

# **ERGOTHERAPIERICHTLIJN**

# **VERMOEIDHEID**

**bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson**



Ernst Evenhuis & Isaline Eyssen

Afdeling Revalidatiegeneeskunde  
VU medisch centrum, Amsterdam

Op de volgende manier kunt u refereren aan de 'Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson':

Evenhuis E, Eyssen ICJM. 2012 Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson. Amsterdam: VUmc afdeling Revalidatiegeneeskunde, sectie Ergotherapie

© 2012, E.Evenhuis, ICJM Eyssen.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of worden openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs of van het VUmc. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk is vermeld.

## INHOUDSOPGAVE

<b>VOORWOORD</b>	<b>6</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>7</b>
<b>DEEL I METHODE &amp; ACHTERGROND</b>	<b>8</b>
<b>1. METHODOLOGIE</b>	<b>8</b>
1.1. Uitgangspunten	8
1.2. Methode voor het opstellen van de richtlijn	8
1.3. Bewijskracht	8
1.4. praktische en theoretische uitgangspunten	10
1.5. Procedure voor herziening	12
1.6. Betrokkenheid en belanghebbenden	12
1.6.1. Auteurs Richtlijn	12
1.6.2. Werkgroep en betrokken experts	12
1.7. Onafhankelijkheid van de opstellers	13
<b>2. DOELSTELLING &amp; DOELGROEP</b>	<b>14</b>
2.1. Doelstelling	14
2.2. Beoogde gebruikers	14
2.3. Doelgroep	14
2.3.1. Inclusiecriteria	14
2.3.2. Duur van de behandeling	15
2.3.3. Verwijs- en/of samenwerkingscriteria	15
2.4. Vermoeidheid	16
2.4.1. Vermoeidheid en MS	16
2.4.2. Vermoeidheid en CVA	16
2.4.3. Vermoeidheid en de ziekte van Parkinson	16
2.4.4. Acute en chronische vermoeidheid	16
2.5. Ergotherapie	17
2.5.1. Gedragsverandering	17
2.5.2. Weerstand	19
2.5.3. Coping	19
2.6. Leerbaarheid - Cognitie	20
2.6.1. Cognitieve stoornissen bij MS	20
2.6.2. Cognitieve stoornissen bij CVA	20
2.6.3. Cognitieve stoornissen bij de ziekte van Parkinson	21
<b>DEEL II: ALGEMEEN</b>	<b>24</b>
<b>3. FRAME(S) OF REFERENCE</b>	<b>24</b>
3.1. Klinisch redeneren	24
3.2. Theoretische kaders	25

<b>DEEL II: DIAGNOSTIEK EN PLAN</b>	<b>27</b>
<b>4. ACTIEPUNT 1: ENTER / INITIATE</b>	<b>27</b>
4.1. Uitgangsvragen	27
4.2. Kennismaking	28
4.3. Assessments vermoeidheid	28
4.3.1. FIS	28
4.3.2. MFIS	29
4.3.3. CIS	30
4.3.4. VAS	31
4.3.5. Overige assessments	32
4.4. Inclusiecriteria	33
<b>5. ACTIEPUNT 2: SET THE STAGE</b>	<b>35</b>
5.1. Uitgangsvragen	35
5.2. Inventariseren handelingsproblemen	36
5.2.1. COPM	36
5.2.2. IPA	37
5.2.3. OPHI-II	37
5.2.4. OSA	39
5.3. Systeembenadering	40
5.3.1. Caregiver Strain Index	40
5.3.2. Caregiver Reaction Assessment	41
5.4. Vaststellen handelingsproblemen	41
5.5. Het selecteren van onderwerpen	41
<b>6. ACTIEPUNT 3: ASSESS/EVALUATE</b>	<b>45</b>
6.1. Uitgangsvragen	45
6.2. Bespreken handelingsproblemen	46
6.3. Bepalen inhoudsmodel	46
6.4. Inventariseren en analyseren van persoonlijke- en handelingsfactoren	47
6.4.1. Activiteitenprofiel	47
6.4.2. Handelingsprofiel	48
6.4.3. Rollenlijst en de rollen- en gewoontelijst	49
6.4.4. Werknemersrol Interview	51
6.4.5. Observatie van activiteiten	52
6.4.5.1. AMPS	52
6.4.5.2. PRPP	53
6.4.5.3. Standaard observatie	54
6.5. Evalueren met de cliënt	54
<b>7. ACTIEPUNT 4: AGREE ON OBJECTIVES AND PLAN</b>	<b>56</b>
7.1. Uitgangsvragen	56
7.2. Ergotherapeutische probleemstelling opstellen	57
7.3. Behandeldoelen opstellen	58
7.3.1. SMART	58
7.3.2. RUMBA	59
7.3.3. GAS	59
7.4. Plan van aanpak opstellen	60
7.4.1. Behandelstrategieën	61

7.4.2. Interventievormen	62
7.4.3. Leerstijlen	63
7.4.4. Aanpakstijlen	64
7.4.5. Behandeling van cliënten met cognitieve stoornissen	65
<b>DEEL II: BEHANDELEN</b>	<b>67</b>
<b>8. ACTIEPUNT 5: IMPLEMENT THE PLAN</b>	<b>67</b>
8.1. Uitgangsvragen	67
8.2. Uitvoering van het plan van aanpak	67
8.2.1. Interventies	67
8.2.1.1. Energy conservation course	67
8.2.1.2. Vermoeidheidsmanagement	68
8.2.1.3. Activiteitenweger	70
8.2.1.4. Koelpak	71
8.2.1.5. Cognitieve gedragstherapie	71
8.2.1.6. Graded activity training	72
<b>9. ACTIEPUNT 6: MONITOR AND MODIFY</b>	<b>74</b>
9.1. Uitgangsvragen	74
9.2. Reflecteren op het plan van aanpak	74
9.3. Aanpassen plan van aanpak	75
<b>DEEL II: EVALUATIE EN AFRONDING</b>	<b>76</b>
<b>10. ACTIEPUNT 7: EVALUATE THE OUTCOME</b>	<b>76</b>
10.1. Uitgangsvragen	76
10.2. Meten van het effect van de behandeling	77
10.3. Evalueren plan van aanpak	78
<b>11. ACTIEPUNT 8: CONCLUDE/EXIT</b>	<b>79</b>
11.1. Uitgangsvragen	79
11.2. Afronden van de behandeling	79
11.3. Follow-up	80
<b>12. VERKLARENDE WOORDENLIJST</b>	<b>81</b>
<b>13. BIJLAGENLIJST</b>	<b>90</b>
BIJLAGE I ZOEKSTRATEGIE	91
BIJLAGE II CPPF	92
BIJLAGE III COPM-E IN RELATIE TOT HET ICF	96
BIJLAGE IV COGNITIEVE STOORNIS EN DE AANDACHTSPUNTEN	97
BIJLAGE V THEORETISCHE KADERS; BASISTHEORIEËN	98

## VOORWOORD

Voor u ligt de 'Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson', in deze richtlijn verder benoemd als 'Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid'.

Opdrachtgever en schrijver voor het ontwikkelen van de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid is de afdeling revalidatiegeneeskunde, sectie ergotherapie van het VU medisch centrum (VUmc) in Amsterdam. Ergotherapie studenten van de HVA en experts van verschillende gezondheidsinstellingen hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze richtlijn (zie hoofdstuk 1.6).

De Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid is geschreven in de mannelijke vorm, maar waar 'hij' staat kan ook 'zij' worden gelezen.

In deze richtlijn komen Engelse benamingen voor. De werkgroep heeft hier bewust voor gekozen omdat er (nog) geen Nederlandse benaming is die de lading van de Engelse benamingen volledig dekt, of omdat de benaming volledig ingeburgerd is in de bestaande vakliteratuur. De uitleg van deze Engelse woorden staat beschreven in de verklarende woordenlijst (hoofdstuk 12).

## INLEIDING

Cliënten met Multiple Sclerose (MS), Cerebrovasculair Accident (CVA) of de ziekte van Parkinson geven aan dat vermoeidheid één van de meest beperkende symptomen is.<sup>1-4</sup>

In het werkveld is geen consensus over de individuele behandeling van cliënten met vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson. Tevens is er onder de ergotherapeuten geen eenduidigheid over hoe deze doelgroep zowel evidence-based als cliëntgericht behandeld moet worden. Evidence-based en cliëntgericht werken spelen binnen de ergotherapie een belangrijke rol.<sup>5</sup> De Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid heeft als doel het bevorderen van een uniforme, eenduidige, evidence-based en cliëntgerichte werkwijze.

De Richtlijn Vermoeidheid sluit zoveel mogelijk aan bij de al bestaande richtlijnen voor de diagnose groepen in deze richtlijn. Het gaat hierbij om de richtlijnen: “Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson”<sup>6</sup>, “Revalidatie na een beroerte”<sup>7</sup> en de “Conceptrichtlijn Diagnostiek, behandeling en functioneren bij Multiple sclerose”<sup>8</sup>.

De Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson bestaat uit 2 delen. In deze richtlijn wordt hiernaar verwezen als:

1. de ‘richtlijn’: De ‘Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson’
2. het ‘werkboek’: Het ‘Werkboek Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson’.

De opbouw van de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid is als volgt:

- I. Deel I beschrijft de doelstelling en de doelgroep voor deze richtlijn, de rol van de ergotherapie de methodologie voor het ontwikkelen en het herzien van deze richtlijn.
- II. Deel II beschrijft de inhoud van de richtlijn: de behandeling. De behandeling bestaat uit verschillende actiepunten die de cliënt en ergotherapeut tijdens de behandeling doorlopen. Elk actiepunt bevat een aantal uitgangsvragen, een samenvatting van relevante literatuur en conclusies en aanbevelingen. De actiepunten zijn weergegeven in een stroomschema.

## LITERATUUR

1. Krupp LB, Alvarez LA, LaRocca NG, Scheinberg LC. Fatigue in multiple sclerosis. Arch Neurol. 1988;45:435-37.
2. Multiple Sclerosis Council for Clinical Practise Guidelines. Fatigue and multiple sclerosis, evidence-based management strategies for fatigue in multiple sclerosis. America; 1998.
3. Van der Werf SP, Van den Broek HLP, Anten HWM, Bleijenberg G. Experience of severe fatigue long after stroke and its relation to depressive symptoms and disease characteristics. Eur Neurol. 2001;45(1):28-33.
4. Friedman JH, Friedman MA. Fatigue in Parkinson's Disease: A Nine-Year Follow-Up. Mov Disord. 2003;16(6):1120-22.
5. Steultjens E, Satink T, Peters E. Ergotherapie en wetenschappelijk onderzoek. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. Grondslagen van de ergotherapie. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 817-50.
6. Sturkenboom I, Thijssen M, Gons-van Eslacker J, et.al. Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson. Utrecht: Lemma; 2008.
7. Heugten van C.M., Franke E.A.M. Revalidatie na een beroerte. Nederlandse Hartstichting. Den Haag, 2001.
8. Nederlandse vereniging voor neurologie Conceptrichtlijn Diagnostiek, behandeling en functioneren bij Multiple sclerose. CBO, Utrecht 2011.

## DEEL I METHODE & ACHTERGROND

### 1. METHODOLOGIE

#### 1.1. UITGANGSPUNTEN

Voor de ontwikkeling van de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- De Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid is 'evidence-based', dat wil zeggen zoveel mogelijk gebaseerd op kennis uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Daar waar geen wetenschappelijk bewijs voor handen is, formuleert de werkgroep op basis van consensus een aanbeveling.
- De ergotherapeut moet praktische handreikingen krijgen voor de behandeling van cliënten met chronische vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson.
- Er wordt uitgegaan van een cliëntgerichte benadering. Aangezien de term cliënt beter past in deze benadering dan de term patiënt, wordt in deze richtlijn gesproken over cliënt.
- Er is gekozen voor de term 'naastbetrokkenen', waarmee zowel de mantelzorger als het 'cliëntstelsel' wordt bedoeld.<sup>1</sup>

#### 1.2. METHODE VOOR HET OPSTELLEN VAN DE RICHTLIJN

In april 2008 heeft het VUmc studenten van de Hogeschool Amsterdam, opleiding ergotherapie benaderd om een eerste concept van de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid te schrijven. In 2011 is dit concept herschreven tot een definitieve richtlijn.

Tijdens het ontwikkelen van de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid is gebruik gemaakt van het procesmodel van de handleiding 'Evidence based Richtlijnontwikkeling' van het 'Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO'.<sup>2</sup> De methodologische kwaliteit van deze richtlijn is getoetst aan de criteria die worden gesteld in het AGREE-instrument.<sup>3</sup>

Om de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid zo goed mogelijk te laten aansluiten bij zowel de cliënt als de ergotherapeut, zijn bij de totstandkoming van de eerste conceptversie door de werkgroep vragenlijsten verspreid en interviews afgenomen bij zowel de cliënten als bij de ergotherapeuten. Deze vragenlijsten hadden betrekking op ervaren knelpunten, huidige werkwijze en behoeften.

De Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid is zoveel mogelijk gebaseerd op het best beschikbare bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek dat op systematische wijze is verzameld (zie bijlage I Zoekstrategie). De geselecteerde artikelen zijn gegradeerd met behulp van de 'critical review forms – qualitative studies'<sup>4</sup> of de 'critical review form - quantitative studies'.<sup>5</sup>

#### 1.3. BEWIJSKRACHT

In navolging van de handleiding 'Evidence based Richtlijnontwikkeling' van het 'Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO' is gekozen voor vier niveaus van bewijskracht.<sup>2</sup> Tabel 1.1 en 1.2 bevatten de bewijskrachtniveaus voor respectievelijk diagnostische studies en interventie studies.



Tabel 1.1: Indeling van onderzoeksresultaten naar mate van bewijskracht voor diagnostisch accuratesse onderzoek<sup>2</sup>

A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.
A2	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en met een onafhankelijke beoordeling van de resultaten van de diagnostische test en van de gouden standaard, bij een voldoende grote serie van opeenvolgende cliënten die alleen de index- en referentietest hebben gehad.
B	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd.
C	Niet vergelijkend onderzoek.
D	Mening van deskundigen.

Tabel 1.2: Indeling van onderzoeksresultaten naar mate van bewijskracht voor interventiestudies<sup>2</sup>

A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook cliënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek).
C	Niet vergelijkend onderzoek.
D	Mening van deskundigen.

Op basis van het aantal onderzoeken en de mate van bewijs daarvan wordt een niveau van bewijskracht toegekend aan de conclusie (zie tabel 1.3: Niveaus van bewijskracht). Bij alle conclusies in de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid wordt dit niveau van bewijskracht vermeld.

Tabel 1.3: Niveaus van bewijskracht<sup>2</sup>

Niveau	Conclusie gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2.
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B.
3	1 onderzoek van niveau B of C.
4	Mening van deskundigen.

Bij de conclusies en aanbevelingen in deze richtlijn is de schrijfwijze van het 'Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO' aangehouden. Dit is weergegeven in tabel 1.4 en 1.5.

Tabel 1.4: Schrijfwijze conclusies op basis van het niveau van bewijskracht<sup>2</sup>

Niveau	Schrijfwijze conclusie
1	Het is aangetoond dat...
2	Het is aannemelijk/waarschijnlijk dat ...
3	Er zijn aanwijzingen/het lijkt waarschijnlijk dat...
4	Experts zijn / de werkgroep is van mening dat...

Tabel 1.5: Schrijfwijze aanbeveling op basis van het niveau van bewijskracht<sup>2</sup>

Sterkte van aanbeveling	Schrijfwijze aanbeveling
Sterk	<u>Positieve aanbeveling:</u> Sterk aan te bevelen / dient / moet / is eerste keuze / is geïndiceerd / is vereist / is de standaard / wordt als standaard beschouwd  <u>Negatieve aanbeveling:</u> Sterk te ontraden / dient niet / moet niet / is geen keuze / is contraïndicatie
Matig sterk	<u>Positieve aanbeveling:</u> Aan te bevelen / adviseren / heeft de voorkeur/ streven naar / verdient aanbeveling  <u>Negatieve aanbeveling:</u> Niet aan te bevelen / wordt ontraden / verdient geen aanbeveling
Zwak	<u>Positieve aanbeveling:</u> Te overwegen / is een optie / kan / er is mogelijk plaats / kan zinvol zijn  <u>Negatieve aanbeveling:</u> Is wellicht geen plaats / lijkt niet zinvol / is terughoudendheid geboden
Geen	Kan geen advies of aanbeveling worden gegeven / niet mogelijk een keuze te maken / er is geen voorkeur uit te spreken

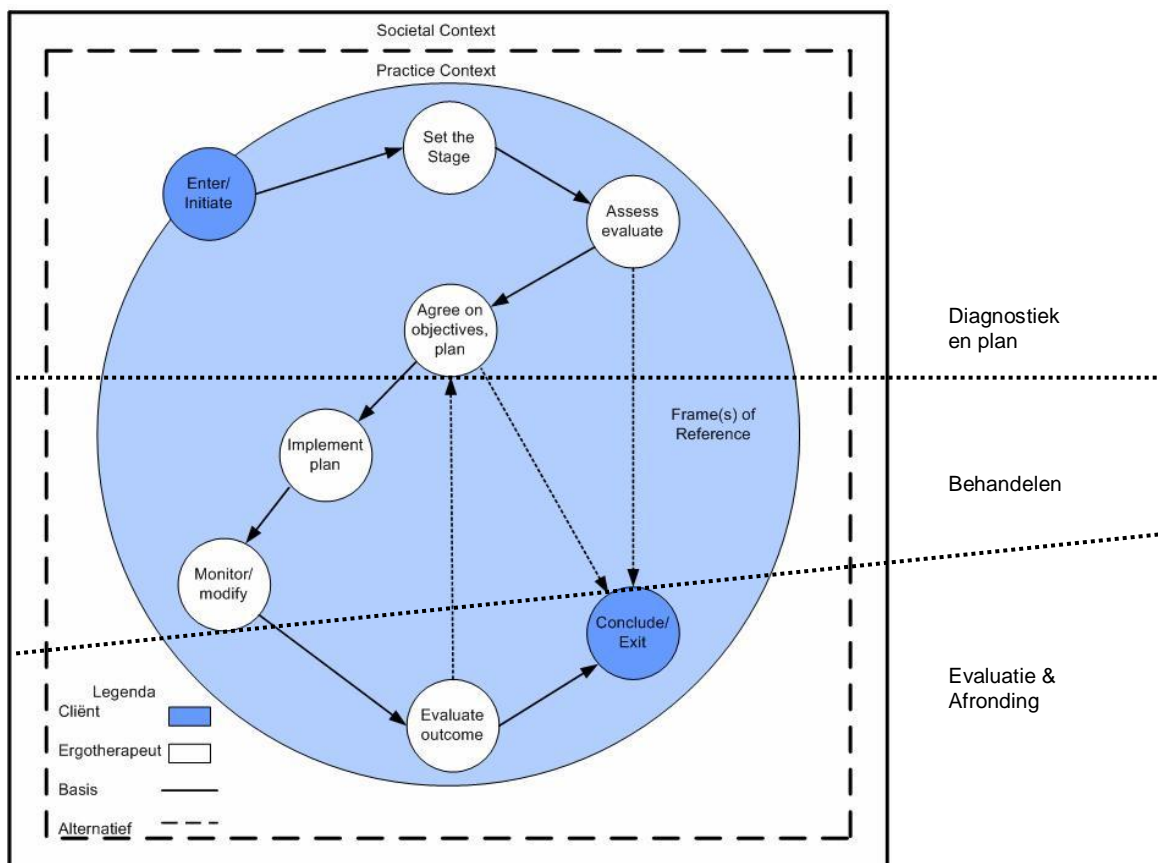
#### 1.4. PRAKTISCHE EN THEORETISCHE UITGANGSPUNTEN

De richtlijn is verdeeld in de volgende onderdelen:

- 1) Algemeen / overkoepelend deel
- 2) Ergotherapeutische diagnostiek en plan
- 3) Behandeling / Interventies
- 4) Evaluatie en afronding.

