULATIE

d. Arteriosclerotische hartaandoening (ASHD) ____
e. Hartritmestoornissen ____
f. Decompensatio cordis ____
g. Trombose van diepe venen ____
h. Hoge bloeddruk ____
i. Lage bloeddruk ____
j. Perifere vaatziekte ____
k. Overige hart- en vaataand. ____

BEWEGINGSSTELSEL

l. Reumatische aandoeningen ____
m. Heupfractuur ____
n. Mist ledemaat (b.v. Amputatie) ____
o. Osteoporose ____
p. Pathologische botfractuur ____

NEUROLOGIE

q. Ziekte van Alzheimer ____
r. Afasie ____
s. Hersenverlamming ____
t. Cerebrovasculair accident (CVA) ____
u. Dementie anders dan de ziekte van Alzheimer ____
v. Hemiplegie/Hemiparese ____
w. Multiple sclerose ____
x. Paraplegie ____
ii. Ziekte van Parkinson ____
z. Quadriplegie ____
aa. Toevallen (o.a. epilepsie) ____
bb. Pasagere cerebrale ischemie ____
cc. Traumatisch hersenletsel ____

PSYCHIATRIE/STEMMING

dd. Angststoornis ____
ee. Depressie ____
ff. Manisch depressief ____
gg. Schizofrenie ____

ADEMHALING

hh. Astma ____
ii. Emfyseem/COPD ____

ZINTUIGEN

jj. Cataracten ____
kk. Diabetes retinopathie ____
ll. Glaucoom ____
mm. Macula degeneratie ____

OVERIGE

nn. Allergieën ____
oo. Bloedarmoede ____

pp. Kanker ____
qq. Nierinsufficiëntie ____
rr. Geestelijke handicap (b.v. Down-syndroom) ____
ss. *GEEN VAN BOVENSTAAND* ____

2. Infecties (kruis aan wat van toepassing is)
   a. Antibiotica-resistente infectie ____
   b. Clostridium difficile (c. diff.) ____
   c. Conjunctivitis ____
   d. HIV-infectie ____
   e. Pneumonie ____
   f. Infectie van de luchtwegen ____
   g. Sepsis ____
   h. Seksueel overdraagb. aand. ____
   i. Tuberculose ____
   j. Urineweginfectie (in laatste 30 dagen) ____
   k. Virale hepatitis ____
   l. Wondinfectie ____
   m. *GEEN VAN BOVENSTAAND* ____

3. Andere currente of gedetailleerdere diagnosen en ICD-9-CM codes
   a. _____
   b. _____
   c. _____
   d. _____
   e. _____

Sectie K. Gezondheidsproblemen

1. Problemen
   (Kruis alle problemen van de laatste 7 dagen aan tenzij een ander tijdsbestek is aangegeven)

   VOCHTBALANSINDICATOREN
   a. Gewichtstoename/verlies van 2 of meer kilo binnen 7 dagen ____
   b. Kan niet op de rug liggen vanwege kortademigheid ____
   c. Uitgedroogd; vochtverlies groter dan vochtopname ____
   d. Onvoldoende vocht; nam NIET alle vocht dat in de laatste *3 dagen* werd aangeboden ____

   ANDERE
   e. Vermoeidheid ____
   f. Wanen ____
   g. Hallucinaties ____
   h. Duizeligheid/draaierigheid ____
   i. Oedeem ____
   j. Koorts ____
   k. Inwendige bloeding ____
   l. Recidiverende longaspiraties in de *laatste 90 dagen* ____
   m. Kortademigheid ____

n. Syncope (wegrakingen) ____
o. Onstandvastig ter been ____
p. Braken ____
q. Problemen door alcoholgebruik ____
r. *GEEN VAN BOVENSTAAND* ____