Als uitgangspunt en leidraad binnen de ergotherapeutische behandeling is bij deze richtlijn gekozen voor het gebruik van een cliëntgericht procesmodel dat bruikbaar lijkt binnen verschillende instellingen, samenwerkingsverbanden en bij verschillende ziektebeelden: het Canadian Practice Proces Framework (CPPF)<sup>6</sup>. De actiepunten die genoemd zijn in het CPPF zijn terug te vinden in de 4 onderdelen van de richtlijn (algemeen, diagnostiek, behandeling, evaluatie). In bijlage II is meer informatie te vinden over het CPPF en over de bijbehorende modellen. Onderzoek naar het effect van cliëntgerichte therapie laat zien dat een cliëntgerichte benadering, waarbij ook gebruik gemaakt wordt van het CPPF, leidt tot een cliëntgerichter therapieproces maar ook tot functioneel slechtere resultaten dan reguliere therapie<sup>7</sup>. Het blijft van belang rekening te houden met het gezichtspunt van de cliënt, maar de exploratiefase (diagnostiek en plan: zie figuur 1.1) en het daadwerkelijk behandelen van de gezondheidsproblemen van de cliënt dienen met elkaar in balans te zijn: meer aandacht voor het behandelen van gezondheidsproblemen en een efficiëntere exploratie van de klachten<sup>7</sup>.

Het CPPF streeft naar een dynamische interactie tussen cliënt en ergotherapeut, door middel van continue reflectie op het handelen in een specifieke context. De cliënt en de ergotherapeut hebben hun eigen verantwoordelijkheden in het ergotherapeutisch proces, waarin zij beide actief betrokken zijn. De cliënt en de ergotherapeut worden in het ergotherapeutisch proces beïnvloed door persoonlijke en maatschappelijke factoren. Omdat de cliënt expert is in zijn eigen handelen, zal hij actief worden betrokken bij het vinden van acceptabele oplossingen voor zijn handelingsproblemen.<sup>6</sup>



Figuur 1.1: Schema CPPF

Op het ergotherapeutische proces zijn 4 componenten van invloed (zie figuur 1.1: Schema CPPF). Drie van deze componenten hebben te maken met de context waarin gehandeld wordt, dit zijn:

- De brede maatschappelijke context (buitenste vierkant)  
De cliënt en de ergotherapeut zijn beide omgeven door een brede maatschappelijke context die zowel culturele, institutionele, fysieke als sociale omgevingselementen bevatten. Beide hebben hun eigen opvattingen, overtuigingen, normen en waarden.<sup>8</sup>
- De therapeutische context (binnenste vierkant)  
De therapeutische relatie start wanneer de ergotherapeut de verwijzing ontvangt. Omdat de maatschappelijke context doorloopt in de therapeutische context, zal de therapeutische relatie worden gekleurd door persoonlijke- en omgevingsfactoren. De ergotherapeut zal niet optimaal kunnen handelen wanneer hij geen kennis heeft van deze factoren.<sup>8</sup>
- Het frame of reference (grote cirkel)  
Theorieën, modellen en praktijkopvattingen die de ergotherapeut gebruikt binnen het therapeutische proces.<sup>2</sup>

De vierde component structureert het ergotherapeutisch proces en bevat de acht actiepunten (kleine cirkels). Er worden tevens alternatieve routes voor het proces aangeboden (zie figuur 1.1).<sup>8</sup>

Het klinisch redeneren wordt benadrukt bij actiepunt 7. De werkgroep is echter van mening dat tijdens het doorlopen van alle actiepunten klinisch redeneren van belang is. Meer informatie over klinisch redeneren is te vinden in hoofdstuk 3.1.

#### Aantal sessies:

Het aantal te volgens sessies hoeft niet hetzelfde te zijn als het aantal geformuleerde actiepunten. Er kunnen dus meer of minder therapie sessies zijn dan dat er actiepunten zijn. De tijd die wordt besteed aan bepaalde actiepunten is afhankelijk van de problematiek en van het behandelproces van de individuele cliënt. Tevens hoeven de actiepunten niet lineair te verlopen zoals figuur 1.1 laat zien.

## 1.5. PROCEDURE VOOR HERZIENING

Aangezien er regelmatig nieuw wetenschappelijk bewijs wordt gepubliceerd, zal regelmatige herziening van de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid noodzakelijk zijn. De werkgroep adviseert om binnen vijf jaar de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid te herzien en hierbij gebruik te maken van de opgedane ervaring bij het gebruik van de richtlijn.

## 1.6. BETROKKENHEID EN BELANGHEBBENDEN

### 1.6.1. Auteurs Richtlijn

- Dhr. E. Evenhuis (Ernst) ergotherapeut, VUmc Amsterdam;
- Mw. Dr. I.C.J.M. Eyssen (Isaline) ergotherapeut/wetenschappelijk onderzoeker, VUmc Amsterdam

### 1.6.2. Werkgroep en betrokken experts

#### Werkgroep bij concept versie 2008

- Dhr. H.W.W. Boersma (Wietze) student ergotherapie, de Hogeschool van Amsterdam, instituut: ASHP, opleiding Ergotherapie;
- Dhr. E. Evenhuis (Ernst) ergotherapeut, VUmc;
- Mw. Dr. I.C.J.M. Eyssen (Isaline) ergotherapeut en onderzoeker, VUmc;
- Mw. C.N. Hirs (Chantal) studente ergotherapie, de Hogeschool van Amsterdam, instituut: ASHP, opleiding Ergotherapie;
- Mw. J.O.B. de Lege (Judith) studente ergotherapie, de Hogeschool van Amsterdam, instituut: ASHP, opleiding Ergotherapie;
- Dhr. Drs. S.J. Poerbodipoero (Soemitro) docent de Hogeschool van Amsterdam, instituut: ASHP, opleiding Ergotherapie;
- Mw. A.E.M. van Roekel (Anke) studente ergotherapie, de Hogeschool van Amsterdam, instituut: ASHP, opleiding Ergotherapie;
- Dhr. M.A.J. van Rooij (Mischa) student ergotherapeut, de Hogeschool van Amsterdam, instituut: ASHP, opleiding Ergotherapie.

#### Betrokken expert bij concept versie 2008

De volgende ergotherapeuten, werkzaam in verschillende werkvelden en ervaring hebbend met één of meerdere diagnosegroepen, hebben de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid beoordeeld op juistheid en bruikbaarheid in de praktijk:

- Mw. H. Beckx (Hester) ergotherapeut, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein;
- Mw. B. Berendsen (Brynnin) ergotherapeut, Slotervaartziekenhuis Amsterdam;
- Mw. Dr. E. Cup (Edith) ergotherapeut, UMC St. Radboud Nijmegen;
- Mw. E.J. Heckman (Esther) ergotherapeut, VUmc Amsterdam;
- Mw. M. Hendriks (Marieke) ergotherapeut, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam;
- Mw. M. Josten (Martine) ergotherapeut, UMC St. Radboud Nijmegen;
- Mw. M.C. Keane (Mary) ergotherapeut, VUmc Amsterdam;
- Mw. A. Maasdam (Anke) ergotherapeut, VUmc Amsterdam;
- Mw. M. van Oosterhout (Marleen) ergotherapeut, VUmc Amsterdam;
- Mw. A. van Rietbergen (Anjo) ergotherapeut, Heliomare Wijk aan Zee;
- Mw. N. Steenman (Natascha) ergotherapeut, IJsselmeerziekenhuizen Lelystad.

De achterban bestond verder uit:

- Mw. C.M. Hirs-Nieland (Ineke), corrector;
- Dhr. Ing. J.N. Groot (Hans), adviseur vormgeving.

### Werkgroep bij versie 2010/2011

- Dhr. E. Evenhuis (Ernst) ergotherapeut, VUmc;
- Mw. Dr. I.C.J.M. Eyssen (Isaline) ergotherapeut en onderzoeker, VUmc;
- Mw. Dr. E.M.J. Steultjens (Esther) (ergotherapeut, adviseur) Ergologie Utrecht, Adviseur voor Ergotherapie Nederland.

### Betrokken experts bij versie 2010/2011

- Mw. Drs. I.H.W.M. Sturkenboom-GonzalezPelayo (Ingrid) ergotherapeut-onderzoeker UMC St. Radboud Nijmegen;
- Mw. Drs. J. Dittewig (Joanne) ergotherapeut, VUmc Amsterdam
- Mw. P. van Schie (Petra) ergotherapie, Cordaan Slotervaart Verpleeghuis Amsterdam;
- Mw. W. Dumay (Wendy) ergotherapeut, Zorginstellingen Pieter van Foreest Delft;
- Mw. M. vande Woestijne-Ruit (Eline) ergotherapeut, Erasmus MC Rotterdam;
- Mw. T.A.M. Essers (Thekla) ergotherapeut, Ergotherapie Van Bakel Eindhoven
- Mw. A. Baars-Elsinga MSc (Annette) ergotherapeut, UMC Utrecht Utrecht;
- Mw. A. van Rietbergen (Anjo) ergotherapeut, Heliomare Wijk aan Zee;
- Mw. E.J. Heckman (Esther) ergotherapeut, VUmc Amsterdam.

## **1.7. ONAFHANKELIJKHEID VAN DE OPSTELLERS**

De werkgroep heeft de literatuur, die voor de ontwikkeling van deze richtlijn is gebruikt objectief en kritisch beoordeeld. Bij de knelpuntenanalyse en ontwikkeling van deze richtlijn zijn ergotherapeuten van externe instanties betrokken, zodat de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid landelijk gebruikt kan worden.

De ontwikkeling van de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid is gefinancierd door het VUmc. De auteurs zijn om het moment van schrijven van deze richtlijn werkzaam bij het VUmc. Op verzoek van het VUmc is in deze richtlijn rekening gehouden met twee punten: De Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid is geschikt voor een individuele en cliëntgerichte behandeling.

### **LITERATUUR**

1. Cup EHC, Steultjens EMJ. Ergotherapierichtlijn Beroerte. Utrecht: NVE; 2005.
2. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Evidence-based Richtlijnontwikkeling Handleiding voor werkgroepleden. 2007.
3. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. Beschikbaar via: [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)
4. Letts L, Wilkins S, Law M, Stewart D, Bosch J, Westmorland M. Critical review form – qualitative studies. McMaster University; 2007.
5. Law M, Stewart D, Pollock N, Letts L, Bosch J, Westmorland M. Critical review forms – quantitative studies. McMaster University; 1998.
6. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 247-72.
7. Eijssen ICJM. Clientcentred practice in occupational therapy. Proefschrift Faculteit Geneeskunde Vrije Universiteit 2012.
8. Craik J, Davis J, Polatajko HJ. Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 229-46.

## 2. DOELSTELLING & DOELGROEP

### 2.1. DOELSTELLING

De 'Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid' heeft als doel:

- Het bevorderen van zowel een eenduidige werkwijze, als evidence-based en cliëntgericht werken van ergotherapeuten in de individuele behandeling van cliënten met vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson.
- Het bieden van concrete praktische handreikingen, gebaseerd op wetenschappelijke inzichten, meningen van experts en consensus, aan ergotherapeuten die cliënten met vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson individueel behandelen.

### 2.2. BEOOGDE GEBRUIKERS

De Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid geeft vorm aan de samenwerking tussen cliënt met MS, CVA of de ziekte van Parkinson en de ergotherapeut bij de behandeling van handelingsproblemen met betrekking tot chronische vermoeidheid. De Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid is geschreven als theoretisch naslagwerk. Het werkboek bevat praktische aanwijzingen voor de therapeut en cliënt en de assessments voor de behandeling.

De werkgroep is van mening dat de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bruikbaar is voor alle ergotherapeuten die werken met de doelgroep, ongeacht hun werkervaring of werksetting.

De richtlijn is geschreven voor de individuele behandeling. De onderdelen van de richtlijn richten zich op een behandeling op maat. De werkgroep sluit echter niet uit dat componenten uit deze richtlijn ook geschikt zijn voor groepsbehandeling. Dit is echter niet verder uitgewerkt in deze richtlijn. Voor groepsgerichte vermoeidheid verwijzen wij daarom naar het groeps-interventieprogramma van Packer.<sup>1</sup>

### 2.3. DOELGROEP

#### 2.3.1. Inclusiecriteria

De Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid is te gebruiken bij cliënten die aan alle onderstaande inclusiecriteria voldoen.

- De cliënt heeft een indicatie voor ergotherapiebehandeling.
- De cliënt heeft de diagnose MS, CVA of de ziekte van Parkinson.
- Uit de inventarisatie van de hulpvraag blijkt dat de problemen van de cliënt samenhangen met chronische vermoeidheid. Chronische vermoeidheid is: 'vermoeidheid die, ongeacht het tijdstip van de dag, aanwezig is op meer dan de helft van de dagen gedurende een periode langer dan zes weken achter elkaar'.<sup>2</sup>
- De cliënt heeft een MFIS score  $\geq 38$  (zie 4.3.2. MFIS)<sup>3</sup>

Deze criteria worden vastgesteld aan het einde van actiepunt 1 (zie 4.4. Inclusiecriteria):

Tevens dienen één of meerdere factoren een rol te spelen:

- inefficiënt omgaan met energie;
- disbalans tussen rust en activiteit/overbelasting;
- coping problematiek;
- problemen met of vragen over de gevolgen van vermoeidheid op het handelen.

Dit criterium wordt vastgesteld aan het einde van de ergotherapeutische diagnostiek (actiepunten 1-3) (zie 6.5. Evalueren met de cliënt).

Het gebruik van deze richtlijn kan een onderdeel zijn van een bredere ergotherapeutische behandeling waar het leren omgaan met vermoeidheid één van de behandelaspecten is. Als het omgaan met vermoeidheid één van de behandelaspecten is, zal een gedeelte van de analyse veelal zijn gedaan en kan dit gedeelte van het behandelproces worden ingekort. Wanneer de hulpvraag alleen gericht is op het omgaan met vermoeidheid, zal het gehele proces doorlopen worden, waarbij de duur en de inhoud afhankelijk is van de individuele cliënt.

De beschreven methodes en interventie zijn wetenschappelijk onderbouwt bij de diagnosegroepen MS, CVA en de ziekte van Parkinson. De richtlijn lijkt ook bruikbaar te zijn voor andere diagnosegroepen (CVS, oncologie, etc.), maar de gebruikte literatuur in deze richtlijn is niet gericht gezocht of beoordeeld op bruikbaarheid bij deze andere diagnosegroepen.

### 2.3.2. Duur van de behandeling

Er kan geen specifiek tijdslimiet aan het behandelen van vermoeidheid volgens deze richtlijn gegeven worden. Afhankelijk van vele factoren (hulpvraag, weerstand bij gedragsverandering, mogelijkheden in bijvoorbeeld werksituatie, etc.) is het tempo, de snelheid en de inhoud afhankelijk van de individuele cliënt en kan de behandeling kort of lang duren. Omdat het vaak om een gedragsverandering gaat is het in de behandel fase veelal raadzaam om de cliënt tijd te geven om deze gedragsverandering te implementeren in zijn leven. Hierdoor kan er meer tijd tussen sessies zitten. Geadviseerd wordt om 3 tot 6 maanden na het laatste contact met de cliënt de behandeling met de cliënt te evalueren.

### 2.3.3. Verwijs- en/of samenwerkingscriteria

Als er sprake is van één of meerdere factoren die vermeld zijn in tabel 2.1 (verwijs- en/of samenwerkingscriteria) en die de vermoeidheid veroorzaken of in stand houden kan de cliënt gebaat zijn bij samenwerking met of verwijzing naar andere disciplines dan de ergotherapie.

Tabel 2.1: Verwijs- en/of samenwerkingscriteria<sup>4</sup>

Vermoeidheid als gevolg van	Mogelijke oorzaak	Discipline
Medische factoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicatie</li> <li>- Systemische pathologie bv. anemie, infectie, nier insufficiëntie, pulmonale stoornissen, voedingsproblemen, spasme</li> <li>- Verstoorde slaappatroon</li> <li>- Pijn</li> </ul>	Arts
Deconditionering	Verminderde kracht/uthoudingsvermogen van spieren, hart en longen ondanks dat de cliënt voldoende activiteiten uitvoert op een dag.	Fysiotherapeut
Slaap/waakpatroon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moeilijk in slaap kunnen vallen</li> <li>- Verstoorde slaap als gevolg van               <ul style="list-style-type: none"> <li>o frequente incontinentie</li> <li>o spasme</li> <li>o pijn</li> <li>o met hoofdpijn opstaan</li> </ul> </li> </ul>	Arts/ gespecialiseerde verpleegkundige
Stress	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Werk</li> <li>- Gezinssituatie</li> <li>- Financiële problemen</li> <li>- Verwerkingsproblemen</li> </ul>	Maatschappelijk werk
Psychopathologie	Depressie (irritatie, somber, verminderde interesse, gevoel van onvermogen/ mislukking)	Psycholoog

## 2.4. VERMOEIDHEID

Veel cliënten met MS, CVA of de ziekte van Parkinson ervaren chronische vermoeidheidsklachten.

### 2.4.1. Vermoeidheid en MS

Van de cliënten met MS geeft 76 tot 92% aan vermoeid te zijn.<sup>5,6</sup> Vermoeidheid zoals die ervaren wordt bij MS, wordt omschreven als: “een alles overheersend en aanhoudend gevoel van uitputting en een verminderd vermogen tot verrichting van lichamelijke en geestelijke activiteiten op het gebruikelijke niveau”.<sup>1</sup> Uit meerdere studies en literatuur blijkt dat er geen eenduidige definitie is voor de vermoeidheid bij MS<sup>2</sup>. Ook is er nog geen consensus over de meest geschikte assessment voor het bepalen van de impact van vermoeidheid op het dagelijks handelen (zie 4.3. Assessments vermoeidheid).<sup>7</sup>

Vermoeidheid bij MS kan het sociaal functioneren en het dagelijks handelen van de cliënt behoorlijk ontwrichten. Een gevolg van de vermoeidheid kan zijn dat de cliënt rollen en taken niet meer naar tevredenheid kan uitvoeren.<sup>8</sup>

### 2.4.2. Vermoeidheid en CVA

Van de cliënten met een CVA geeft 50% aan na twee jaar nog last van vermoeidheidsklachten te hebben.<sup>9</sup> Vermoeidheid uit zich vaak in een gebrek aan energie, zowel fysiek als mentaal. Vermoeidheid heeft grote invloed op het sociaal functioneren en het uitvoeren van het dagelijks handelen.<sup>10</sup>

Veel cliënten geven aan dat vermoeidheid één van de moeilijkste symptomen is, waarmee zij moeten leren omgaan. Behandelaars houden niet altijd rekening met vermoeidheid als gevolg van een CVA.<sup>10</sup>

### 2.4.3. Vermoeidheid en de ziekte van Parkinson

Tot 58 % van de cliënten met de ziekte van Parkinson heeft last van vermoeidheid.<sup>11,12</sup> Deze vermoeidheid kan bestaan uit een ervaren gevoel van vermoeidheid en/of uit het sneller vermoeid worden (minder uithoudingsvermogen). Mentale en fysieke vermoeidheid kunnen gezamenlijk en onafhankelijk van elkaar voorkomen.<sup>11</sup> Ervaren vermoeidheid kan al vroeg in het ziekteproces aanwezig zijn.

Het is nog onvoldoende bekend wat de oorzaak van vermoeidheid bij de ziekte van Parkinson is. Waarschijnlijk spelen veel verschillende factoren een rol. Het kan een op zichzelf staand symptoom zijn en het kan overlap vertonen met motorische en mentale problemen, depressie en slaapproblemen.<sup>11,13</sup> De vermoeidheid kan wisselen over de dag en neemt vaak toe in de loop van de dag. Vermoeidheid heeft een grote invloed op de kwaliteit van leven en op het dagelijks handelen.<sup>14,15</sup> Zo is bijvoorbeeld gebrek aan energie een belangrijke reden om te stoppen met werken.<sup>16</sup> Er is nog te weinig aandacht voor vermoeidheid als aparte klacht. Het vinden van een adequate medische behandeling van vermoeidheid bij Parkinson is nog een uitdaging.