2. Heeft bewoner ziekte-inzicht _____
0. Ja
1. Nee

3. Pijnsymptomen
(codeer het hoogst ervaren pijnniveau in de laatste 7 dagen)
a. FREQUENTIE waarmee bewoner over pijn klaagt of tekenen van pijn vertoont _____
0. Geen pijn (ga naar J4)
1. Minder dan dagelijks pijn
2. Dagelijks pijn

b. Pijn-INTENSITEIT _____
0. Lichte pijn
1. Matige pijn
2. Van tijd tot tijd vreselijke of ondraaglijke pijn

4. Plaats van de pijn
(bij pijn kruis dan alle pijnplekken aan van de laatste 7 dagen)
a. Rugpijn ____
b. Botpijn ____
c. Pijn in de borst terwijl men normale dingen doet ____
d. Hoofdpijn ____
e. Pijn in de heup ____
f. Pijn vanwege chirurgische wond ____
g. Gewrichtspijn (niet heup) ____
h. Pijn aan zachte weefsels (b.v. Wond, spier) ____
i. Maagpijn ____
j. Andere pijn ____

5. Ongevallen
(kruis aan wat van toepassing is)
a. Viel in de *laatste 30 dagen* ____
b. Viel in de *laatste 30-180 dagen* ____
c. Heupfractuur in de *laatste 180 dagen* ____
d. Andere fractuur in de *laatste 180 dagen* ____
e. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

6. Stabiliteit van de gezondheidsproblemen
(kruis aan wat van toepassing is)
a. Door problemen zijn de cognitie-, ADL-, stemmings- of gedragsfuncties onstabiel – (wisselvallig, precair, verergerend) ____
b. Bewoner maakt een acute episode of opleving mee van een terugkerend of chronisch gezondheidsprobleem ____
c. Eindstadiumziekte, 6 maanden of korter te leven ____
e. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

Sectie L. Voeding

1. Lengte en Gewicht
   Noteer (a) lengte in cm's en (b) gewicht in kg's. Baseer het gewicht op de meest recente meting in de *laatste 30 dagen*; meet het gewicht op de standaard wijze – b.v. In de ochtend, na de toiletgang, voor het ontbijt, met schoenen uit, in nachtkledij.
   a. Lengte (cm.) _____
   b. Gewicht (kg.) _____

2. Verandering in gewicht
   a. Gewichtsverlies – 5 % of meer in de *laatste 30 dagen*; of 10 % of meer in de *laatste 180 dagen* _____
   0. Nee
   1. Ja

   b. Gewichtstoename – 5 % of meer in de *laatste 30 dagen;* of 10 % of meer in de *laatste 180 dagen* _____
   0. Nee
   1. Ja

3. Eetproblemen (kruis aan wat van toepassing is)
   a. Klaagt over de smaak van het voedsel ____
   b. Regelmatig of herhaaldelijk klagen over honger ____
   c. Laat bij de meeste maaltijden 25% of meer van eten staan ____
   d. Kauwproblemen ____
   e. Slikproblemen ____
   f. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

4. Voedingsaanpak (kruis aan wat in de laatste 7 dagen van toepassing is)
   a. Parenterale-/IV-voeding ____
   b. Voedingssonde ____
   c. Mechanisch bewerkt dieet ____
   d. Voeding met spuit ____
   e. Therapeutisch dieet ____
   f. Voedingssupplement tussen maaltijden ____
   g. Vastgezet bord, aangepast bestek, enz. ____
   h. Neemt deel aan gewichtsveranderingskuur ____
   i. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

5. Parenterale of Enterale voedselopname
   (Ga naar sectie L als 5a of 5b beide niet zijn aangekruist)
   a. Codeer het aandeel in calorieën dat de bewoner door parenterale- of sondevoedingen in de laatste 7 dagen ontving _____
   0. Geen
   1. 1 – 25%
   2. 26 – 50%
   3. 51 – 75%
   4. 76 – 100%

b. Codeer de gem. IV- of sonde-vochtopname in de laatste 7 dagen _____
0. Geen
1. 1 – 500 cc/dag
2. 501 – 1000 cc/dag
3. 1001 – 1500 cc/dag
4. 1501 – 2000 cc/dag
5. 2001 en meer cc/dag

Sectie M. Toestand van de mond/gebit

1. Toestand en ziektepreventie van de mond
(kruis aan wat in de laatste 7 dagen van toepassing is)
   a. Mondpijn ____
   b. Brokstukjes (zacht, gemakkelijk te verwijderen) aanwezig in de mond voor het naar bed gaan 's avonds ____
   c. Heeft een kunstgebit en/of uitneembare brug ____
   d. Enige/alle eigen tanden kwijt – heeft geen of gebruikt geen kunstgebit (of gedeeltelijke gebitsplaten) ____
   e. Afgebroken, losse of rotte tanden ____
   f. Ontstoken tandvlees; opgezwollen of bloedend tandvlees; abcessen in de mond; zweren of uitslag ____
   g. Dagelijks schoonmaken van tanden/kunstgebit –door de bewoner zelf of door zorgverleners ____
   h. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

Sectie N. Conditie van de huid

1. Zweer
(Noteer het aantal zweren op elk stadium – ongeacht de oorzaak. Als er geen zweer is, codeer dan "0". Codeer al wat in de laatste 7 dagen van toepassing is. Code 9 = 9 of meer)
   a. Stadium 1. Een blijvend stuk rode huid (zonder dat de huid kapot is) dat niet verdwijnt als de druk erop is opgeheven ____
   b. Stadium 2. Een gedeeltelijk dikteverlies van de huid dat zich klinisch als een ontvelling, blaar of ondiep gat voordoet ____
   c. Stadium 3. De volledige huiddikte is verloren gegaan. De onderhuidse weefsels liggen bloot. Dit doet zich voor als een diep gat met of zonder ondermijning van naastgelegen weefsel ____
   d. Stadium 4. De volledige huiddikte en het onderhuids weefsel is verloren gegaan. Spieren en/of bot liggen bloot ____

2. Soort zweer
(Voor elke soort zweer, codeer het hoogste stadium in de laatste 7 dagen. Gebruik de schaal van M1 – d.w.z. stadia 1-4)
   a. Decubitus ulcus – wond veroorzaakt door druk resulterend in schade van het onderliggende weefsel ____
   b. Ulcus van de venen – open wond die veroorzaakt wordt door een slechte bloedcirculatie met name in de onderbenen ____

3. Zweren die zijn genezen
Bewoner had een zweer die in de *laatste 90 dagen* is verdwenen/genezen ____
0. Nee
1. Ja

4. Andere huidproblemen of kapotte huid (kruis alle problemen van de laatste 7 dg. aan)
a. Smetplekken ____
b. Schrammen/builen ____
c. Brandwonden (tweede- of derdegraads) ____
d. Open wonden, geen zweren, uitslag, snijwonden (b.v. Kankerwonden) ____
e. Huiduitslag – intertrigo, eczeem, medicijn-, hitte-uitslag, herpes zoster ____
f. Huid ongevoelig voor pijn of druk ____
g. Huidsneetjes (anders dan door operaties) ____
h. Operatiewonden ____
i. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

5. Huidbehandelingen (kruis alle behandelingen van de laatste 7 dagen aan)
a. Drukontlastingsmiddel(en) voor in de stoel ____
b. Drukontlastingsmiddel(en) voor in bed ____
c. Wisselliggingsprogramma ____
d. Voedings- of vochttoedieningsinterventie voor huidproblemen ____
e. Ulcusverzorging ____
f. Operatiewondverzorging ____
g. Verband (met of zonder plaatselijk toegepaste medicijnen), niet voor de voeten ____
h. Zalf/medicijnen (niet voor voeten) ____
i. Andere preventieve/beschermende huidzorg (niet voor voeten) ____
j. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