### 2.4.4. Acute en chronische vermoeidheid

In de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid wordt de volgende definitie van chronische vermoeidheid aangehouden: ‘chronische vermoeidheid is vermoeidheid die, ongeacht het tijdstip van de dag, aanwezig is op meer dan de helft van de dagen gedurende een periode langer dan zes weken achter elkaar’. Deze definitie is afgeleid uit de Multiple Sclerosis Council for Clinical Practice Guidelines.<sup>2</sup>

De Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid gaat **niet** over acute vermoeidheid. Acute vermoeidheid is: ‘een nieuwe of aanzienlijke toename van vermoeidheid in de afgelopen zes weken’.<sup>2</sup> Vermoeidheid kan een natuurlijke reactie zijn bij het herstelproces van het lichaam tijdens de acute of revalidatie fase bij een CVA of tijdens en na een Schub bij MS. In de behandeling dient hiermee zeker rekening gehouden te worden. Aangezien hier (nog) niet gesproken kan worden van chronische vermoeidheid



komt vermoeidheid in deze fase van de behandeling niet voor in deze richtlijn. Wel is te overwegen om onderdelen uit deze richtlijn te gebruiken die ook van toepassing kunnen zijn om deze fase. Deze definities zijn opgesteld voor vermoeidheid bij MS, echter de werkgroep is van mening dat deze definities ook de lading dekken van acute en chronische vermoeidheid bij CVA en de ziekte van Parkinson. De omschrijving die de werkgroep in de literatuur heeft gevonden van vermoeidheid bij CVA en de ziekte van Parkinson komt overeen met de omschrijving van de vermoeidheid bij MS.<sup>10,17</sup>

## 2.5. ERGOTHERAPIE

Ergotherapeutische interventies bij vermoeidheid zijn effectief gebleken bij de behandeling van CVA cliënten.<sup>17</sup> Uit onderzoek naar het effect van ergotherapeutische interventies wordt voorzichtig vastgesteld dat door de ergotherapiebehandeling de vermoeidheid verbeterd bij cliënten met MS.<sup>19</sup> Voor de ziekte van Parkinson zijn er geen onderzoeksresultaten gevonden die dit bevestigen of tegenspreken.

Ergotherapie is gericht op het mogelijk maken van het handelen, zodat participatie – het deelnemen van mensen aan het dagelijks en maatschappelijk leven- gerealiseerd wordt ten behoeve van gezondheid en welzijn.<sup>19</sup> Hierbij is het concrete, voor de cliënt betekenisvolle handelen op de gebieden wonen, werken en vrijetijdsbestedingen onderwerp van behandeling.<sup>21</sup>

Onder handelen wordt het uitvoeren van activiteiten verstaan. Het bevorderen van de participatie, zodat de cliënt weer deel kan uitmaken van de maatschappij, is het belangrijkste doel van de ergotherapie. Er wordt gestreefd naar het creëren van een, voor de cliënt, optimale afstemming tussen de mogelijkheden van de cliënt en de eisen die de activiteit en de omgeving stellen. De autonomie van de cliënt, het cliëntgericht en evidence-based werken zijn belangrijk tijdens de behandeling. Cliëntgericht werken is het proces waarin de cliënt, en naastbetrokkenen, gerespecteerd, geïnformeerd en als actieve partner betrokken worden bij het opstellen van doelen en strategieën voor de behandeling en bij de uitvoering van het hele behandelproces.<sup>22</sup> Evidence-based werken wordt gedefinieerd als het gewetensvol, expliciet en beoordeelkundig gebruik maken van het huidige beste bewijsmateriaal.<sup>23</sup>

### 2.5.1. Gedragsverandering

Een belangrijk element in de vermoeidheidsbehandeling is de gedragsverandering die terugkomt gedurende de gehele behandeling. Effectieve ergotherapie stelt cliënten in de gelegenheid te veranderen. Ergotherapie dient het veranderingsproces te stimuleren, te ondersteunen, in beweging te brengen en/of op andere wijze mogelijk te maken.<sup>24</sup> Ergotherapeuten doen dit door cliënten te trainen in het gebruik maken van de cliënt zijn sterke kanten.

Door de invloed van chronische vermoeidheid moeten veel cliënten hun gedrag of handelen veranderen. Het nieuwe gedrag of handelen moet veelal meerdere keren worden herhaald voordat er verandering optreedt.<sup>24</sup>

Een groot deel van het gedrag dat cliënten vertonen bestaat uit gewoonten. Het is vaak niet eenvoudig om deze te doorbreken. Een aantal methodieken kan helpen bij het doorbreken hiervan:

- 1) Een eerste mogelijkheid om gewoonten te veranderen of nieuwe gewoonten te ontwikkelen is aansluiten bij een ingrijpende verandering in iemands leven.
- 2) Een tweede mogelijkheid is het kiezen van een interventietechniek die cliënten helpt zich bewust te worden van hun gedrag. Dit kan gebeuren door middel van reminders op cruciale punten.
- 3) Een derde methode is het geven van feedback over het gedrag en de consequenties van het gedrag.
- 4) Het belonen van gewenst gedrag kan ook een mogelijkheid zijn om nieuw gedrag te stimuleren.<sup>25</sup>

Er zijn verschillende methodes om gedragsverandering teweeg te brengen. Binnen de ergotherapie wordt er o.a. gebruik gemaakt van Health Counseling<sup>26</sup>, Motivational Interviewing<sup>27</sup> of Neuro

Linguïstisch Programmeren<sup>28</sup> De keuze voor de methode, wordt m.n. bepaald door de geschiktheid voor de cliënt en als meerdere methoden in aanmerking komen door de aanwezige kennis op dit gebied.

De fasen die de cliënt bij gedragsverandering doorloopt zijn weergegeven in tabel 2.2., 2.3 en 2.4. Het is belangrijk om als ergotherapeut te signaleren in welke fase de cliënt zich bevindt. Als er sprake is van weerstand, dan zal de cliënt niet verder komen in het proces (zie 2.5.2. Weerstand).

Tabel 2.2: Fasen van gedragsverandering: Health counseling<sup>26</sup>

Fasen	Het doel tijdens deze fase (therapeut faciliteert hierbij):
1. Bewustwording	De cliënt komt tot het inzicht dat en hoe een bepaald gedrag van invloed is op de klacht en het herstel.
2. Motiveren	De cliënt komt tot een gedragsintentie. Weerstand is een vorm van motivatie problemen.
3. Besluitvorming	De cliënt neemt een besluit over verandering van het gedrag.
4. Gedragsverandering	De cliënt gaat het veranderingstraject in en verandert zijn gedrag. Cliënt en therapeut bepalen gezamenlijk hoe, wanneer en hoe vaak adviezen uitgevoerd moeten worden.
5. Gedragsbehoud	De cliënt behoudt het gewenste gedrag: <ul style="list-style-type: none"> <li>- feedback geven over de opbrengsten/resultaten van het gedrag</li> <li>- hoge risicosituaties opsporen</li> </ul>
6. Terugvalpreventie	De cliënt weet hoe om te gaan met fouten om terugval te voorkomen.

Tabel 2.3: Fasen van gedragsverandering: Motivational interviewing<sup>27</sup>

Fasen	Motiverende taken van de therapeut
1. Precontemplatie	Zaai twijfel: vergroot het gevoel bij de cliënt over de risico's en problemen van het huidige gedrag en help mee de cliënt bewust te laten worden van zijn eigen gedrag.
2. Contemplatie	Laat de balans doorslaan: vergroot de redenen van de cliënt voor veranderen en niet veranderen.
3. Voorbereidingsfase	Help de cliënt bepalen wat voor hem de beste strategie is om tot verandering te komen en help de cliënt het zelfvertrouwen te versterken zodat het lukt om te veranderen.
4. Actiefase	Help de cliënt stappen te ondernemen om die strategie uit te voeren.
5. Gedragsbehoud	Help de cliënt terugval aan te zien komen en strategieën klaar te hebben in geval dat nodig is.
6. Terugval	Help de cliënt opnieuw door dit proces te gaan, zonder gedemoraliseerd te worden door de terugval.

Tabel 2.4: Gedragsverandering en NLP<sup>28</sup>

Niveau	Vragen	Verandering
Spiritualiteit/Missie	Waarmee voel ik mij verbonden, waar voel ik mij onderdeel van?	Is het grotere geheel waarmee de persoon zich verbonden voelt, conflicterend met het gewenste gedrag in de situatie?
Identiteit	Wie ben ik, wat is mijn zelfbeeld?	Conflicteert iemands zelfbeeld met het gewenste gedrag?
Overtuigingen	Waarom doe ik wat ik doe, wat vind ik belangrijk?	Mist iemand de juiste overtuigingen of heeft iemand conflicterende overtuigingen om het gewenste gedrag te vertonen?
Vermogens	Hoe doe ik dat?	Mist iemand de goede strategie om het gewenste gedrag op te roepen?
Gedrag	Wat doe ik?	Mist iemand het specifieke gedrag dat past bij de kenmerken van de omgeving?
Omgeving	Wat is de omgeving waarin mijn gedrag plaatsvindt? Wanneer, waar, met wie?	Zijn het kenmerken van de externe omgeving die moeten veranderen?

### 2.5.2. Weerstand

Geen enkel gedragsveranderingsproces verloopt zonder weerstand. Bij weerstand spreekt de cliënt zijn bezwaar uit tegen een instructie, zienswijze, verzoek, voorstel en/of advies van de ergotherapeut.<sup>26</sup> Verschillende manieren om met weerstand om te gaan zijn:

- Het inbrengen van nieuwe argumenten, om de cliënt te overtuigen. Wellicht is de cliënt gevoelig voor deze argumenten. Echter, nieuwe argumenten kunnen ook averechts werken. Een alternatief is dat de cliënt zelf aangeeft op welke wijze aan zijn bezwaren tegemoet gekomen kan worden.
- Het tegemoet komen aan bezwaren van de cliënt, geeft de cliënt het gevoel invloed te hebben op het verloop van de behandeling. Echter, bij weerstand kan het voor de cliënt moeilijk zijn om zijn bezwaren onder woorden te brengen.
- Het geven van tijd en ruimte aan de cliënt. Een proces van gedragsverandering kost tijd en daarbij mag de cliënt niet onder druk gezet worden.<sup>26</sup>

Binnen het CPPF wordt benadrukt dat elke stap in samenspraak met de cliënt wordt genomen.<sup>26</sup> Als er sprake is van weerstand bespreekt de ergotherapeut dit eerst met de cliënt voordat doorgegaan kan worden met de behandeling.

### 2.5.3. Coping

Om te achterhalen hoe de cliënt omgaat met (stressvolle) situaties is het gedurende de gehele behandeling van belang om te weten welke copingstijl de cliënt heeft. Aansluitend bij de copingstijl kan de therapeutische aanpak worden vastgesteld zodat de cliënt zijn eigen situatie kan beïnvloeden. Het begrip coping omvat het gedragsmatig, cognitief en emotioneel omgaan met ingrijpende situaties. Binnen coping zijn twee dimensies te onderscheiden.<sup>30</sup>

#### 1. Probleem- en emotiegerichte coping:

- Probleemgerichte coping is gedrag dat erop gericht is de problemen op te lossen door daadwerkelijk handelen.
- Emotiegerichte coping is gedrag dat erop gericht is om anders aan te kijken tegen problematische situaties. Dat leidt ertoe dat de cliënt minder spanning ervaart.<sup>30</sup>

## 2. Actieve, passieve en vermijdende coping.

- Bij een actieve copingstijl wordt het probleem actief benaderd. Het probleem wordt aangepakt door informatie of steun te zoeken. De cliënt kan zijn instelling ten aanzien van het probleem veranderen. Een actieve copingstijl werkt alleen als de situatie te beïnvloeden is, is dit niet het geval dan werkt deze aanpak alleen maar frustrerend.
- Bij een passieve copingstijl, ondergaat de cliënt het probleem lijdzaam en onderneemt niets.
- Bij een vermijdende copingstijl ontkent de cliënt dat er een probleem is. Deze laatste twee copingstijlen kunnen tot apathie leiden.<sup>30</sup>

## 2.6. LEERBAARHEID - COGNITIE

Cognitie heeft een centrale rol bij het handelen van mensen. Het beïnvloedt het aanleren van nieuwe activiteiten en vaardigheden en vormt de basis om te kunnen leren.<sup>31</sup> De cognitie heeft duidelijk invloed op het vermogen om dagelijkse activiteiten te selecteren, te analyseren en uit te voeren en is daarom van belang voor vrijwel alle ergotherapeutische interventies.<sup>32</sup>

Bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson komen vaak cognitieve stoornissen voor.<sup>33-35</sup>

Uit onderzoek blijkt dat vermoeidheid bij MS een directe relatie heeft met de cognitie van de cliënt.<sup>36</sup> Voor CVA en de ziekte van Parkinson zijn er nog geen onderzoeksresultaten bekend die dit bevestigen of tegenspreken.

Hierna is per ziektebeeld beschreven wat de meest voorkomende cognitieve stoornissen zijn.

### 2.6.1. Cognitieve stoornissen bij MS

Cognitieve stoornissen komen voor bij 43-70% van alle cliënten met MS.<sup>37-39</sup> Uit onderzoek is gebleken dat er geen relatie is tussen de aanwezigheid van cognitieve stoornissen en de fase van de ziekte, of de ernst van de overige neurologische uitvalsverschijnselen.<sup>32</sup>

De meest voorkomende cognitieve stoornissen bij MS zijn:

- vertraging van het (cognitieve) tempo;
- inefficiënte informatieverwerkingsprocessen;
- stoornissen in de uitvoerende functies;
- verstoorde aandacht, concentratie en geheugen;
- veranderingen in stemming en affect.<sup>33</sup>

### 2.6.2. Cognitieve stoornissen bij CVA

Cognitieve stoornissen komen voor bij 50% van alle cliënten met CVA.<sup>41</sup> Vooral stoornissen in de hogere hersenfuncties komen bij cliënten met CVA vaak voor. Cliënten met CVA hebben diverse combinaties van beperkingen, die door de ernst en locatie van het CVA zijn ontstaan.<sup>34</sup>

De meest voorkomende cognitieve stoornissen bij CVA zijn:

- verstoorde aandacht, concentratie en geheugen;
- verstoorde oriëntatie;
- verminderd beoordelingsvermogen;
- verminderd vermogen om te redeneren;
- verminderd probleemoplossend vermogen;
- mentale traagheid en met name vertraagde informatieverwerking;
- initiatief verlies,<sup>34,41</sup>
- veranderingen in stemming en affect.<sup>42</sup>

### 2.6.3. Cognitieve stoornissen bij de ziekte van Parkinson

Cognitieve stoornissen bij cliënten met de ziekte van Parkinson kunnen variëren van lichte stoornissen, die geen impact hebben op het dagelijkse functioneren, tot een dementieel beeld. Epidemiologisch onderzoek naar de prevalentie en de incidentie van cognitieve achteruitgang en dementie bij de ziekte van Parkinson levert wisselende cijfers op.<sup>43</sup> De laatste jaren is het in toenemende mate duidelijk geworden dat cognitieve stoornissen vaak voorkomen bij cliënten met de ziekte van Parkinson.<sup>35</sup>

De meest voorkomende cognitieve stoornissen bij de ziekte van Parkinson zijn: <sup>44-46</sup>

- Executieve stoornissen (planning en shifting)
- Mentale traagheid en verminderde cognitieve flexibiliteit
- Visuo-spatiële dysfunctie;
- Verstoorde aandacht en geheugen;
- Veranderingen in stemming, motivatie en affect.

## LITERATUUR

1. Packer TL, Brink N, Sauriol A. Managing fatigue: A six-week course for energy conservation. Arizona: Therapy Skill Builders; 1995.
2. Multiple Sclerosis Council for Clinical Practice Guidelines. Fatigue and multiple sclerosis, evidence-based management strategies for fatigue in multiple sclerosis. America; 1998.
3. Flachenecker P, Kümpfel T, Kallmann B, Gottschalk M, Grauer O, Rieckmann P et al. Fatigue in multiple sclerosis: comparison of different rating scales and correlation to clinical parameters. *Mult Scler.* 2002;8:523-26.
4. Forwell S. Managing the ordinary things of everyday life. *MS in focus* 2003;1:9-11.
5. Schwid SR, Covington M, Segal BM, Goodman AD. Fatigue in Multiple Sclerosis: Current understandings and future directions. *J Rehab Res Dev.* 2002;29(2):211-24.
6. Krupp LB, Alvarez LA, LaRocca NG, Scheinberg LC. Fatigue in multiple sclerosis. *Arch Neurol.* 1988;45:435-37.
7. Téllez N, Rio, J, Tintoré M, Nos C, Galán I, Montalban X. Does the Modified Fatigue Impact Scale offer more comprehensive assessment of fatigue in MS? *Mult Scler.* 2005;11:198-202.
8. Krupp LB. Fatigue in Multiple Sclerosis Definition, Pathophysiology and Treatment. *CNS Drugs.* 2003;17(4):225-34.
9. Van der Werf SP, Van den Broek HLP, Anten HWM, Bleijenberg G. Experience of severe fatigue long after stroke and its relation to depressive symptoms and disease characteristics. *Eur Neurol.* 2001;45(1):28-33.
10. Glader EL, Stegmayr B, Asplund K. Poststroke Fatigue A 2-Year Follow-Up Study of Stroke Patients in Sweden. *Stroke.* 2002;33(5):1327-33.
11. Friedman JH, Brown RG, Comella CE et al. Fatigue in Parkinson's disease: a review. *Mov. Disord* 2007 Feb 15;22(3):297-308.
12. Alves G, Wentzel-Larsen T, Aarsland D, Larsen JP. Progression of motor impairment and disability in Parkinson Disease: a population-based study. *Neurology* 2005 Nov 8;65(9):1463-41.
13. Valko PO, Waldvogel D, Weller M, Bassetti CL, et al. Fatigue and excessive daytime sleepiness in idiopathic Parkinson's disease differently correlate with motor symptoms, depression and dopaminergic treatment. *Eur J Neurol* 2010 Dec;17(12):1428-36
14. Herlofse K, Larsen JP. The influence of fatigue on health-related quality of life in patients with Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 2003 Jan;107(1):1-6.
15. Havlikova E, van Dijk JP, Rosenberger J, Nagyova I, et al. Fatigue in Parkinson's disease is not related to excessive sleepiness or quality of sleep. *J Neurol Sci.* 2008 Jun; 15;270(1-2):107-13
16. Zesiewicz TA, Patel-Larson A, Hauser RA, Sullivan KL. Social Security Disability Insurance (SSDI) in Parkinson's disease. *Disabil Rehabil.* 2007 Dec 30;29(24):1934-6.
17. Karlsen K, Larsen JP, Tandberg E, Jørgensen K. Fatigue in Patients With Parkinson's Disease. *Mov Disord.* 1999;14(2):237-41
18. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Cardol M, Van de Nes JCM, Van den Ende CHM. Occupational therapy for stroke patients. *Stroke.* 2003;34:676.
19. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Cardol M, Van de Nes JCM, Van den Ende CHM. Occupational therapy for multiple sclerosis. *The Cochrane Collaboration* 2008.
20. Ergotherapie Nederland. Beroepsprofiel ergotherapie. Utrecht: Boom Lemma; 2009.
21. Kuiper C, de Vries-Kempes W, Wijntjes M. Betekenisvolle deelname aan het leven van alledag: wonen, werken en vrije tijd. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p.187-235.
22. Kinébanian A, le Granse M. Verklarende woordenlijst. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 851-69.
23. Steultjens E, Satink T, Peters E. Ergotherapie en wetenschappelijk onderzoek. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 817-50.
24. Verhoef J, Zalmstra A. Het model of human occupation. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 457-523.
25. Schaalma H, Kok G, Meertens R, Brug J. Theorieën en methodieken van verandering. In: Brug J, van Assema P, Lechner L. *Gezondheidsvoorlichting en gedragverandering.* Assen: van Gorcum; 2007. p. 123-48.
26. Gerards FM, Borgers R. Health counseling: het adviesgesprek in de (para)medische en verpleegkundige zorg. Soest: Nelisse, 2006.
27. [www.diabeteszorgbeter.nl](http://www.diabeteszorgbeter.nl) Voorlichtingsmethodieken Motivational Interviewing DiabeteszorgBeter, 16-01-2007 / 10
28. [Lifehacking.nl](http://Lifehacking.nl). Groot psychologisch modellen boek 5; leren presenteren
29. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation.* Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 247-72.
30. Van de Burgt M, Verhulst F. Doen en blijven doen voorlichting en compliancebevordering door paramedici. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2003.
31. Radomski MV. Assessing abilities and capacities: cognition. In: Radomski MV, Trombly Latham CA, editors. *Occupational therapy for physical dysfunction.* Boston: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 260-83.
32. Flinn NA, Radomski MV. Learning. In: Radomski MV, Trombly Latham CA, editors. *Occupational therapy for physical dysfunction.* Boston: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 382-401.
33. Rootselaar AF, Sanders EACM. Dementie bij Multiple Sclerose: een onderbelichte associatie. *Nederlands tijdschrift voor neurologie.* 1999;4:249-54.
34. Woodson AM. Stroke. In: Radomski MV, Trombly Latham CA, editors. *Occupational therapy for physical dysfunction.* Boston: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 1001-41.

35. Van Laar T. Achtergrond en behandeling van cognitieve stoornissen en hallucinaties bij de ziekte van Parkinson. Tijdschr Neurol Neurochir. 2006;107:32-9.
36. Krupp LB, Elkins LE. Fatigue and declines in cognitive functioning in multiple sclerosis. *Neurology* 2000;55:934-9.
37. Benedict R, Cookfair D, Gavett R, Gunther M, Munschauer F, Garg N, Weinstock-Guttman B. Validity of the minimal assessment of cognitive function in multiple sclerosis (MACFIMS). *J Int Neuropsychol Soc* 2006;12[4]: 549-558.
38. Peyser JM, Rao SM, LaRocca NG, Kaplan E. Guidelines for neuropsychological research in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1990;47: 94–97.
39. Rao S, Leo G, Bernardin L, Unverzagt F. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis: frequency, patterns, and predictions. *Neurology* 1991; 41: 685–91.
40. Benedict R, Fischer J, Archibald C, Arnett P, Beatty W, Bobholz J, et al Minimal neuropsychological assessment of MS patients: a consensus approach. *Clin Neuropsychol* 2002;16[3]: 381-397.
41. Hochtchenbach J. Neuropsychologische diagnostiek, behandeling en zorg na het CVA. In: Stolker DHCM, redactie. *Neuropsychologische zorgen na een beroerte*. Den Haag: Nederlandse hartstichting; 1999. p. 9-16.
42. Nederlandse CVA Vereniging. Veel gestelde vragen. Beschikbaar via: [www.cva-samenverder.nl](http://www.cva-samenverder.nl)
43. Santers P, Vingerhoets G. Voorspellende factoren van cognitieve achteruitgang bij de ziekte van Parkinson. *Tijdschr Neurol Neurochir.* 2004;105(3):112-117.
44. Bloem BR, Van Laar T, Keus SHJ, De Beer H, et al. *Multidisciplinaire Richtlijn Ziekte van Parkinson*. ZonMW; Van Zuiden Communications BV; 2010.
45. Kehagia AA, Barker RA, Robbins TW. Neuropsychological and clinical heterogeneity of cognitive impairment in patient with Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2010 Dec;9(12):1200-13.
46. Watson GS, Leverenz JB. Profile of cognitive impairment in Parkinson's disease. *Brain Pathol.* 2010 May;20(3):640-5.

## DEEL II: ALGEMEEN

### 3. FRAME(S) OF REFERENCE

Door alle fasen van de behandeling heen, maakt de ergotherapeut gebruik van verschillende theorieën, modellen en praktijkopvattingen. Dit zijn de kaders van het ergotherapeutische proces. Vanuit deze basis worden er keuzes gemaakt welke richting de behandeling krijgt.

#### 3.1. Klinisch redeneren

Het klinisch redeneren is het proces dat de cliënt en ergotherapeut gebruiken om:

- de ervaren handelingsproblemen van de cliënt beter te begrijpen;
- beslissingen te maken over interventies;
- na te denken over het handelen van de cliënt.<sup>1</sup>

Mattingly onderscheidt vijf basisvormen van klinisch redeneren, zoals weergegeven in tabel 3.1.

Tabel 3.1: basisvormen van klinische redeneren

Narratief redeneren	Narratief redeneren betreft het redeneren, vanuit het levensverhaal van de cliënt, over de invloed van de vermoeidheid op het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten, taken en rollen van de cliënt. Het omvat de gewoontepatronen van verleden, heden en toekomst. <sup>2</sup>
Pragmatisch redeneren	Pragmatisch redeneren betreft het redeneren over de invloed van praktische factoren, de invloed van de omgeving, de invloed van kennis en vaardigheden van de ergotherapeut op de behandeling en de manier waarop er rekening is gehouden met de vermoeidheid. <sup>2</sup> Pragmatisch redeneren erkent de beperkende blik van de ergotherapeut die ontstaat door de therapeutische relatie. <sup>1</sup>
Procedureel redeneren	Procedureel redeneren betreft het redeneren vanuit de aandoening, beperkingen en de vermoeidheid van de cliënt om zijn handelingsproblemen te begrijpen en mogelijke interventies te selecteren. <sup>2</sup>
Interactief redeneren	Interactief redeneren betreft het redeneren over de betekenis die de vermoeidheid heeft voor de cliënt. Het omvat ook het redeneren over de relationele aspecten tussen de cliënt en de ergotherapeut. <sup>2</sup>
Conditioneel redeneren	Conditioneel redeneren betreft het redeneren over een mogelijk toekomstbeeld over hoe de cliënt wil omgaan met zijn vermoeidheid. De ergotherapeut beziet de betekenis van de therapie in de context van toekomstperspectieven en onderneemt samen met de cliënt acties om deze perspectieven te bereiken. Conditioneel redeneren integreert procedureel, interactief en narratief redeneren. <sup>2</sup>

Deze vormen van klinisch redeneren zijn naast elkaar te gebruiken. Doordat vermoeidheid wordt veroorzaakt door veel verschillende factoren en invloed heeft op het hele leven van de cliënt, is het verstandig om verschillende vormen van klinisch redeneren te combineren.

Het cliëntperspectief in het redeneerproces is gericht op het begrijpen en respecteren van de cliënt en op de betekenis van de chronische vermoeidheid op zijn dagelijks handelen. Daarnaast is het gericht op het creëren van een betekenisvolle toekomst vanuit het oogpunt van de cliënt en doet het recht aan de ervaringsdeskundigheid van de cliënt.<sup>2,3</sup>



## Conclusie

Niveau 4	<p>Experts zijn van mening dat de ergotherapeut bij het reflecteren op het plan van aanpak klinisch moet redeneren.</p> <p>D Satink, 2006</p>
----------	---

### Overige overwegingen:

Het inzichtelijk maken van afwegingen en beslissingen is van belang voor het beleid en de financiering van de ergotherapie. Het inzichtelijk maken van de klinische redeneerprocessen van ergotherapeuten zal bijdragen aan de verdere ontwikkeling van de ergotherapie.<sup>2</sup>

### Aanbeveling 1

Het kan zinvol zijn om verschillende vormen van klinisch redeneren te gebruiken bij het reflecteren op het plan van aanpak.

## 3.2. THEORETISCHE KADERS

De ergotherapeut bepaalt vanuit de hulpvraag zijn theoretische kaders. Het bepalen van de theoretische kaders begint met het opstellen van een hypothese over hoe de problemen zijn ontstaan, en eindigt met het bepalen van de meest geschikte assessments en het plan van aanpak voor de behandeling.<sup>4</sup>

Het doel van de theoretische kaders is het inzichtelijk maken van het handelen van de cliënt, zodat de oorzaken en problemen in het handelen duidelijk worden. Zij helpen de cliënt en de ergotherapeut bij het bepalen van de richting van het behandelproces. Aangezien problemen in het handelen veelal complex van aard zijn, kan de ergotherapeut meerdere theoretische kaders selecteren.<sup>4</sup>

Er zijn twee niveaus van theoretische kaders:

- Het eerste niveau betreft de ergotherapeutische modellen, die gericht zijn op het handelen van de cliënt in zijn omgeving. Dit zijn de inhoudsmodellen (zie 7.3. Bepalen inhoudsmodel).
- Het tweede niveau betreft de zes basistheorieën waar de ergotherapeut gebruik van kan maken, deze worden hieronder beschreven.<sup>4</sup>

Bij het kiezen van de theoretische kaders wordt de cliënt gestimuleerd na te denken over zijn handelingsproblemen en kan/mag zijn mening hierover geven.<sup>4</sup>

Het kiezen van theoretische kaders is terug te vinden in alle fasen en actiepunten van de behandeling, maar is het meest duidelijk aanwezig in CPPF-actiepunten 2 en 3 en in de diagnostische en planfase. Bij actiepunt 2 wordt één of meerdere basistheorieën gekozen. Bij actiepunt 3 wordt hierop gereflecteerd en wordt een inhoudsmodel geselecteerd.

De zes basistheorieën die als theoretische kader kunnen dienen zijn:

- neurologisch-cognitief;
- fysieke revalidatie;
- psycho-emotioneel;
- sociaal-cultureel;
- ontwikkeling;
- omgeving.<sup>4</sup>

Voor verdere uitwerking van deze basistheorieën zie bijlage V.

## LITERATUUR

1. Schultz-Krohn W, McHugh Pendleton H. Application of the occupational therapy practice framework to physical dysfunction. In: McHugh Pendleton H, Schultz-Krohn W, editors. *Pedretti's occupational therapy practice skills for physical dysfunction*. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006. p. 28-52.
2. Daniëls R, Verhoef J, Peters E. Klinisch redeneren. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 633-64.
3. Unsworth CA. Clinical reasoning: how do pragmatic reasoning, world view and client-centredness fit? *British journal of occupational therapy*. 2004;67(1):10-9.
4. Mc Coll MA. Selecting a theoretical approach. In: Fearing VG, Clark J, editors. *Individuals in context: a practical guide to client-centred practice*. Thorofare: Slack; 2000. p. 45-55.

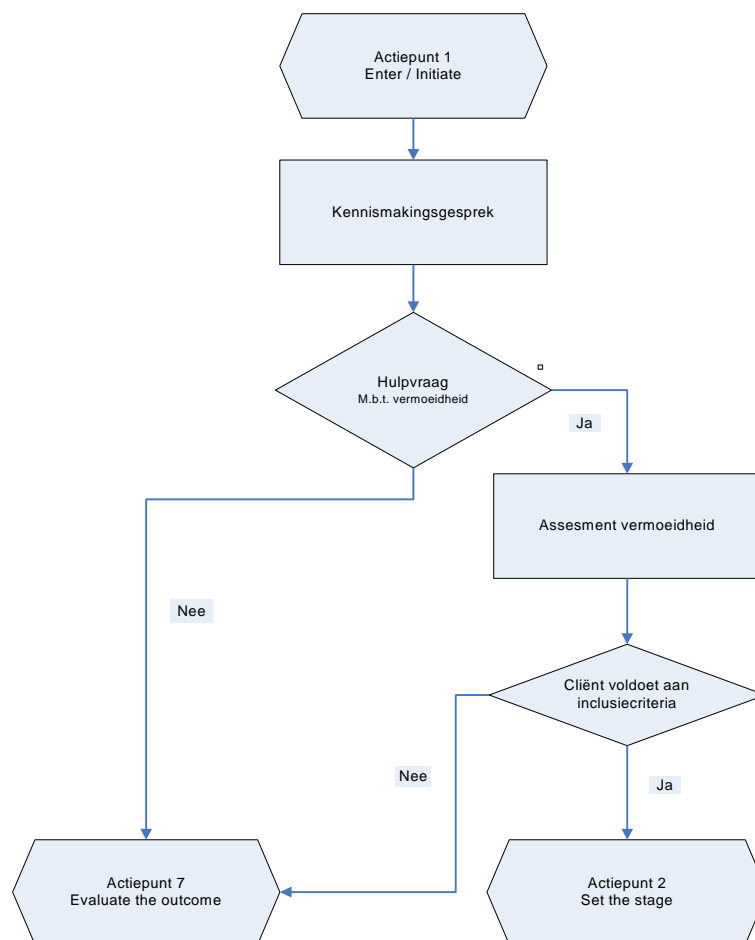
## DEEL II: DIAGNOSTIEK EN PLAN

### 4. ACTIEPUNT 1: ENTER / INITIATE

Bij dit actiepunt vindt het eerste contact plaats tussen de cliënt en de ergotherapeut. Vanaf dit moment start de therapeutische relatie. De cliënt en de ergotherapeut hebben binnen de therapeutische relatie ieder hun eigen persoonlijke overtuigingen, ervaringen en culturele achtergrond.

Het doel van het eerste contact is dat de cliënt en ergotherapeut samen de hulpvraag van de cliënt duidelijk krijgen om te bepalen wat de ergotherapie voor de cliënt kan betekenen. Zowel de cliënt als de ergotherapeut bepalen of de behandeling van start kan gaan.<sup>1</sup>

In figuur 4.1 is weergegeven hoe actiepunt 1 verloopt.



Figuur 4.1: Actiepunt 1: Enter / initiate

#### 4.1. UITGANGSVRAGEN

- Is het kennismakingsgesprek een cliëntgerichte manier om een start te maken met de therapeutische relatie?
- Welk assessment is valide en betrouwbaar voor het meten van de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen van cliënten met MS, CVA of de ziekte van Parkinson?
- Wanneer wordt een cliënt behandeld volgens de Ergotherapiegerichtlijn Vermoeidheid?

## 4.2. KENNISMAKING

Het kennismakingsgesprek is bedoeld om een eerste indruk van de cliënt te krijgen en om een therapeutische relatie te creëren.<sup>2</sup> De relatie cliënt-ergotherapeut is fundamenteel voor het ergotherapeutisch handelen: de door de cliënt ervaren kwaliteit van het contact is bepalend voor de effectiviteit van de behandeling.<sup>3</sup> Het CPPF benadrukt dat de therapeutische relatie de kern is van dit eerste actiepunt.<sup>1</sup>

Doelen van de kennismaking:

- Contact leggen met de cliënt;<sup>1-3</sup>
- Opbouwen van een therapeutische relatie;<sup>1-3</sup>  
Bespreken van de hulpvraag van de cliënt;<sup>1</sup>  
De ergotherapeut inventariseert of hij en de cliënt over voldoende informatie over elkaar beschikken;<sup>1, 4</sup>
- Beoordelen of behandeling volgens de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid de juiste behandelmethode is. Hierbij moet de ergotherapeut de verwijz- en/of samenwerkingscriteria in zijn achterhoofd houden;<sup>1, 4</sup>
- Bespreken van wederzijdse verwachtingen van de behandeling en daarbij benadrukken dat de behandeling is gericht op het leren omgaan met de vermoeidheid, en niet het verminderen van de vermoeidheid;<sup>1</sup>
- Bespreken van eventuele tegenstrijdigheden en onduidelijkheden tussen hulpvraag en verwijfsbrief.<sup>4</sup>

Het is belangrijk om het kennismakingsgesprek en een daaropvolgende assessment duidelijk los van elkaar te zien. Wel kan het kennismakingsgesprek kort duren, wanneer de therapeut weet dat dezelfde vragen al worden gesteld in een assessment (bijvoorbeeld bij een COPM of OPHI II).

Conclusie

Niveau 4	Experts zijn van mening dat de toonzetting van het kennismakingsgesprek veel invloed heeft op de verstandhouding tussen de cliënt en de ergotherapeut.  D Stomph, 2003
----------	--

Aanbeveling 2

Het is aan te bevelen om te starten met een kennismakingsgesprek, omdat dit bijdraagt aan het cliëntgericht werken.

Aanbeveling 3

Het is aan te bevelen om eerst het kennismakingsgesprek af te ronden, voordat er een assessment wordt afgenomen.

## 4.3. ASSESSMENTS VERMOEIDHEID

Hieronder worden verschillende assessments besproken die de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen in kaart brengen.

### 4.3.1. FIS

Er zijn verschillende assessments die vermoeidheid of de invloed daarvan in kaart kunnen brengen. Uit onderzoek is gebleken dat de Fatigue Impact Scale (FIS) relevanter is voor de ergotherapie dan andere vermoeidheidsassessments. De items die in de FIS aan bod komen meten de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen in de periode 4 weken voorafgaande aan de test. De FIS

evalueert de invloed van vermoeidheid op het fysieke, cognitieve en psychosociale functioneren. Met de FIS kan het resultaat van de ergotherapeutische interventie die gericht was op de invloed van vermoeidheid worden gemeten.<sup>5</sup> De FIS is intern consistent, de interne en externe validiteit is goed.<sup>6</sup> Uit onderzoek blijkt dat de FIS valide en betrouwbaar is bij MS.<sup>5</sup> De FIS bestaat uit 40 items en kost daardoor relatief veel tijd om af te nemen.

#### Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de FIS een valide en betrouwbaar meetinstrument is om de invloed van de vermoeidheid op het dagelijks handelen te meten.  B Mathiowetz, 2003
----------	---

#### Overige overwegingen:

De afname van de FIS kost relatief gezien veel tijd in vergelijking met assessments die hieronder worden beschreven, dit maakt de FIS minder geschikt om af te nemen.

Bij cliënten met MS kan de afname van langdurige assessments vermoeidheidsproblemen veroorzaken.<sup>7</sup> Het is aannemelijk dat bij cliënten met CVA of de ziekte van Parkinson, langdurige assessments ook vermoeidheidsproblemen kunnen veroorzaken.

#### Aanbeveling 4

Het afnemen van de FIS verdient geen aanbeveling, omdat het afnemen relatief veel tijd kost.
--

#### 4.3.2. MFIS

De Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) is een verkorte versie van de FIS. De MFIS evalueert net als de FIS de invloed van vermoeidheid op het fysieke, cognitieve en psychosociale functioneren. Uit onderzoek is gebleken dat de Nederlandse versie van de MFIS een valide, betrouwbaar en responsief instrument is om de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen van cliënten met MS te meten.<sup>8</sup> Onderzoek van Kos (2005) naar de betrouwbaarheid en validiteit van de MFIS in 4 verschillende Europese landen (Italië, Slovenië, België en Spanje) toont aan dat de MFIS goede klinimetrische eigenschappen heeft. De validiteit en reproduceerbaarheid van de psychosociale subschaal is echter beperkt en moet daarom voorzichtig geïnterpreteerd worden.<sup>9</sup> Het is aannemelijk dat de MFIS ook valide, betrouwbaar en responsief is bij cliënten met CVA of de ziekte van Parkinson.

De MFIS is een zelfscorelijst die de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen beschrijft. De scores bestaan uit: 'nooit' (0), 'zelden' (1), 'soms' (2), 'vaak' (3) of 'bijna altijd' (4)<sup>9</sup>, de totale score loopt van 0 tot 84.<sup>10</sup> Uit onderzoek blijkt dat het afkappunt van de MFIS ligt op 38. Vanaf een score van 38 of hoger is er sprake van vermoeidheid die het dagelijks handelen beïnvloedt.<sup>10</sup> Mills et.al (2010) hebben met behulp van een Rasch analyse aangetoond dat de totale score van de MFIS niet gebruikt kan worden als uitkomstmaat van vermoeidheid, de totale score kan dus beter niet gebruikt worden. De subschalen kunnen wel gebruikt worden om de associatie tussen fysieke en cognitieve vermoeidheid te maken en om de kwaliteit van leven en de participatie te analyseren.<sup>11</sup>

De MFIS heeft een kortere afnametijd dan de FIS en kan door iedere behandelende discipline afgenomen worden.

Het doel van het afnemen van de MFIS is:

- evalueren van de invloed van vermoeidheid op het fysiek, cognitief en psychosociaal functioneren van de cliënt;
- vaststellen van de mate van vermoeidheid van de cliënt.

De MFIS is als bijlage opgenomen in het werkboek.

## Conclusies

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de MFIS een valide, betrouwbaar en responsief meetinstrument is om de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen te meten.  A2 Kos, 2003
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de totaalscore van de MFIS niet gebruikt kan worden.  B Mills, 2010
Niveau 4	De werkgroep is van mening dat de MFIS meer geschikt is dan de FIS, omdat de MFIS een kortere afnametijd heeft dan de FIS

### Overige overwegingen:

Voor cliënten met cognitieve stoornissen kan het moeilijk zijn om de eigen mogelijkheden en beperkingen te overzien. Daardoor kan het moeilijk zijn om zelfscorelijsten, zoals de MFIS in te vullen.<sup>8</sup> Het is dan belangrijk om de assessment samen met de cliënt en zijn naastbetrokkenen in te vullen.<sup>12</sup> De ergotherapeut moet zich dan wel realiseren dat vanuit het perspectief van de naastbetrokkenen de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen anders naar voren kan komen dan vanuit het perspectief van de cliënt alleen.

De MFIS heeft een afkappunt. Mills e.a. hebben aangetoond dat dit afkappunt niet zomaar gebruikt kan worden<sup>11</sup>. Welk afkappunt wel geschikt is, is nog niet duidelijk. Op dit moment is er echter geen alternatief. De werkgroep heeft daarom besloten om vooralsnog de MFIS aan te bevelen en het bestaande afkappunt te hanteren tot er een nieuw afkappunt is bepaald. Wel wordt met klem aangeraden om te kijken naar de score van de MFIS deelgebieden: fysiek, cognitief en psychosociaal functioneren, en niet enkel naar de totaalscore en naar het afkappunt.