6. Voetproblemen en voetverzorging (kruis aan wat van toepassing is in de laatste 7 dg.)
a. Bewoner heeft één of meer voetproblemen - b.v. Likdoorns, eelt, knobbels, hamertenen, overlapping, pijn, slechte structuur ____
b. Voetinfectie – b.v. Voetschimmel, etteruitscheiding ____
c. Open wonden aan de voet ____
d. Nagels/eelt gedurende de laatste 90 dagen nog bijgeknipt ____
e. Kreeg preventieve of beschermende voetzorg – b.v. Gebruikte speciale schoenen, inleggers, kussentjes, teenscheiders ____
f. Verband (met of zonder plaatselijk toegepaste medicijnen) ____
g. Zalf/medicijnen voor de voeten ____
h. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

Sectie O. Activiteiten verrichtingen patroon

1. Tijd dat de bewoner wakker is (kruis de betreffende tijdsperioden over de laatste 7 dagen aan)
Bewoner is bijna altijd wakker (d.w.z. slaapt niet langer dan een uur per dagdeel) in de:
a. Ochtend ____
b. Namiddag ____
c. Avond ____
d. GEEN VAN BOVENSTAANDE ____

2. Tijd gemiddeld betrokken bij activiteiten
Wakker terwijl men niet wordt behandeld of ADL-zorg ontvangt _____
0. meestentijds – 2/3 of meer
1. Enige tijd – 1/3 – 2/3
2. Weinig tijd – minder dan 1/3
3. Geen tijd

3. Voorkeurssettings voor activiteiten (kruis alle voorkeurssettings voor activiteiten aan)
a. Eigen kamer ____
b. Dag-/activiteitenkamer ____
c. In verzorgingshuis/weg van afdeling ____
d. Buiten de instelling ____
e. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

4. Algemene voorkeur voor activiteiten (afgestemd op de huidige mogelijkheden van de bewoner) (kruis alle mogelijkheden aan, ook als de activiteit op dit moment niet voor de bewoner beschikbaar is)
a. Kaarten/spelletjes ____
b. Handwerk/kunst ____
c. Oefeningen/sport ____
d. Muziek/zingen ____
e. Lezen/schrijven ____
f. Geestelijke/godsdienstige activiteiten ____
g. Uitstapjes/winkelen ____
h. Wandelen/in rolstoel naar buiten ____
i. TV-kijken ____
j. Tuinieren of verzorgen van planten ____
k. (Gezellig) praten ____
l. Helpen van anderen ____
m. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

5. Wil graag verandering in dagelijkse routine
(Codeer wat de bewoner ten aanzien van de dagelijkse routine graag wil)
0. Geen verandering
1. Geringe verandering
2. Belangrijke verandering

a. Soort van activiteiten waar de bewoner momenteel aan meedoet ____
b. Mate waarin de bewoner bij de activiteiten is betrokken ____

Sectie P. Medicijngebruik

1. Aantal medicijnen
Noteer het aantal verschillende medicijnen dat in de laatste 7 dagen is gebruikt; noteer "0" als geen enkele is gebruikt _____

2. Nieuwe medicijnen
Bewoner gebruikt op dit moment medicijnen waarmee in de *laatste 90 dagen* is begonnen _____
0. Nee
1. Ja

3. Injecties
Noteer het aantal dagen waarop de bewoner gedurende de laatste 7 dagen injecties ontving; noteer "0" bij geen enkele _____

4. Dagen waarop de volgende injecties zijn ontvangen
Noteer het *aantal dagen* in de laatste 7 dagen; vul "0" in bij geen. Voor medicijnen die langer werkzaam zijn dan een week: tel als "1")
a. Antipsychotica _____
b. Anxiolytica _____
c. Antidepressiva _____
d. Hypnotica _____
e. Diuretica _____