### Aanbeveling 5

Het verdient aanbeveling om de MFIS standaard te gebruiken om de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen in kaart te brengen. De totaalscore en het afkappunt kunnen gebruikt worden, mits hier kritisch naar gekeken is.

### Aanbeveling 6

Het kan zinvol zijn om de naastbetrokkenen van de cliënt aanwezig te laten zijn bij het afnemen van de MFIS, als er bij de cliënt sprake is van cognitieve stoornissen.

### 4.3.3. CIS

De Checklist Individuele Spankracht (CIS) is een valide en betrouwbaar assessment om de invloed van vermoeidheid te meten bij chronische vermoeidheid.<sup>13</sup> Het is aannemelijk dat dit ook geldt voor chronische vermoeidheid bij MS, M. Parkinson en CVA. De CIS is een checklist die de, door de cliënt, ervaren vermoeidheid en de hieraan gerelateerde gedragsaspecten, meet. De CIS bestaat uit 20 uitspraken, die nagaan hoe de cliënt zich de laatste twee weken heeft gevoeld, waarbij aangegeven moet worden in welke mate de uitspraak voor hem van toepassing is. De CIS meet de invloed van vermoeidheid waarin veranderingen in de tijd worden meegenomen.<sup>14</sup>

De CIS richt zich op vier probleemgebieden:

- ernst van de vermoeidheid (acht items);
- concentratie (vijf items);

- motivatie (vier items);
- lichamelijke activiteit (drie items).

Elk item wordt op de 7-punts Likert schaal gescoord. Hoge totaalscores betekenen een hoog vermoeidheidsniveau, een hoge mate van concentratieproblemen, lage motivatie en een laag niveau van lichamelijke activiteit.

Een score van tenminste 35 op het probleemgebied “ernst van de vermoeidheid” wordt beschouwd als een indicatie voor ernstige vermoeidheid.<sup>15</sup>

#### Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de CIS een valide en betrouwbare assessment is om de invloed van de vermoeidheid te meten.  C Vercoulen 1999
----------	---

#### Overige overwegingen:

De MFIS en CIS zijn beide valide en betrouwbaar gebleken uit onderzoek, alleen voor de MFIS is het niveau van bewijs hoger. De MFIS meet de invloed van vermoeidheid over een periode van vier weken, de CIS meet over een periode van twee weken.

De werkgroep is van mening dat de MFIS meer geschikt is voor gebruik binnen de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid dan de CIS, omdat de MFIS meet over een langere periode en zich richt op de invloed van de vermoeidheid op het dagelijks handelen.

#### Aanbeveling 7

Het afnemen van de CIS verdient geen aanbeveling.
---

#### 4.3.4. VAS

De Visual Analogue Scale (VAS) is een matig betrouwbaar, valide en praktisch meetinstrument om snel de invloed van vermoeidheid bij MS te meten. Bij een cut-off waarde van 59 en hoger ervaren mensen zware vermoeidheid en veel invloed ervan op het dagelijks leven. In de klinische setting wordt een meer uitgebreide assessment van vermoeidheid en de invloed op het dagelijks leven geadviseerd.<sup>16</sup>

Dittner et.al. (2004) hebben in hun review de VAS-F (Visual Analogue Scale for Fatigue) beoordeeld bij CVA patiënten. De psychometrische eigenschappen zijn goed, al kan de VAS-F geen onderscheid maken tussen vermoeidheid en slaperig zijn.<sup>17</sup>

#### Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de VAS goede psychometrische eigenschappen heeft, maar matig betrouwbaar is om de invloed van vermoeidheid te meten op het dagelijks leven bij patiënten met MS en CVA.  A2 Kos 2006; Dittner 2004
----------	---

#### Aanbeveling 8

De VAS kan gebruikt worden voor een snelle screening van vermoeidheid, maar in de klinische setting wordt een uitgebreidere screening geadviseerd
---

#### 4.3.5. Overige assessments

De Fatigue Severity Scale (FSS) is een vragenlijst bestaande uit negen items. Deze vragenlijst kan beantwoord worden op een zevenpuntsschaal. De FSS is een veel gebruikt assessment binnen onderzoeken naar vermoeidheid en wordt als instrument bij het meten van vermoeidheid bij M. Parkinson aanbevolen. Echter, de FSS meet niet het effect van vermoeidheid op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten.<sup>5</sup> Uit een Rasch analyse uit 2009 is gebleken dat niet alle vragen van de FSS voldoende met elkaar correleren bij MS. De aangepaste versie van FSS, MFSS (7 of 5 items<sup>18,19</sup>) is wel betrouwbaar en valide.<sup>19</sup>

De Brief Fatigue Inventory (BFI) is een korte vragenlijst om vermoeidheid te bepalen. Uit onderzoek naar het meest geschikte vermoeidheidsassessment is gebleken dat de BFI slecht hanteerbaar is voor cliënten met een CVA.<sup>20</sup>

De Fatigue Assessment Scale (FAS) is valide gebleken, maar heeft een lage interne consistentie, wat de FAS minder geschikt maakt voor de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid.<sup>20</sup>

De Fatigue Impact Scale for Daily use (D-FIS) is valide en betrouwbaar gebleken<sup>21,22,23</sup> De D-FIS is goed uitvoerbaar voor cliënten. Uit onderzoek is gebleken dat de D-FIS een grote interne consistentie heeft, gevoelig is voor verandering, en valide is gebleken bij cliënten met MS of de ziekte van Parkinson.<sup>22</sup> De D-FIS heeft een sterke associatie met een aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven en is ontwikkeld om met name te gebruiken in wetenschappelijk (medicijn) onderzoek. De D-FIS is onderzocht in het Engels en Spaans, en is op dit moment niet gevalideerd voor de Nederlandse populatie.

De Multidimensional Fatigue Index (MFI) is een vragenlijst die is opgebouwd uit vijf domeinen waarbinnen 20 vragen beantwoord moeten worden. Uit onderzoek is gebleken dat de MFI valide en betrouwbaar is.<sup>24</sup> De MFI geeft de mate van vermoeidheid aan op vijf verschillende gebieden (algemene vermoeidheid, fysieke vermoeidheid, verminderde motivatie, verminderde activiteit en mentale vermoeidheid). Echter, de uitkomsten zeggen weinig over de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen van de cliënt.<sup>24</sup>

De Chronic Fatigue Syndrom - Activities and Participation Questionnaire (CFS-APQ) is gemaakt vanuit een retrospectieve analyse van twee, al bestaande testen; de Karnofsky Performance Status Questionnaire en de Activities of Daily Living Questionnaire. De CFS-APQ is valide en betrouwbaar gebleken.<sup>25</sup> De sensitiviteit van de CFS-APQ is nog niet onderzocht. Een nadeel van de CFS-APQ is dat hij niet onderzocht is bij de doelgroepen van deze richtlijn, maar alleen nog maar bij het chronisch vermoeidheid syndroom.

De Unidimensional Fatigue Impact Scale (U-FIS) heeft 22 items om de impact van vermoeidheid te meten. Dit meetinstrument is betrouwbaar, maar de constructvaliditeit is nog onvoldoende. De U-FIS is niet in het Nederlands beschikbaar.<sup>26,27</sup>

De Fatigue Scale of Motor and Cognitive functions (FSMC) heeft een hoge test-hertest betrouwbaarheid, heeft een hoge sensitiviteit en specificiteit bij het vaststellen van vermoeidheid bij MS; zowel de interne consistentie als de test-hertest betrouwbaarheid zijn goed. Dit is een nieuw en bruikbaar instrument bij MS patiënten, maar nog niet in het Nederlands te verkrijgen.<sup>28</sup>

De Neurological Fatigue Index (NFI-MS) is een 10 item vragenlijst welke in ontwikkeling is. Deze bestaat uit een fysieke, cognitieve subschaal en een totaal score. De eerste resultaten uit een Rasch analyse geven aan dat NFI reproduceerbaar, betrouwbaar en valide is bij de MS populatie.<sup>29</sup> Deze vragenlijst is nog niet in het Nederlands vertaald.



De Functional Assessment of Chronic Illness Therapy fatigue Scale (FACIT-S) is een voor M. Parkinson ontwikkelde screeningslijst met 13 items. De FACIT-S is valide en betrouwbaar,<sup>30</sup> maar nog niet vertaald naar het Nederlands.

#### Aanbeveling 9

Het is sterk aan te bevelen de keuze van het assessment te heroverwegen wanneer de CFS-APQ onderzocht is bij cliënten met MS, CVA of de ziekte van Parkinson.

#### Aanbeveling 10

Om de invloed van vermoeidheid op fysiek, cognitief en psychosociale functioneren te meten kan het best de MFIS gebruikt worden.  
 De Richtlijn Beroerte<sup>31</sup> beveelt de FSS of FIS (uitgebreidere versie van de MFIS) aan;  
 De Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>32</sup> doet geen aanbeveling voor het gebruik van een vragenlijst;  
 De Richtlijn MS<sup>33</sup> beveelt meerdere vragenlijsten (FSS, MFIS, CIS20R) aan om alle aspecten van vermoeidheid in kaart te brengen.  
 De ergotherapie richt zich op het dagelijks functioneren, de MFIS richt zich op de impact van vermoeidheid op dit functioneren. De werkgroep beveelt aan om het afnemen van de MFIS als standaard te beschouwen om de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen in kaart te brengen. De totaalscore en het afkappunt kunnen gebruikt worden, mits kritisch wordt gekeken op welke items er veranderingen zijn gescoord.

## 4.4. INCLUSIECRITERIA

De Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid is te gebruiken bij cliënten die aan alle onderstaande inclusiecriteria voldoen (zie ook hoofdstuk 2.3.1.):

- De cliënt heeft bij voorkeur een verwijzing voor ergotherapiebehandeling. Per 1 juli 2011 geldt Directe Toegankelijk voor de ergotherapie en kunnen patiënten zonder verwijsbrief naar de ergotherapie, waardoor een verwijzing niet noodzakelijk is.
- De cliënt heeft de diagnose MS of CVA of de ziekte van Parkinson.
- Uit de inventarisatie van de hulpvraag blijkt dat de problemen van de cliënt samenhangen met chronische vermoeidheid a.g.v. MS, CVA of de ziekte van Parkinson. Chronische vermoeidheid is: 'vermoeidheid die, ongeacht het tijdstip van de dag, aanwezig is op meer dan de helft van de dagen gedurende een periode langer dan zes weken achter elkaar'.<sup>31</sup>
- De cliënt heeft een MFIS-score  $\geq 38$ <sup>10</sup> (zie 4.3.2. MFIS).

Wanneer de cliënt niet aan bovenstaande inclusiecriteria voldoet, wordt er in overleg met de cliënt bepaald welk ander behandeltraject voor hem geschikt is.

#### Conclusie

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat de cliënt kan deelnemen aan behandeling volgens de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid als hij voldoet aan de inclusiecriteria.
----------	--

#### Aanbeveling 11

Het is aan te bevelen cliënten te behandelen volgens de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid, wanneer zij vallen binnen de inclusiecriteria van deze richtlijn.

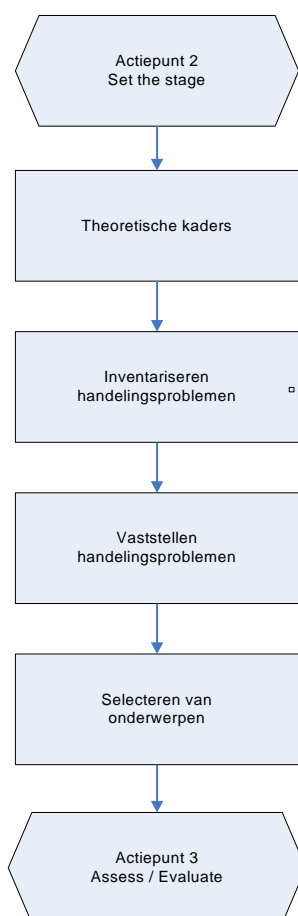
## LITERATUUR

1. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 247-72.
2. Stomph M, Zalmstra A. Cliëntgericht gegevens verzamelen, mondeling en schriftelijk verzamelen van gegevens. Utrecht: Lemma; 2003.
3. van Loon H, Satink T. Methodisch handelen. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 665-86.
4. van Loon H, Satink T. Probleeminventarisatie en -analyse van handelen en omgeving. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 687-715.
5. Mathiowetz V. Test-Retest reliability and convergent validity of the Fatigue Impact Scale for Persons With Multiple Sclerosis. *Am J Occup Ther*. 2003;57:389-95.
6. Fisk JD, Pontefract A, Ritvo PG, Archibald CJ and Murray TJ. The impact of fatigue on patients with multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci* 1994; 21: 9–14.
7. Mathiowetz V, Matuska KM, Murphy ME. Efficacy of an Energy Conservation Course for Persons with Multiple Sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82,449-56.
8. Kos D, Kerchhofs E, Nagels G, Hooghe BDD, Duquet W, Duportail M, et al. Assessing fatigue in multiple sclerosis: Dutch Modified Fatigue Impact Scale. *Acta neurol. Belg*. 2003;103:185-91.
9. Kos D, Kerchhofs E, Carrea I, Verza R, Ramos M, Jansa J. Evaluation of the Modified Fatigue in four different European Countries. *Multiple Sclerosis* 2005 11:76-80
10. Flachenecker P, Kümpfel T, Kallman B, Gottschalk M, Grauer O, Rieckmann P, et al. Fatigue in multiple sclerosis: a comparison of different rating scales and correlation to clinical parameters. *Mult Scler* 2002;8:523-26.
11. Mills RJ, Young CA, Pallant JF, Tennant A. Rasch analysis of the Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010;81:1049-105
12. Thijssen M, van Melick M, Désiron H. Behandelen, plan van aanpak opstellen en uitvoeren. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 717-44.
13. Vercoulen JHMM, Alberts M, Bleijenberg G. De Checklist Individual Strength (CIS). *Gedragstherapie* 1999;32:131-6.
14. Vercoulen JHMM, Swanink CMA, Fennis JFM, Galama JMD, Meer van der JWM, Bleijenberg G. Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res*. 1994;38(5):383-92.
15. Bültmann U, Vries M de, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Vercoulen JHMM, Kant IJ. Measurement of prolonged fatigue in the working population: determination of a cut-off point for the Checklist Individual Strength. *J Occup Health Psychol* 2000;5:411-16.
16. Kos D, Nagels G, D'Hooghe MB, Duportail M, Kerckhofs E. A rapid screening tool for fatigue impact in multiple sclerosis. *BMC Neurology* 2006; 6:27
17. Dittner AJ, Wessely SC, Brown RG. The assessment of fatigue: A practical guide for clinicians and researches. *Journal of Psychosomatic Research* 2004, 56:2; 157-170
18. Lerdal A, Johansson S, Kottorn A, von Koch L. Psychometric properties of the fatigue severity scale: Rasch analyses of responses in a Norwegian and a Swedish MS cohort. *Mult. Scler*. 2010 Jun;16(6):733-41.
19. Mills RJ, Young CA, Nicholas R, Pallant JF, Tennant A. Rasch analysis of the Fatigue Severity Scale in multiple sclerosis. *Mult. Sclerosis* 2009;15(1):81-87
20. Gillian Mead MD, Joanna Lynch MA. Evaluation of Fatigue Scales in Stroke Patients. *Stroke* 2007;38:2090-95.
21. Martinez-Martin P, Catalan MJ, Benito-Leon J. Impact of fatigue in Parkinson's disease: The fatigue impact scale for daily use (D-FIS). *Qual life Res*. 2006;15:597-606.
22. Fisk JD, Doble SE. Construction and validation of a fatigue impact scale for daily administration (D-FIS). *Qual life Res*. 2002;11:263-72.
23. Benito-Leon J, Martinez-Martin P, Frades B, et al. Impact of fatigue in multiple sclerosis: the fatigue impact scale for daily use (D-FIS) *Multiple Sclerosis* 2007; 13: 645-651.
24. Smets E, Garssen B, Bonke B, De Haes JCJM. The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res*. 1995;39(5):315-25.
25. Nijs J, Vaes P, Meirleir K. The Chronic Fatigue Syndrome Activities and Participation Questionnaire (CFS APQ): An overview. *Occup Ther Int*. 2005;12(2):107-121.
26. Doward LC, Meads DM, Fisk J, et al. International development of the unidimensional fatigue impact scale (U-FIS). *Value Health* 2010; 13(4): 463-468.
27. Meads DM, Doward LC, McKenna SP, Fisk J, Twiss J, Eckert B. The development and validation of the unidimensional fatigue impact scale (U-FIS). *Multiple Sclerosis* 2009; 15(10):1228-1238.
28. Penner IK, Rassellj C, Stöcklin M, opwis K, Kappos L, Calabrese P. The Fatigue Scale of Motor and Cognitive Functions (FSMC): validation of a new instrument. *Multiple Sclerosis* 2009; 15(12): 109-1517
29. Mills RJ, Young CA, Pallant JF, Tennant A. Development of a patient reported outcome scale for fatigue in multiple sclerosis: the neurological fatigue index (NFI-MS). *Health Qual life outcomes*, 2010; 12;8:22
30. Hagell P, Höglund A, Reimer J, et al. Measuring fatigue in Parkinson's Disease: A psychometric study of two brief generic fatigue questionnaires. *Journal of pain and symptom management*, 2006; 32 (5): 420-432.
31. Cup EHC, Steultjens EMJ. *Ergotherapie-richtlijn Beroerte*. Utrecht: NVE; 2005.
32. Sturkenboom I, Thijssen M, Gons-van Eslacker J, et al. *Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson*. Utrecht: Lemma; 2008.
33. Nederlandse vereniging voor neurologie Conceptrichtlijn Diagnostiek, behandeling en functioneren bij Multiple sclerose. CBO, Utrecht 2011.
34. Multiple Sclerosis Council for Clinical Practice Guidelines. *Fatigue and multiple sclerosis, evidence-based management strategies for fatigue in multiple sclerosis*. America; 1998.

## 5. ACTIEPUNT 2: SET THE STAGE

In dit actiepunt bepalen de cliënt en de ergotherapeut samen hoe ze de behandeling vorm gaan geven. Hieronder valt de wijze van rapporteren, samenwerken en de bereidheid van de cliënt om aan de behandeling deel te nemen. De handelingsproblemen van de cliënt worden geïnventariseerd en er wordt bepaald welke onderwerpen tijdens de behandeling aan bod komen. De ergotherapeut bepaalt welke theoretische kaders het meest aansluiten op de situatie van de cliënt en zijn normen en waarden. De ergotherapeut informeert de cliënt over de mogelijke vormen van de behandeling zodat de cliënt zijn eigen keuzes kan maken.<sup>1</sup>

In figuur 5.1 is weergegeven hoe actiepunt 2 verloopt.



Figuur 5.1: Actiepunt 2: Set the stage

### 5.1. UITGANGSVRAGEN

- Welk assessment is bij deze doelgroep het meest geschikt om de handelingsproblemen op basis van vermoeidheid te inventariseren?
- Welke onderwerpen kunnen geselecteerd worden voor de behandeling van chronische vermoeidheid bij cliënten met MS, CVA of de ziekte van Parkinson?

## 5.2. INVENTARISEREN HANDELINGSPROBLEMEN

Bij de probleeminventarisatie en -analyse werken de cliënt en ergotherapeut samen met als doel het verzamelen, ordenen, analyseren en interpreteren van gegevens over het dagelijks handelen van de cliënt en zijn omgeving. Dit leidt tot het benoemen (en beschrijven) van handelingsproblemen van de cliënt en zijn capaciteiten om deze op te lossen.<sup>2</sup> De onderstaande instrumenten zijn geselecteerd om ervaren problemen in het uitvoeren of participeren in activiteiten vast te leggen. De inventarisatie is dan niet alleen gericht op vermoeidheid, maar de ergotherapeut en cliënt kunnen bij het vaststellen van het handelingsprobleem (5.4) de link naar vermoeidheid maken.

### 5.2.1. COPM

De Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is afgeleid van het inhoudsmodel Canadian Model of Occupational Performance (CMOP). De COPM is een individueel cliëntgericht assessment. Het is een semi-gestructureerd interview waarbij de ergotherapeut de cliënt stimuleert om zelf zijn problemen in het dagelijks handelen in kaart te brengen en de vijf meest belangrijke problemen scoort op uitvoering en tevredenheid.<sup>3</sup>

Het doel van de COPM is het vastleggen van de verandering(en) in de zelfperceptie over het handelen van de cliënt. De COPM is bruikbaar om samen met de cliënt handelingsproblemen te inventariseren, waarop de doelen en het plan van aanpak worden gebaseerd. De hertest van de COPM kan als evaluatie-assessment gebruikt worden om veranderingen in het handelen van de cliënt te meten. De COPM is bruikbaar bij cliënten uit verschillende leeftijdsgroepen met diverse problemen in het handelen.<sup>4</sup>

Uit onderzoek is gebleken dat de COPM valide, betrouwbaar en responsief is.<sup>5,6</sup> De Ergotherapie Richtlijn Beroerte<sup>7</sup>, de Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>8</sup> en de Richtlijn MS<sup>9</sup> bevelen de COPM aan om ervaren handelingsproblemen te inventariseren. Het COPM is algemeen bekend binnen de ergotherapie in Nederland.

De COPM is opgenomen als bijlage in het werkboek.

#### Conclusies

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat de COPM valide, betrouwbaar en responsief is. A2 Dedding, 2004, B Eyssen 2005, A2 Eyssen 2011
Niveau 3	Het is aannemelijk dat de COPM geschikt is als inventarisatie assessment bij cliënten met diverse ziektebeelden. A2 Dedding, 2004, B Eyssen, 2005
Niveau 3	De COPM is een individueel cliëntgericht assessment. B Cup, 2003

#### Aanbeveling 12

Afname van de COPM wordt als standaard beschouwd om de handelingsproblemen te inventariseren bij cliënten met chronische vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson.

### 5.2.2. IPA

De Impact op Participatie en Autonomie (IPA) is een gestructureerde vragenlijst. Met de IPA worden twee verschillende aspecten van participatie en autonomie geëvalueerd. Ten eerste kunnen belemmeringen in participatie en autonomie worden gekwantificeerd. Ten tweede kunnen ervaren problemen in de participatie worden geëvalueerd. Het perspectief van de cliënten staat bij de IPA centraal.<sup>10</sup>

Het doel van de IPA is om een beeld te krijgen van de manier waarop de gezondheid van de cliënt zijn mogelijkheden beïnvloedt om het leven te leiden dat hij wil, en hoe de cliënt dit beleeft en beoordeelt.<sup>11</sup>

Uit onderzoek is gebleken dat de IPA een valide, betrouwbaar en responsief meetinstrument is. De interne consistentie van de items in de verschillende domeinen van de IPA is goed.<sup>12, 13</sup>

De Richtlijn MS<sup>9</sup> beveelt de IPA voor het screenen van problemen op verschillende gebieden van de ICF. De Ergotherapie Richtlijn Beroerte<sup>7</sup> en de Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>8</sup> doen geen uitspraak over de IPA.

De IPA bestaat uit de volgende negen domeinen:

- mobiliteit;
- zelfverzorging;
- bezigheden en taken in en om het huis;
- geldbesteding;
- tijdsbesteding en ontspanning;
- sociale contacten en relaties;
- de mogelijkheid om anderen te helpen of te steunen;
- de mogelijkheid voor betaald of vrijwilligerswerk;
- de mogelijkheid om een opleiding, cursus of onderwijs te volgen.<sup>10</sup>

De IPA is opgenomen als bijlage in het werkboek.

#### Conclusies

Niveau 3	Het is aannemelijk dat de IPA valide en betrouwbaar is. B Cardol, 2001
----------	---

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de IPA responsief is. C Cardol, 2002
----------	--

#### Aanbeveling 13

Het kan zinvol zijn de IPA af te nemen als aanvulling op de COPM, wanneer blijkt dat er meer informatie over de activiteiten en participatie van de cliënt nodig is.
--

### 5.2.3. OPHI-II

De Occupational Performance History Interview II (OPHI-II) is afgeleid van het Model Of Human Occupation (MOHO).<sup>14</sup> De OPHI-II is een ergotherapeutisch evaluatie-instrument dat is ontwikkeld om zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie over het handelen van cliënten te verzamelen.<sup>15</sup>

Het doel van de OPHI-II is het verzamelen van twee soorten informatie:<sup>15</sup>

- Informatie over feiten, omstandigheden en gebeurtenissen in het leven van de cliënt en hoe hij de tijd doorbracht in het verleden en doorbrengt in het heden.

- Verhalende gegevens die inzicht verschaffen aan de betekenis die de cliënt aan zijn leven geeft en die inzicht geven in het leven dat de cliënt wil leiden.

De OPHI-II kan alleen gebruikt worden bij cliënten die in staat zijn geïnterviewd te worden over hun levensgeschiedenis. De OPHI-II is een zeer persoonlijk interview, waarbij de cliënt gevraagd wordt over zijn leven te vertellen, hetgeen emotionele reacties kan oproepen<sup>16</sup>.

Uit één onderzoek is gebleken dat de drie scoreschalen van de OPHI-II valide metingen doen in diverse culturen en talen.<sup>17</sup> Er is verder geen onderzoek gevonden over de betrouwbaarheid en de validiteit van de OPHI-II. De Ergotherapie Richtlijn Beroerte<sup>6</sup> en de Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>7</sup> bevelen de OPHI-II aan om te gebruiken om inzicht te krijgen in handelingsidentiteit, coping, motivatie ten aanzien van betekenisvol handelen<sup>7</sup> en de betekenis van de beperkingen in activiteiten en participatie voor een cliënt<sup>6</sup>. De Richtlijn MS<sup>9</sup> doet hier geen uitspraak over.

De OPHI-II bestaat uit drie delen:

- Een semi-gestructureerd interview over het handelingsverleden van de cliënt. Dit deel is gericht op kwalitatieve gegevens over vijf thema's: rollen, dagelijkse routine, handelingssituaties, activiteitenkeuze en beslissende gebeurtenissen in het leven.
- Drie scoreschalen: handelingsidentiteit, handelingscompetentie en handelingssituatie. Hierbij wordt informatie uit het interview omgezet in scores en levert zo kwantitatieve gegevens op.
- Een verhaal over de levensgeschiedenis, waarin de (kwalitatieve) informatie uit het interview grafisch wordt weergegeven.<sup>15</sup>

De afname van de OPHI-II kost minimaal 45 minuten, maar neemt veelal meer dan een uur in beslag. De handleiding van OPHI-II stelt dat de ergotherapeut flexibel om mag gaan met het afnemen van de OPHI-II. De ergotherapeut kan er voor kiezen om de OPHI-II in meerdere sessies af te nemen.<sup>18</sup> Er wordt gesteld dat enige kennis van het MOHO vereist is voor afname van de OPHI-II.<sup>14</sup>

De OPHI-II is opgenomen als bijlage in het werkboek.

#### Conclusies

Niveau 4	Experts zijn van mening dat de OPHI-II toegepast kan worden om de handelingsidentiteit, handelingscompetentie en handelingssituatie van een cliënt te onderzoeken.  D Kielhofner, 1997
----------	--

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat er onvoldoende onderzoek gedaan is naar de validiteit en betrouwbaarheid van de OPHI-II om een conclusie te kunnen trekken over zijn waarde als assessment.
----------	--

Overige overwegingen:

De afname van de OPHI-II kan relatief gezien veel tijd kosten. In eerder geciteerde onderzoeken is al gesteld dat bij cliënten met MS de afname van langdurige assessments vermoeidheidsproblemen kunnen veroorzaken.<sup>19</sup> Het is aannemelijk dat bij cliënten met CVA of de ziekte van Parkinson langdurige assessments ook vermoeidheidsproblemen kunnen veroorzaken. Echter er kan er veel informatie verkregen worden uit de OPHI-II welke gebruikt kan worden in het verder cliëntgericht behandelen en adviseren. Wanneer er gekozen wordt voor het afnemen van de OPHI-II en het is te vermoeiend voor de cliënt om in één keer het gehele interview te doen, kan dit verdeeld worden over meerdere sessies. De Rollenlijst en (deels) het Werknemersrol Interview is ook onderdeel van de OPHI-II en hoeft dan niet nogmaals te worden afgenomen in actiepoint 3.

Voor cliënten met cognitieve stoornissen kan het moeilijk zijn om over veranderingen in zijn leven te vertellen.<sup>20</sup> Het is dan belangrijk om de OPHI-II samen met de cliënt en zijn naastbetrokkenen af te nemen.<sup>21</sup> De ergotherapeut moet zich dan wel realiseren dat het levensverhaal van de cliënt vanuit een ander perspectief verteld wordt, dan wanneer de cliënt het verhaal zelf vertelt.

De literatuur geeft geen uitsluitel of er ook alleen bepaalde delen van de OPHI-II afgenomen mogen worden. In de literatuur staat wel beschreven dat men flexibel mag omgaan met het afnemen van de OPHI-II, zoals het in meerdere sessies afnemen van de OPHI-II.<sup>18</sup> De werkgroep is van mening dat de OPHI-II of een gedeelte hiervan af te nemen is, wanneer uit het COPM blijkt dat er meer informatie nodig is over handelingsidentiteit, handelingscompetentie en/of handelingssituatie van de cliënt.

#### Aanbeveling 14

Het is te overwegen de OPHI-II, of gedeeltes hieruit, af te nemen wanneer blijkt dat er meer informatie nodig is over de handelingsidentiteit, handelingscompetentie en/of handelingssituatie van de cliënt.

#### Aanbeveling 15

Wanneer door cognitieve stoornissen de OPHI-II niet afgenomen kan worden met de cliënt alleen, kan dit samen met een naastbetrokkenen gedaan worden.

### 5.2.4. OSA

De Occupational Self Assessment (OSA) is afgeleid van MOHO en CMOP. De OSA is een zelfevaluatie-assessment, hetgeen inhoudt dat de cliënt zichzelf beoordeelt en waardeert aan de hand van verschillende uitspraken. De OSA is ontworpen om de communicatie tussen de cliënt en de ergotherapeut te bevorderen, dit is essentieel voor het cliëntgericht werken.<sup>22</sup>

Het doel van de OSA is het beoordelen en waarderen van het eigen handelen in rollen en taken, om een eigen beeld van de handelingscompetentie en de invloed van de omgeving op het handelen weer te geven. Tevens geeft de cliënt prioriteiten voor veranderingen aan, waarmee een aanzet wordt gegeven tot een cliëntgericht plan van aanpak.<sup>22</sup>

De Ergotherapie Richtlijn Beroerte<sup>7</sup> beveelt de OSA aan in de chronische fase na een beroerte. De Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>8</sup> en de Richtlijn MS<sup>9</sup> doen hier geen uitspraak over.

De OSA is opgebouwd uit twee gedeeltes. Het eerste gedeelte heeft betrekking op de cliënt en bestaat uit 22 uitspraken over activiteiten en handelingen uit het dagelijks leven. Het tweede gedeelte heeft betrekking op de omgeving van de cliënt en bestaat uit acht uitspraken.<sup>22</sup>

De OSA kan worden afgenomen als er aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Adolescenten, volwassenen en ouderen waarbij zowel de cliënt als de ergotherapeut inzicht willen krijgen in de mate van tevredenheid over de handelingcompetentie, het adaptatievermogen en/of de omgeving van de cliënt.
- Cliënten die een 'normaal' cognitief niveau hebben en:
  - o zichzelf realistisch kunnen inschatten in de huidige situatie;
  - o het vermogen hebben om te participeren in de behandeling;
  - o zich kunnen concentreren op de taak;
  - o vaardigheden hebben tot zelfreflectie;
  - o het vermogen hebben hun eigen handelen te evalueren;
  - o leesvaardig zijn.
- Cliënten bevinden zich niet in de acute fase en zijn er aan toe om zelf doelen te stellen.
- Cliënten hebben een complexe/meervoudige problematiek.<sup>22</sup>

Er is geen onderzoek gevonden naar de betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit van de OSA.

## Conclusie

Niveau 4	Uit de literatuur is niet gebleken dat de OSA bruikbaar is om de handelingsproblemen met betrekking tot chronische vermoeidheid bij cliënten met MS, CVA of de ziekte van Parkinson te inventariseren.
----------	--

### Overige overwegingen:

Uit onderzoek blijkt dat de COPM valide, betrouwbaar en responsief is, waardoor deze de voorkeur geniet boven de OSA.

### Aanbeveling 16

Het verdient geen aanbeveling om de OSA af te nemen als probleeminventarisatie assessment bij cliënten met chronische vermoeidheidsproblemen als gevolg van MS, CVA of de ziekte van Parkinson.

## 5.3. SYSTEEMBENADERING

Vermoeidheid heeft veelal niet alleen impact op de cliënt maar op de mensen om hem heen. Eisen en verwachtingen van de mensen in de omgeving van de cliënt kunnen leiden tot grotere fysieke en mentale vermoeidheid bij de cliënt en omgekeerd kan de vermoeidheid leiden tot andere eisen en verwachtingen bij de omgeving aan de cliënt.

Cliënten met MS, M. Parkinson of een CVA zullen vaak ook te maken hebben met familie en vrienden die een rol spelen in hun leven en in het revalidatieproces. De Richtlijn Revalidatie na een Beroerte en de Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson onderstrepen ook hoe belangrijk het is om oog te hebben voor het systeem van de cliënt. Mantelzorgers, familie of vrienden kunnen een bijdrage leveren aan de revalidatie bij vermoeidheid. Ook kan de behandeling gericht zijn op hun rol.

Om de belasting voor partner, mantelzorger of iemand anders in het systeem te meten zijn er verschillende meetinstrumenten ontworpen. Het meten van de belasting van de partner kan gedaan worden om het risico van overbelasting te voorspellen, de gegeven steun en professionele begeleiding te evalueren, om de interventies te evalueren en/of om te achterhalen welke aspecten van het geven van zorg kan leiden tot extra belasting.<sup>23</sup>

Het vroeg erkennen van de belasting van het systeem is belangrijk bij het vaststellen van de goede interventies.<sup>24</sup> Deze belasting kan zowel fysiek als mentaal van aard zijn. De ervaren zorglast van mantelzorgers dient dus ook besproken worden (bijvoorbeeld n.a.v. het invullen van een vragenlijst) tijdens de behandeling en dit kan meegenomen worden in het opstellen van doelen.

In de Richtlijn Beroerte<sup>7</sup> worden de Caregiver Strain Index en Caregiver Reaction Assessment gebruikt om de belasting van de mantelzorger in kaart te brengen. In de Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>8</sup> wordt aanbevolen een narratief vraaggesprek te voeren over vastgestelde aspecten m.b.t de zorg voor de cliënt. De Richtlijn MS<sup>9</sup> doet hier geen uitspraak over.

### 5.3.1. Caregiver Strain Index

Dit instrument is in het Nederlands vertaald en bestaat uit 13 ja/nee vragen. Een score van 7 of hoger betekent overbelasting. De CSI is een valide en betrouwbaar instrument. Het instrument heeft een goede reproduceerbaarheid en een matige responsiviteit.<sup>25</sup>

De CSI is opgenomen als bijlage in het werkboek.



### 5.3.2. Caregiver Reaction Assessment

De Caregiver Reaction Assessment heeft 24 items welke te scoren zijn op een vijfpunts-schaal. De lijst bevat vijf categorieën: de mate waarin partner zijn/haar dagelijkse bezigheden moet onderbreken, financiële belasting, tekort aan steun van familie, gezondheidsproblemen van de partner en positieve ervaringen van het geven van de zorg voor de partner. Het invullen kost minder dan 10 minuten. De CRA is in het Nederlands vertaald, hij is echter niet goed reproduceerbaar en responsief.<sup>25</sup>

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de zorglast goed in kaart kan worden gebracht met de Caregiver Strain Index (CSI) of de Caregiver Reaction Assessment (CRA). De instrumenten meten zorglast als de naaste daadwerkelijk zorg draagt. De CRA heeft de mogelijkheid om positieve aspecten van de zorg te scoren, maar scoort laag op de Smallest detectable difference (SDD) en standard error of measurement (SEM).  A2 Post 2007
----------	---

#### Aanbeveling 17

Het is aan te bevelen de Caregiver Strain Index te gebruiken om de zorglast van het systeem in kaart te brengen.

## 5.4. VASTSTELLEN HANDELINGSPROBLEMEN

Na het afnemen van de assessments bespreken de cliënt en de ergotherapeut de uitkomsten. Daarbij staan ze stil bij elk onderdeel van het probleem, proberen ze de problemen te begrijpen en toetsen zij ideeën over de problemen bij elkaar. Samen stellen ze vast aan welke handelingsproblemen er gewerkt gaat worden.<sup>26</sup>

#### Conclusie

Niveau 4	Experts zijn van mening, dat het vaststellen van de handelingsproblemen samen met de cliënt leidt tot meer inzicht in de problematiek.  D van Loon, 2006
----------	--

#### Aanbeveling 18

Het heeft de voorkeur om de handelingsproblemen samen met de cliënt vast te stellen.

## 5.5. HET SELECTEREN VAN ONDERWERPEN

Wanneer de handelingsproblemen met de cliënt zijn vastgesteld dan bepalen de cliënt en ergotherapeut welke onderwerpen met de hulpvraag van de cliënt te maken hebben.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat chronische vermoeidheid bij cliënten met MS, CVA of de ziekte van Parkinson invloed heeft op het dagelijks handelen.<sup>27-29</sup> Het gevolg hiervan is dat de cliënt, onder andere zijn rollen en taken niet meer naar tevredenheid kan uitvoeren en dat de cliënt vaak afhankelijk is van de hulp van anderen.<sup>27, 28</sup>

Veel van de handelingsproblemen, die cliënten met chronische vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson ervaren, hangen samen met de dagindeling van de cliënt of de manier waarop hij activiteiten uitvoert. De volgende onderwerpen komen bij behandelprogramma's, voor cliënten met chronische vermoeidheid, aan bod:<sup>29-34</sup>

- leefwijze van de cliënt;
- ontspanning;

- communicatie;
- dagindeling;
- uitvoering van activiteiten;
- ergonomie en houding;
- aanpassingen en het gebruik van hulpmiddelen.

De bovenstaande onderwerpen zijn niet de enige onderwerpen die van invloed kunnen zijn op de handelingsproblemen van de cliënt. Vanuit de hulpvraag van de cliënt en de inventarisatie van handelingsproblemen kunnen ook andere onderwerpen naar voren komen, bijvoorbeeld problemen in het participeren bij een specifieke hobby of problemen die de partner ervaart bij de beperkingen van de cliënt.

Het selecteren van onderwerpen hangt samen met de theoretische kaders (zie 3.2. theoretische kaders). De samenhang is weergegeven in tabel 5.1. Deze tabel is opgenomen als bijlage in het werkboek.

Op basis van de hulpvraag, de inventarisatie van de handelingsproblemen en het gekozen theoretisch kader selecteren de cliënt en ergotherapeut één of meerdere onderwerpen die tijdens de behandeling aanbod kunnen komen. Bij actiepunt 3 wordt verder onderzocht of de geselecteerde onderwerpen aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt.

Tabel 5.1: Onderwerpen

Onderwerp	Theoretisch kader	Volgorde onderwerpen volgens		
		Cliënt	Therapeut	Cliënt & therapeut
Leefwijze van de cliënt	Psycho-emotioneel Sociaal-cultureel Ontwikkeling Omgeving			
Ontspanning	Fysieke revalidatie Psycho-emotioneel			
Communicatie	Sociaal-cultureel Omgeving			
Dagindeling	Fysieke revalidatie Psycho-emotioneel Sociaal-cultureel Omgeving			
Uitvoering van activiteiten	Neurologisch-cognitief Fysieke revalidatie Psycho-emotioneel Sociaal-culturele Ontwikkeling Omgeving			
Ergonomie en houding	Neurologisch-cognitief Fysieke revalidatie Omgeving			
	Neurologisch-cognitief Psycho-emotioneel Omgeving			

## Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat onderwerpen gericht op de dagindeling of de uitvoering van activiteiten effectief zijn binnen de behandeling van chronische vermoeidheid.  B Mathiowetz, 2005, Vanage, 2003 C Mathiowetz, 2001, Welham, 1995 D Shapiro, 1991
----------	---

## Overige overwegingen:

De ergotherapeut en de cliënt selecteren samen de onderwerpen (agenda setting), de naastbetrokkenen kunnen hierbij aanwezig zijn. De ergotherapeut moet zich realiseren dat de cliënt mogelijk andere onderwerpen belangrijker vindt dan de naastbetrokkenen.