5. Medisch toezicht
Arts heeft een overzicht gemaakt van het medicijngebruik van de bewoner in de laatste 180 dagen _____
0. Met tenminste één arts besproken (of geen medicijnen gebruikt)
1. Geen enkele arts maakte een overzicht van alle medicijnen

6. Medicijngebruik discipline
Bewoner hield zich altijd of bijna altijd aan het medicijngebruik als voorgeschreven door arts (zowel tijdens als tussen therapiebezoeken) _____
0. Hield zich er altijd aan
1. Hield zich er 80% of meer van de tijd aan
2. Hield zich er minder dan 80% van de tijd aan
3. *GEEN MEDICIJNEN VOORGESCHREVEN*

7. Lijst van alle medicijngebruik
Lijst van in de laatste 7 dagen gebruikte, voorgeschreven en niet voorgeschreven medicijnen
a. Naam en dosering
b. Vorm – codeer de toedieningsweg en gebruik daarvoor de volgende lijst

1= door de mond (per os)	6= rectaal
2= onder de tong (sub lingua)	7= met een pleister
3= intramusculair	8= inademing
4= intraveneus	9= enterale sonde
5= subcutaan	10= anders

c. Aantal gebruikt
d. Frequentie: Codeer het aantal keren per ddag, week of maand dat het medicijn is toegediend. Gebruik daarbij de volgende lijst:

PR= wanneer nodig	2D= tweemaal daags	4W= 4 keer per week
1H= elk uur	3D= driemaal daags	5W= 5 keer per week
2H= om de 2 uur	4D= viermaal daags	6W= 6 keer per week
3H= om de 3 uur	5D= vijf keer per dag	1M= 1 keer per maand
4H= om de 4 uur	1W= eenmaal per week	2M= tweemaal per maand
6H= om de 6 uur	2W= tweemaal per week	C= continu
8H= om de 8 uur	3W= driemaal per week	A= anders
1D= eenmaal daags	QO= om de andere dag	

a. Naam en dosering	b. Vorm	c. Aantal gebruikt	d. Freq.
a.			
b.			
c.			
d.			
e.			
f.			
g.			
h.			
i.			
j.			
k.			

Sectie Q. Speciale behandelingen en procedures

1. Speciale behandelingen, procedures en programma's

a. SPECIALE ZORG – kruis ontvangen behandelingen en programma's aan van de *laatste 14 dagen*

BEHANDELINGEN

a. Chemotherapie ____
b. Dialyse ____
c. IV-medicijnen ____
d. Intake/output meting ____
e. Monitoring van acuut medisch probleem ____
f. Stomazorg ____
g. Zuurstoftherapie ____
h. Bestraling ____
i. Uitzuigen ____
j. Tracheostomazorg ____
k. Transfusies ____
l. Ventilator of beademapparaat ____
m. Steunkousen ____
n. Medicatie door injectie ____

PROGRAMMA'S

o. Alcohol en drugs behandelprogramma ____
p. Verblijf op psychogeriatrische afdeling ____
q. Hospice-zorg ____
r. Vakantie-opname ____
s. Training van vaardighedennodig voor terugkeer naar huis (b.v. Medicijnen innemen, ADL's, boodschappen doen) ____
t. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

b. THERAPIEËN – leg het aantal dagen en minuten vast dat op de laatste 7 kalenderdagen elk van de volgende therapieën meer dan 15 min./dag is gegeven. (vul "0" in indien niet of bij minder dan 15 min./dag)
(A) = # dagen gegeven van 15 minuten of langer
(B) = totaal # minuten gegeven in de laatste 7 dagen

	Dagen (A)	Minuten (B)
a. Logopedie en audiologie	_____	_____
b. Ergotherapie	_____	_____
c. Fysiotherapie	_____	_____
d. Ademhalingstherapie	_____	_____
e. Psychotherapie	_____	_____