## Aanbeveling 19

Het is aan te bevelen om samen met de cliënt en zijn naastbetrokkenen één of meerdere ervaren handelingsproblemen te selecteren die tijdens de behandeling aan bod moeten komen.
--

## LITERATUUR

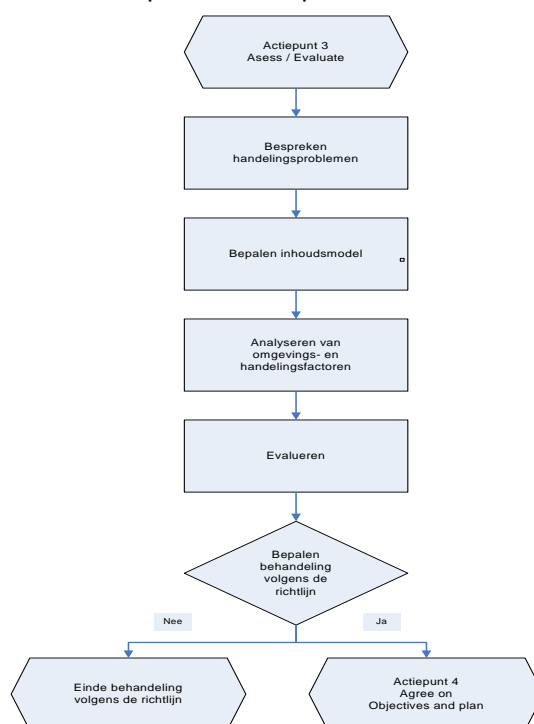
1. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 247-72.
2. Van Loon H, Satink T. Probleeminventarisatie en -analyse van handelen en omgeving. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 687-715.
3. Cup EHC, Scholte op Reimer WJM, Thijssen MCE, van Kuyk-Minis MAH. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clin Rehabil*. 2003;17:402-9.
4. Eysen ICJM, Beelen A, Dedding C, Cardol M, Dekker J. The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clin Rehabil*. 2005;19:888-94.
5. Dedding C, Cardol M, Eysen ICJM, Dekker J, Bellen A. Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. *Clin Rehabil*. 2004;18:660-67.
6. Eysen ICJM, Steultjens MPM, Oud TAM, Bolt EM, Maasdam A, Dekker J. Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure. *JRRD* 2011;48 (5):517-28
7. Cup EHC, Steultjens EMJ. *Ergotherapie-richtlijn Beroerte*. Utrecht: NVE; 2005.
8. Sturkenboom I, Thijssen M, Gons-van Eslacker J, et al. *Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson*. Utrecht: Lemma; 2008.
9. Nederlandse vereniging voor neurologie Conceptrichtlijn Diagnostiek, behandeling en functioneren bij Multiple sclerose. CBO, Utrecht 2011.
10. Cardol M. Vragenlijst Impact op participatie en autonomie (IPA) Handleiding. Beschikbaar via: [www.nivel.nl/pdf/INT-handleiding\\_vragenlijstIPA.pdf](http://www.nivel.nl/pdf/INT-handleiding_vragenlijstIPA.pdf) 2005.
11. Cardol M. Impact op Autonomie en Participatie (IPA) Vragenlijst. Beschikbaar via: [www.nivel.nl/pdf/INT-vragenlijstIPA.pdf](http://www.nivel.nl/pdf/INT-vragenlijstIPA.pdf) 2004.
12. Cardol M, Beelen A, van den Bos GA, de Jong BA, de Groot IJ, de Haan RJ. Psychometric Properties of the Impact on Participation and Autonomy Questionnaire. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82:210-15.
13. Cardol M, Beelen A, van den Bos GA, de Jong BA, de Groot IJ, de Haan RJ. Responsiveness of the Impact on Participation and Autonomy Questionnaire. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83:1524-29.
14. Law M, Manville Baum C, Dunn W. *Measuring occupational performance : supporting best practice in occupational therapy*. Thorofare: Slack; 2005.
15. Kielhofner G, Forsyth K, Clay C, Ekbladh E, Haglund L, Hemmingsson H, et al. Talking with clients: assessments that collect information through interviews. In: Kielhofner G, editor. *Model of Human Occupation. Theory and Application*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p 237-62.
16. Cup EHC, Steultjens EMJ. *Ergotherapie-richtlijn Beroerte*. Utrecht: NVE; 2005.
17. Kielhofner G, Mallinson T, Forsyth K, Lai JS. Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *Am J Occup Ther*. 2001;55(3):260-7.
18. Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Hebray A, et al. *A user's guide to the Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II)*. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois; 1997.
19. Mathiowetz V, Matuska KM, Murphy ME. Efficacy of an Energy Conservation Course for Persons with Multiple Sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82:449-56.
20. Kos D, Kerchhofs E, Nagels G, Hooghe BDD, Duquet W, Duportail M, et al. Assessing fatigue in multiple sclerosis: Dutch Modified Fatigue Impact Scale. *Acta Neurol Belg*. 2003;103:185-91.
21. Thijssen M, van Melick M, Désiron H. Behandelen, plan van aanpak opstellen en uitvoeren. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 717-44.
22. Instituut Ergotherapie Innovatiecentrum. *Model of Human Occupation Nr. 5 Occupational Self Assessment*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 1998.
23. Visser-Meily A, Heugten van C. *Zorg voor de mantelzorg*. Nederlandse Hartstichting, 2004
24. Buhse M. Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs*. 2008;40(1):25-31.
25. Post MW, Festen H, Port van der IG, Visser-Meily JM. Reproducibility of the Caregiver Strain Index and the Caregiver reaction Assessment in partners of stroke patients living in Dutch community. *Clin. Rehabilitation*, 2007; 21(11):1050-1055.
26. Satink T, van Loon H. Methodische handelen. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p.665-86.
27. Krupp LB. Fatigue in Multiple Sclerosis Definition, Pathophysiology and Treatment. *CNS Drugs*. 2003;17(4):225-34.
28. Glader EL, Stegmayr B, Asplund K. Poststroke Fatigue A 2-Year Follow-Up Study of Stroke Patients in Sweden. *Stroke* 2002;33(5):1327-33.
29. Karlsen K, Larsen JP, Tandberg E, Jørgensen K. Fatigue in Patients With Parkinson's Disease. *Mov Disord*. 1999;14(2):237-41.
30. Vanage SM, Gilbertson KK, Mathiowetz V. Effects of an energy conservation course on fatigue impact for persons with progressive multiple sclerosis. *Am J Occup Ther*. 2003;57:315-23.
31. Welham L. Occupational therapy for fatigue in patients with multiple sclerosis. *British Journal of Occupational Therapy* 1995; 58, p. 507-9.
32. Schapiro T. *Multiple Sclerosis: a rehabilitation approach to management*. New York: Demos; 1991.
33. Mathiowetz VG, Finlayson ML, Matuska KM, Chen HY, Luo, P. Randomized controlled trial of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2005;11:592-601.
34. Mathiowetz V, Matuska KM, Murphy ME. Efficacy of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82:449-56.

## 6. ACTIEPUNT 3: ASSESS/EVALUATE

Bij actiepunt 3 worden de handelingsproblemen, die naar voren zijn gekomen in actiepunt 2, besproken met de cliënt. Hier ligt de nadruk op het achterhalen van de persoonlijke omgevings- en handelingsfactoren, die invloed hebben op de handelingsproblemen. De ergotherapeut bepaalt, aan de hand van een inhoudsmodel, welke gegevens hij nog mist rondom de handelingsproblemen. Deze gegevens worden verkregen met behulp van verschillende assessments. De ergotherapeut bepaalt welke assessments het meest relevant zijn voor het verkrijgen van de benodigde gegevens.

Wanneer de achterliggende oorzaken van de handelingsproblematiek verduidelijkt zijn, zal de ergotherapeut in een evaluatiegesprek de bevindingen van de assessments bespreken met de cliënt. Bij dit actiepunt wordt opnieuw bepaald of verdere behandeling volgens de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid het meest adequaat is. Wanneer dat niet zo is, wordt de behandeling volgens deze richtlijn in overleg met de cliënt gestopt en gekeken welke behandeling eventueel meer geschikt is voor de cliënt. Het is belangrijk dat de ergotherapeut een goede rapportage bijhoudt en voldoende informatie verstrekt aan de cliënt en zijn naastbetrokkenen.<sup>1</sup>

In figuur 6.1 is weergegeven hoe actiepunt 3 verloopt.



Figuur 6.1: Actiepunt 3: Assess-Evaluate

### 6.1. UITGANGSVRAGEN

- Wat is de juiste wijze om het handelingsproblemen van de cliënt te bespreken?
- Welke inhoudsmodellen zijn bruikbaar bij de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid?
- Welke assessments die valide, betrouwbaar en cliëntgericht zijn, kan de ergotherapeut gebruiken bij het inventariseren en analyseren van persoonlijke omgevings- en handelingsfactoren?
- Wat is de juiste wijze van het evalueren van de probleeminventarisatie en -analyse?
- Wat is er nodig om te bepalen of verdere behandeling volgens de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid het meest adequaat is?

-

## 6.2. BESPREKEN HANDELINGSPROBLEMEN

De handelingsproblemen die vanuit de inventarisatie naar voren zijn gekomen, worden besproken met de cliënt en zijn naastbetrokkenen. Het bespreken van de handelingsproblemen met de cliënt en zijn naastbetrokkenen zorgt voor wederzijds begrip over de handelingsproblemen, waaraan gezamenlijk gewerkt gaat worden.<sup>1</sup>

### Conclusie

Niveau 4	Experts zijn van mening dat de handelingsproblemen, voortgekomen uit de inventarisatie, besproken moeten worden met de cliënt en zijn naastbetrokkenen.  D Davis, 2007
----------	--

### Overige overwegingen:

De ergotherapeut moet, bij het bespreken van de handelingsproblemen met de cliënt en zijn naastbetrokkenen, zich realiseren dat de naastbetrokkenen de handelingsproblemen van de cliënt vanuit een ander perspectief zien. Wanneer de ergotherapeut het vermoeden heeft dat de aanwezigheid van de naastbetrokkenen invloed heeft op de inbreng van de cliënt, moet hij overwegen of de aanwezigheid van de naastbetrokkenen een meerwaarde heeft bij het bespreken van de handelingsproblemen.

### Aanbeveling 20

Het is aan te bevelen om de handelingsproblemen met de cliënt en zijn naastbetrokkenen te bespreken.
--

## 6.3. BEPALEN INHOUDSMODEL

Een ergotherapeutisch inhoudsmodel is een systematische manier van organiseren en toepassen van ergotherapeutische kennis, met als uiteindelijk doel een verandering in het handelen te bewerkstelligen. Modellen geven handreikingen voor zowel het verzamelen van gegevens als voor het behandelen en evalueren.<sup>2</sup>

Een inhoudsmodel geeft verbanden aan tussen verschillende elementen van het handelen. Het geeft de ergotherapeut houvast over de inhoud bij het nadenken over het handelingsprobleem van de cliënt.<sup>3</sup> Het procesmodel CPPF, welke is gebruikt als uitgangspunt voor de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid, is afgeleid van het CMOP-E (zie bijlage II). Kernkwaliteiten van de ergotherapeut om cliëntgericht te werken staan beschreven in het CMCE (zie bijlage II)<sup>4</sup>

### Conclusie

Niveau 4	Experts zijn van mening dat een inhoudsmodel handreikingen geeft voor zowel het verzamelen van gegevens als voor het behandelen en evalueren.  D Kinébanian, 2006
----------	---

Overige overwegingen:

Het procesmodel waarop de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid is gebaseerd, is afgeleid van het CMOP-E en het CMCE. In deze richtlijn wordt ook verwezen naar instrumenten die zijn afgeleid van MOHO. Het gebruik van MOHO of andere inhoudsmodellen wordt niet ontraden, maar het CMOP-E en het CMCE worden aanbevolen vanwege de centrale rol van de participatie en betrokkenheid van de cliënt binnen de behandeling.

#### Aanbeveling 21

Het is aan te bevelen om het CMOP-E of het CMCE als inhoudsmodel te gebruiken bij behandeling volgens de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid.

## 6.4. INVENTARISEREN EN ANALYSEREN VAN PERSOONLIJKE- EN HANDELINGSFACTOREN

De ergotherapeut heeft een groot aantal assessments tot zijn beschikking om het handelen te inventariseren en te analyseren.<sup>5</sup> Het doel van deze assessments is het benoemen en beschrijven van de handelingsproblemen van de cliënt en zijn capaciteiten om ze op te lossen.<sup>6</sup>

### 6.4.1. Activiteitenprofiel

Het activiteitenprofiel is afgeleid van MOHO. Het activiteitenprofiel is een zelf-evaluatielijst.<sup>7</sup> Het doel van het activiteitenprofiel is om de participatie in activiteiten te beschrijven.<sup>5</sup> Het activiteitenprofiel geeft een overzicht van activiteiten gedurende een twee keer 24-uurs tijdspanne en het brengt de gewoontepatronen van de cliënt in kaart. Het maakt inzichtelijk hoe de cliënt zijn tijd besteedt, welke activiteiten hij gedurende een dag uitvoert, welke waarde hij aan deze activiteiten hecht en hoe de energieverdeling met betrekking tot deze activiteiten is.<sup>7</sup>

Het activiteitenprofiel is bruikbaar als een cliënt problemen ervaart met energieverdeling gedurende de dag of nacht. Ook is het te gebruiken, als er sprake is van beperkingen door vermoeidheidsklachten en als cliënt en ergotherapeut zicht willen krijgen op de activiteiten die voor de cliënt belangrijk zijn.<sup>7</sup>

Het invullen van de activiteitenlijst geeft de cliënt, zijn naastbetrokkenen en de ergotherapeut belangrijke informatie over:

- de organisatie van tijd gedurende de dag;
- de relatie tussen keuzes voor activiteiten;
- de balans in het gebruik van tijd wat betreft zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning;
- het belang en de betekenis die aan de activiteiten wordt gehecht;
- de mate van competentie, interesse en waardering in het eigen handelen;
- de mate van vermoeidheid tijdens het uitvoeren van activiteiten of tijdens rustperiodes;
- de 'moeilijke momenten' gedurende de dag.<sup>7</sup>

Er is geen onderzoek gevonden over de betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit van het activiteitenprofiel. Echter, volgens een pilot-studie van Kielhofner is het activiteitenprofiel valide en betrouwbaar.<sup>8</sup>

Het activiteitenprofiel geeft scores aan de waardering van de cliënt over:

- zijn handelen;
- zijn interesses in activiteiten;
- de mogelijke oorzaken van moeilijke momenten op een dag;
- zijn ervaring van vermoeidheid gedurende de dag.

Het activiteitenprofiel geeft gedetailleerde informatie over hoe beperkingen invloed hebben op het dagelijks handelen.<sup>8</sup> Het is toegestaan om het activiteitenprofiel aan te passen aan de cliënt, zolang het doel van de lijst niet verloren gaat.<sup>7</sup> Bijvoorbeeld het onderdeel 'pijn' kan worden weggelaten als er bij de cliënt geen sprake is van pijn.

Tijdens de nabespreking van het activiteitenprofiel worden conclusies geformuleerd over de wensen en mogelijkheden voor verandering naar een meer bevredigende afwisseling tussen uitvoering van activiteiten en rust. De omgevingsinvloeden worden niet in het activiteitenprofiel genoteerd, maar kunnen in de nabespreking wel worden meegenomen.<sup>7</sup>

Het activiteitenprofiel is opgenomen als bijlage in het werkboek.

#### Conclusie

Niveau 4	<p>Experts zijn van mening dat het activiteitenprofiel een bruikbaar assessment is om overzicht te krijgen over het activiteitenpatroon van de cliënt en om de invloed van de vermoeidheid op het handelen zichtbaar te maken.</p> <p>D Kinébanian, 2006</p>
----------	--

#### Overige overwegingen:

Een belangrijk aandachtspunt bij het afnemen van het activiteitenprofiel is de emotionele kwetsbaarheid van de cliënt. Het invullen van het activiteitenprofiel kan confronterend zijn, bijvoorbeeld als het de cliënt duidelijk wordt dat hij nauwelijks nog activiteiten uitvoert of geen activiteiten meer kan uitvoeren waar hij betekenis aan hecht. De mate van confrontatie kan verkleind worden door het activiteitenprofiel gefaseerd te laten invullen.<sup>7</sup>

De Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>10</sup> heeft een variant op het activiteitenprofiel, het activiteitendagboek, opgenomen, om zicht te krijgen op handelingspatronen in relatie tot de belastbaarheid van een parkinsonpatiënt. De Ergotherapie Richtlijn Beroerte<sup>9</sup> vindt het activiteitenprofiel bruikbaar om inzicht te krijgen in de dagbesteding en mogelijke aangrijpingspunten voor behandeling. De Richtlijn MS<sup>11</sup> doen geen uitspraak over het activiteitenprofiel.

#### Aanbeveling 22

Het is aan te bevelen om het activiteitenprofiel af te nemen bij cliënten die problemen ervaren in de verdeling van hun energie.

#### Aanbeveling 23

Het is te overwegen dat cliënt en ergotherapeut het activiteitenprofiel gefaseerd invullen als er bij de cliënt sprake is van emotionele kwetsbaarheid.

### 6.4.2. Handelingsprofiel

Het handelingsprofiel is afgeleid van MOHO. Volgens MOHO wordt het handelen gestructureerd door activiteiten, taken en rollen, die in een bepaalde tijdsperiode worden ondernomen.<sup>7</sup>

Het doel van het handelingsprofiel is inzicht krijgen in de activiteiten die de cliënt gedurende 24 uur uitvoert. Het brengt in kaart welke activiteiten de cliënt dagelijks uitvoert en hoe hij deze waardeert.<sup>7</sup>

Het handelingsprofiel kan gebruikt worden:

- als de cliënt problemen heeft met energieverdeling overdag en 's nachts;
- als er sprake is van een disbalans tussen werk en ontspanning;
- als de cliënt weinig zicht heeft op welke activiteiten nu echt belangrijk voor hem zijn.<sup>7</sup>

In het handelingsprofiel geeft de cliënt een score aan de uitvoering, de belangrijkheid en het plezier dat hij aan de activiteit beleeft.<sup>7</sup>

Er is geen onderzoek gevonden over de betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit van het handelingsprofiel. Echter, volgens Kielhofner is er tijdens de ontwikkeling van deze assessment uit een pilotstudie gebleken dat het handelingsprofiel een valide en betrouwbaar assessment is.<sup>7</sup>



Wanneer de cliënt cognitieve stoornissen heeft, bestaat de mogelijkheid om de lijst in meerdere stappen af te nemen. Daarnaast kan de lijst worden aangepast met betrekking tot de lay-out.<sup>7</sup>

#### Conclusie

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat er onvoldoende onderzoek gedaan is naar de validiteit en betrouwbaarheid van het handelingsprofiel, om een conclusie te kunnen trekken over zijn waarde als assessment voor de inventarisatie van handelingsproblemen als gevolg van chronische vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson.
----------	---

#### Overige overwegingen:

Het verschil tussen het handelingsprofiel en het activiteitenprofiel is, dat vermoeidheid in het handelingsprofiel niet naar voren komt en in het activiteitenprofiel wel. Dit maakt het handelingsprofiel minder geschikt voor gebruik in de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid.

Het afnemen van zowel het activiteitenprofiel als het handelingsprofiel heeft weinig meerwaarde, omdat er veelal dezelfde informatie uit voortkomt.

De Ergotherapie Richtlijn Beroerte<sup>9</sup> vindt het handelingsprofiel bruikbaar om inzicht te krijgen in de dagbesteding en mogelijke aangrijpingspunten voor behandeling. De Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>10</sup> en de Richtlijn MS<sup>11</sup> doen geen uitspraken over het handelingsprofiel.

#### Aanbeveling 24

Het lijkt niet zinvol om het handelingsprofiel bij gebruik van de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid af te nemen.
--

#### 6.4.3. Rollenlijst en de rollen- en gewoontelijst

De rollenlijst en de rollen- en gewoontelijst zijn afgeleid van MOHO. Volgens MOHO structureren rollen en gewoonten het handelen en het gedrag van mensen.<sup>12</sup>

De rollenlijst inventariseert welke rollen de cliënt in de loop van zijn leven (verleden, heden en toekomst) vervult en hoe belangrijk deze rollen voor hem zijn. Rolpatronen hebben invloed op de taken en activiteiten die de cliënt uitvoert en zij kennen betekenis of belang toe aan activiteiten.<sup>12</sup>

De rollen- en gewoontelijst inventariseert de gewoontepatronen die ontstaan door het uitvoeren van rollen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de rollen die doordeweeks worden uitgevoerd en rollen die in het weekend worden uitgevoerd. Het afnemen van de rollen- en gewoontelijst geeft inzicht in welke activiteiten tot welke rollen behoren en welke patronen hierdoor ontstaan gedurende de dag.<sup>12</sup>

De rollenlijst en de rollen- en gewoontelijst geven samen informatie over:

- de rollen die de cliënt heeft vervuld in het verleden, vervult in het heden en wil vervullen in de toekomst;
- hoe belangrijk deze rollen voor de cliënt zijn;
- welke activiteiten de cliënt op een dag uitvoert en tot welke rollen deze activiteiten behoren;
- de eisen die rollen stellen aan gewoonten met betrekking tot (werk)kleding, tijdsindeling, uitvoering en nauwkeurigheid.<sup>12</sup>

Een grote verandering in het leven kan voor de cliënt aanleiding zijn om weer activiteiten op te willen pakken. Door het afnemen van de rollenlijst en rollen- en gewoontelijst, kan dit soort informatie verkregen worden.<sup>12</sup>

Er is geen onderzoek gevonden over de betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit van de rollenlijst en rollen- en gewoontenlijst.