2. Interventieprogramma's voor stemming, gedrag, cognitieverlies
(kruis alle interventies of strategieën aan, ongeacht waar, die in de laatste 7 dagen zijn ontvangen)

a. Speciaal programma voor de evaluatie van gedragssymptomen ____
b. Evaluatie in de *laatste 90 dagen* door een bevoegd psychotherapeut ____
c. Groepstherapie ____
d. Bewonersgerichte weloverwogen veranderingen in de omgeving om stemming/gedrag te veranderen – b.v. Kast geven om in te rommelen ____
e. Heroriëntatie-therapie – b.v. Bewegwijzeren ____
f. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* ____

3. Verpleegkundige revalidatie/reactivering
(kruis aan wat de laatste 7 dagen van toepassing is)

a. Bewegingsuitslag (passief) ____
b. Bewegingsuitslag (actief) ____
c. Hulp bij spalk of tuigje ____

TRAINING EN VAARDIGHEIDSPRAKTIJK IN:

d. Bedbeweeglijkheid ____
e. Transfer ____
f. Lopen ____
g. Kleden/zich wassen ____
h. Eten of slikken ____
i. Stomp-/prothesezorg ____
j. Communicatie ____
k. Andere ____

4. Middelen en maatregelen voor lichaamsfixatie
(kruis aan wat de laatste 7 dagen van toepassing is)

Bedhekken
a. Volledige hekken aan alle open kanten van het bed _____
b. Andere soorten bedhekken (b.v. Half-hek, aan één kant) _____
c. Bovenlichaamfixatie _____
d. Ledemaatfixatie _____
e. Stoel waaruit de bewoner niet kan opstaan _____
f. *GEEN VAN BOVENSTAANDE* _____

5. Verblijf in ziekenhuis
Leg het aantal keren vast dat de bewoner in de *laatste 90 dagen* (of sinds de laatste beoordeling daarna) tenminste 1 nacht in een ziekenhuis heeft doorgebracht. (Vul "0" in bij geen opnames) _____

6. Bezoek aan EHBO-kliniek
Leg het aantal keren vast dat de bewoner *in de laatste 90 dagen* (of sinds de laatste beoordeling daarna) zonder overnachting de EHBO-kliniek heeft bezocht. (Vul "0" in bij geen bezoeken) _____

7. Artsvisites
Op hoeveel dagen in de *laatste 14 dagen* heeft een arts (of bevoegd assistent) de bewoner onderzocht? (Vul "0" in bij geen) _____

8. Doktersvoorschriften
Op hoeveel dagen in de *laatste 14 dagen* heeft een arts (of bevoegd assistent) de doktersvoorschriften van de bewoner veranderd? Tel verlengingen van bestaande recepten niet mee. (Vul "0" in bij geen) _____

9. Afwijkende laboratoriumwaarden
Heeft de bewoner gedurende de *laatste 90 dagen* (of sinds de opname) een uitslag van afwijkende laboratoriumwaarden gehad? _____
0. Nee
1. Ja

10. Preventieve gezondheidszorg (kruis aan wat van toepassing is – in de laatste 2 jaar)
a. Bloeddruk gemeten _____
b. Griepprik gekregen _____

Sectie R. Ontslagmogelijkheid en algehele toestand

1. Bewoner aangemeld voor verpleeghuis _____
0. Nee
1. Ja

2. Prognose van kort-verblijf – ontslag binnen *90 dagen* gepland (naar andere instelling of naar huis) _____
   0. Nee
   1. Binnen 30 dagen
   2. Binnen 30 – 90 dagen
   3. Ontslag-status onzeker

3. Algehele verandering in zorgbehoeften
   De algehele zelfredzaamheid van de bewoner is ten opzichte van de toestand van *90 dagen geleden* (of sinds de beoordeling daarna) wezenlijk veranderd _____
   0. Geen verandering
   1. Verbeterd – minder ondersteuning, minder hoog zorgniveau nodig
   2. Verslechterd – ontvangt meer ondersteuning