De rollenlijst en de rollen- en gewoontenlijst zijn oorspronkelijk bedoeld voor de volwassen psychiatrische cliënten, maar zijn volgens Kielhofner ook geschikt bij de behandeling voor volwassenen, adolescenten en geriatrische cliënten.<sup>12</sup>

Uit de literatuur valt geen duidelijke conclusie te trekken of de rollenlijst en de rollen- en gewoontenlijst zinvol en bruikbaar zijn om de effecten van de chronische vermoeidheid te inventariseren op het dagelijks handelen bij cliënten met MS, CVA of de ziekte van Parkinson.

De rollenlijst is opgenomen als bijlage in het werkboek.

#### Conclusie

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat er onvoldoende onderzoek gedaan is naar de validiteit en betrouwbaarheid van de rollenlijst en van de rollen- en gewoontenlijst om een conclusie te kunnen trekken over zijn waarde als assessment voor de inventarisatie van handelingsproblemen als gevolg van chronische vermoeidheid bij cliënten met MS, CVA of de ziekte van Parkinson.
----------	--

#### Overige overwegingen:

Wanneer de rollenlijst en de rollen- en gewoontenlijst vergeleken worden met het activiteitenprofiel, dan blijkt dat de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen bij het activiteitenprofiel expliciet wordt gescoord en dat dit niet expliciet naar voren komt in de rollenlijst en in de rollen- en gewoontenlijst. De werkgroep is van mening dat het activiteitenprofiel meer inzicht geeft in de invloed van de chronische vermoeidheid op het dagelijks handelen, dan de rollenlijst en de rollen- en gewoontenlijst.

De beperking van het activiteitenprofiel is, dat hij alleen vraagt naar activiteiten die in het heden worden uitgevoerd door de cliënt. De rollenlijst vraagt ook naar het verleden en de toekomst. Dit kan relevante informatie opleveren, omdat de cliënt zich vaak niet meer bewust is van betekenisvolle activiteiten, die hij in het verleden uitvoerde en nu niet meer kan uitvoeren. Tevens geeft het waardevolle informatie over de mate en soort van de participatie van de cliënt. Het lijkt de werkgroep van belang om, met de rollenlijst, hier aandacht aan te besteden.

Voor cliënten met cognitieve stoornissen kan het moeilijk zijn om de veranderingen in rollen en gewoonten te benoemen.<sup>13</sup> Het is dan belangrijk om het assessment samen met de cliënt en zijn naastbetrokkenen in te vullen.<sup>14</sup> De ergotherapeut moet zich dan wel realiseren dat vanuit het perspectief van de naastbetrokkenen de rollenlijst en de rollen- en gewoontenlijst anders kan worden ingevuld dan wanneer de cliënt deze alleen invult.

De Ergotherapie Richtlijn Beroerte<sup>9</sup> beveelt de rollenlijst aan om zicht te krijgen in de rollen uit het verleden, heden en toekomst die voor een cliënt belangrijk zijn. De Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>10</sup> en de Richtlijn MS<sup>11</sup> doen geen uitspraken over de rollenlijst en over de rollen- en gewoontenlijst.

#### Aanbeveling 25

Wanneer de ergotherapeut meer inzicht wil krijgen in betekenisvolle activiteiten die de cliënt in het verleden uitvoerde, in het heden uitvoert of in de toekomst wil uitvoeren, kan de Rollenlijst afgenomen worden.
---

#### Aanbeveling 26

Het kan zinvol zijn om de naastbetrokkenen van de cliënt aanwezig te laten zijn bij het afnemen van de rollenlijst, als er bij de cliënt sprake is van cognitieve stoornissen.
--

## Aanbeveling 27

Het lijkt niet zinvol om de rollen- en gewoontenlijst bij cliënten met chronische vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson af te nemen.

### 6.4.4. Werknemersrol Interview

Het 'Werknemersrol Interview (WRI) is afgeleid van MOHO. Het is een semi-gestructureerd interview dat ontwikkeld is om inzicht te krijgen in psychosociale en omgevingsfactoren die van invloed zijn op de mogelijkheden van de cliënt om terug te keren in het arbeidsproces. De WRI geeft weer hoe de cliënt zijn arbeidsverleden ziet, hoe hij aankijkt tegen zijn handicap en de invloed daarvan op zijn huidige en zijn toekomstige leef- en werksituatie. De WRI gaat uit van het perspectief van de cliënt.<sup>15</sup>

Met de WRI wordt relevante informatie verkregen over het belang en de rol die werk speelt in het leven van de cliënt. Het interview biedt gelegenheid om te informeren naar de persoonlijke levensgeschiedenis in relatie tot het werk van de cliënt. Door het persoonlijke karakter van dit interview biedt het allerlei mogelijkheden om een goede relatie met de cliënt op te bouwen.<sup>15</sup>

Uit onderzoek is gebleken dat de WRI een zinvolle assessment voor ergotherapeuten is. Het is bruikbaar om de barrières die er kunnen zijn bij de terugkeer naar werk te achterhalen en deze om te zetten in doelen en interventies.<sup>16</sup> Bovendien is gebleken dat de WRI een betrouwbaar assessment is<sup>17</sup> en dat de score en onderwerpen valide zijn met betrekking tot leeftijd, diagnose en cultuur.<sup>18</sup>

De WRI is in verschillende onderwerpen opgedeeld. Bij elk onderwerp is een aanbevolen vragenlijst geformuleerd. De onderdelen verwijzen globaal naar het theoretische kader van MOHO. Na het interview worden de scores vastgesteld. Dit wordt gedaan op basis van gegevens die uit het interview en eventuele observaties zijn verkregen.<sup>15</sup>

De WRI is opgenomen als bijlage in het werkboek.

#### Conclusie

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat de WRI een valide en betrouwbare assessment is om de problemen van de cliënt in relatie tot werk in kaart te brengen.</p> <p>C Forsytha, 2006, Biernacki, 1993 D Fisher, 1999</p>
----------	---

#### Overige overwegingen:

De laatste versie van de WRI is ontwikkeld voor cliënten die door een verwonding of handicap zijn huidige werk niet meer konden uitvoeren. De huidige versie is alleen bruikbaar voor cliënten, die recente werkervaring hebben.<sup>19</sup>

Uit onderzoek is gebleken dat er behoefte is aan een aangepaste versie van de WRI, gericht op cliënten met een chronische beperking. In de toekomst zal de WRI deze doelgroep meenemen in de vragenlijst.<sup>17</sup> Deze aangepaste versie van de WRI is op het moment van het schrijven van de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid, nog niet ontwikkeld.

De WRI is niet geschikt voor cliënten die in acute emotionele stress verkeren of cliënten die duidelijke cognitieve stoornissen hebben.<sup>15</sup>

De Ergotherapie Richtlijn Beroerte<sup>9</sup> adviseert het gebruik van de WRI, wanneer terugkeer van cliënten naar het werk een aandachtspunt is. De Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>10</sup> en de Richtlijn MS<sup>11</sup> doen geen uitspraken over de WRI.

#### Aanbeveling 28

Het is aan te bevelen om de WRI af te nemen bij cliënten, die vanwege hun vermoeidheid problemen ervaren bij de terugkeer naar werk.

#### Aanbeveling 29

Het is niet aan te bevelen om de WRI af te nemen bij cliënten die in acute emotionele stress verkeren of cliënten die duidelijke cognitieve stoornissen hebben.

### 6.4.5. Observatie van activiteiten

Door aandachtig te kijken naar het handelen van de cliënt krijgt de ergotherapeut een beter beeld van het handelen. De ergotherapeut krijgt inzicht in de problemen die zich daarbij voordoen en in de mogelijkheden die de cliënt nog heeft.<sup>6</sup>

#### 6.4.5.1. AMPS

De Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) is een gestandaardiseerd en gevalideerd observatie-assessment.<sup>20</sup>

De AMPS kan gebruikt worden om:

- het functioneren van de cliënt in dagelijkse huishoudelijke en zelfzorg taken te beoordelen;
- inzicht te krijgen in motorische- en procesvaardigheden die het handelen belemmeren of juist ondersteunen;
- aanknopingspunten te krijgen voor het opstellen van een plan van aanpak;
- een indicatie te krijgen of de behandeling zich moet richten op het herstellen van functies en vaardigheden of op het leren compenseren of anders leren handelen;
- een indicatie te krijgen voor het aanpassen van de fysieke omgeving of het instrueren van de sociale omgeving (naastbetrokkenen);
- informatie te krijgen over de hoeveelheid begeleiding of hulp die de cliënt nodig heeft en of hij in staat is om in de maatschappij te functioneren;
- na verloop van tijd verbetering, stabilisatie of achteruitgang vast te stellen.<sup>20</sup>

Uit onderzoek is gebleken dat de AMPS valide is en een hoge interne consistentie heeft.<sup>20,21</sup> Uit onderzoek naar de betrouwbaarheid van de AMPS is gebleken dat ergotherapeuten vijf tot vijftien maanden na geijkt te zijn, dezelfde strengheid hanteren in het scoren.<sup>22</sup>

De AMPS bestaat uit 85 huishoudelijke- en zelfzorg taken die ingedeeld zijn naar moeilijkheidsgraad en die in diverse culturen gebruikt worden. De AMPS volgt een gestandaardiseerde procedure, na een interview kiest de cliënt minimaal twee taken die hij wil uitvoeren. De cliënt wordt tijdens de uitvoering geobserveerd en gescoord op 16 motorische en 20 procesvaardigheden. Hierbij is het belangrijk dat de taken niet te makkelijk voor de cliënt zijn en dat hij bekend is met de uitvoering. De afname en het scoren van de AMPS neemt in totaal één tot twee uur in beslag.<sup>20</sup>

De AMPS is gestandaardiseerd en gevalideerd voor cliënten vanaf 3 jaar in verschillende landen (waaronder Nederland) en is toepasbaar voor alle diagnosegroepen.<sup>20</sup> Ergotherapeuten die de AMPS af willen nemen dienen geschoold en individueel geijkt te zijn.

Het AMPS scoreformulier is opgenomen als bijlage in het werkboek.

## Conclusie

Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat de AMPS een valide en betrouwbaar assessment is om inzicht te krijgen in de motorische- en procesmatige vaardigheden van een persoon.</p> <p>B Fisher 2005, Merrit 2003, Bernspang 2007</p>
----------	---

## Overige overwegingen:

Er is geen specifiek onderzoek gedaan naar het gebruik van de AMPS bij de assessment van chronische vermoeidheidsproblemen als gevolg van MS, CVA of de ziekte van Parkinson. Wel is de AMPS als assessment gebruikt in onderzoek naar het ADL functioneren van MS cliënten en wordt er een verschil in handelen gemeten ten opzichte van 'gezonde' personen. Dit verschil wordt toegeschreven aan verminderde spierkracht, inefficiënt handelen en vermoeidheidsproblemen.<sup>23,24</sup>

Het uitvoeren van de activiteiten kan tot vermoeidheid leiden en vermoeidheid kan zijn weerslag hebben in de kwaliteit van motorische en procesmatige vaardigheden en het tempo van handelen.

In zowel de Ergotherapie Richtlijn Beroerte<sup>9</sup>, de Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>10</sup> als de Richtlijn MS<sup>11</sup> wordt de AMPS aanbevolen om een uitspraak te doen op de zelfstandigheid, inspanning, efficiëntie en veiligheid van het handelen, en over de motorische en procesvaardigheden die van invloed zijn op het handelen.

## Aanbeveling 30

Vanwege de sterke klinimetrische eigenschappen heeft de AMPS de voorkeur boven een standaard observatie.
--

6.4.5.2. PRPP

Het Perceive Recall Plan and Perform System (PRPP) is een gestandaardiseerd klinisch redeneermodel dat gebruikt wordt om het handelen van de cliënt te observeren en analyseren. Bij het afnemen van de PRPP wordt de cliënt geobserveerd in een (deel)activiteit uit zijn dagelijkse routine. Als eerste wordt er een taakanalyse gedaan om te evalueren in hoeverre de cliënt de activiteit beheerst en welke problemen zicht voordoen. De tweede analyse richt zich op het identificeren van observeerbare problemen in vier dimensies van informatie verwerking: waarnemen, herkennen, plannen en uitvoeren. Deze dimensies zijn opgesplitst in subcategorieën en determinanten die gescoord worden. Interpretatie van de gegevens geeft informatie over de handelingsvaardigheden van de persoon en geeft richting aan de behandeling.<sup>10,25</sup> De Engelse PRPP is valide, betrouwbaar en bruikbaar bevonden in studies bij mensen met hersenbeschadiging.<sup>26</sup> De Nederlandse PRPP is nog niet gevalideerd, maar lopende onderzoeken leiden tot de verwachting dat ook deze valide kan worden bevonden.

Verdere informatie over het PRPP score formulier is opgenomen als bijlage in het werkboek.

## Conclusie

Niveau 2	<p>Experts zijn van mening dat de PRPP een valide en betrouwbaar assessment is om de cognitieve informatieverwerking in de uitvoering van routineactiviteiten vast te leggen.</p> <p>B Chaparro 1996 B Chaparro 1997</p>
----------	--

## Overige overwegingen

Er is geen specifiek onderzoek gedaan naar het gebruik van de PRPP bij de behandeling van chronische vermoeidheidsproblemen als gevolg van MS, CVA of de ziekte van Parkinson.

In zowel de Ergotherapie Richtlijn Beroerte<sup>9</sup>, de Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson<sup>10</sup> de als de Richtlijn MS<sup>11</sup> wordt de PRPP aanbevolen om problemen in waarnemen, herkennen, plannen en uitvoeren te identificeren.

#### Aanbeveling 31

Vanwege de gestructureerde analysemethode en de praktische toepasbaarheid heeft de PRPP de voorkeur boven een standaard observatie.

#### 6.4.5.3. Standaard observatie

De ergotherapeut kan een de standaard observatie uitvoeren, wanneer er in de instelling geen ergotherapeut is die voor de AMPS geijkt is of een PRPP kan afnemen. Tevens kan er de standaard observatie uitgevoerd worden wanneer er in samenspraak met de cliënt een activiteit gekozen wordt die niet in de AMPS beschreven staat. De standaard observatie is op basis van de observatiepunten van de AMPS. Er is geen onderzoek gevonden over de betrouwbaarheid en validiteit van het doen van de standaardobservatie. Voor het uitvoeren van de standaardobservatie is geen cursus of bijscholing nodig.

#### Conclusie

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat voor het observeren van betekenisvolle activiteiten de standaard observatie kan worden gedaan.
----------	---

#### Aanbeveling 32

Het heeft de voorkeur om de standaard observatie uit te voeren wanneer er in de instelling geen ergotherapeut is die voor de AMPS geijkt is of een PRPP kan afnemen. Tevens kan de standaard observatie uitgevoerd worden wanneer er in samenspraak met de cliënt een activiteit gekozen wordt die niet in de AMPS beschreven staat.

### 6.5. EVALUEREN MET DE CLIËNT

Bij cliëntgericht werken is het van belang de bevindingen van de assessment(s) te evalueren met de cliënt en zijn naastbetrokkenen. Zowel de cliënt als de ergotherapeut kan zijn bevindingen toelichten en verantwoorden. Zij bespreken samen de problemen en staan stil bij elk onderdeel daarvan om elkaar goed te begrijpen.<sup>8</sup>

Tijdens de evaluatie wordt vastgesteld of de cliënt aan het laatste inclusiecriteria voldoet (zie 2.3.1. Inclusiecriteria). Als laatste inclusiecriteria spelen één of meer van de volgende factoren een rol bij de cliënt:

- inefficiënt omgaan met energie;
- disbalans tussen rust en activiteit/overbelasting;
- coping problematiek;
- problemen of vragen over de gevolgen van vermoeidheid op het handelen.

Wanneer één of meer van de bovenstaande punten een rol spelen bij de cliënt, dan wordt de cliënt verder behandeld volgens de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid. Wanneer de cliënt niet aan het laatste inclusiecriteria voldoet, wordt tijdens het evalueren met de cliënt en (indien nodig met) zijn naastbetrokkenen besloten welke andere behandeling (buiten de Richtlijn Vermoeidheid) het meest geschikt is voor de cliënt.

#### Conclusie

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat het in het kader van cliëntgericht werken, belangrijk is om de bevindingen met de cliënt te delen.
----------	---

#### Aanbeveling 33

Het is aan te bevelen om de bevindingen van de assessments te evalueren met de cliënt en zijn naastbetrokkenen.

## LITERATUUR

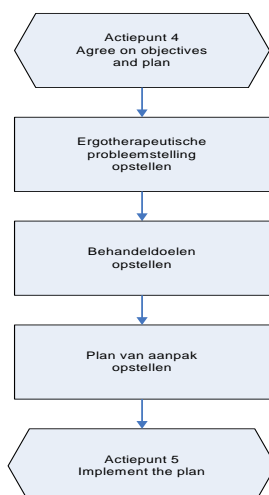
1. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 247-72.
2. Kinébanian A, le Granse M. Het kennisdom van de ergotherapie In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 117-48.
3. Kinébanian A. De achtergrond van inhouds- en procesmodellen in de ergotherapie. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 405-52.
4. Craik J, Davis J, Polatajko HJ. Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 229-46.
5. Kinébanian A, le Granse M. Overzicht van assessments gebruikt in de ergotherapie. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 573-94.
6. van Loon H, Satink T. Probleeminventarisatie en -analyse van handelen en omgeving. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 687-715.
7. Instituut Ergotherapie Innovatiecentrum. *Model of Human Occupation Nr. 3 Handelingsprofiel Activiteitenprofiel HP GAP*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 1998.
8. Kielhofner G, Forsyth K, Federico J, Henry A, Keponen R, Oakley F et al. Self-report assessments. In: Kielhofner G, editor. *Model of Human Occupation*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1995. p. 213-36.
9. Cup EHC, Steultjens EMJ. *Ergotherapiegerichtlijn Beroerte*. Utrecht: NVE; 2005.
10. Sturkenboom I, Thijssen M, Gons-van Eslacker J, et.al. *Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson*. Utrecht: Lemma; 2008.
11. Nederlandse vereniging voor neurologie *Conceptrichtlijn Diagnostiek, behandeling en functioneren bij Multiple sclerose*. CBO, Utrecht 2011.
12. Instituut Ergotherapie Innovatiecentrum. *Model of Human Occupation Nr. 4 Rollenlijst en rollen- en gewoontenlijst*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 1998.
13. Kos D, Kerchhofs E, Nagels G, Hooghe BDD, Duquet W, Duportail M, et al. Assessing fatigue in multiple sclerosis: Dutch Modified Fatigue Impact Scale. *Acta Neurol Belg*. 2003;103:185-91.
14. Thijssen M, van Melick M, Désiron H. Behandelen, plan van aanpak opstellen en uitvoeren. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 717-44.
15. Instituut Ergotherapie Innovatiecentrum. *Model of Human Occupation Nr. 2 Werknemersrol Interview*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 1998.
16. Fisher GS. Administration and application of the Worker Role Interview: looking beyond functional capacity. *Work*. 1999;12(1):13-22.
17. Biernacki SD. Reliability of the Worker Role Interview. *Am J Occup Ther*. 1993;47:797-803.
18. Forsyth F, Braveman B, Kielhofner G, Ekbladh E, Haglund L, Fenger K, et al. Psychometric properties of the Worker Role Interview. *Work*. 2006;27:313-18.
19. Kielhofner G, Forsyth K, Clay C, Ekbladh E, Haglund L, Hemmingsson H, et al. Talking with clients: assessments that collect information through interviews. In: Kielhofner G, editor. *Model Of Human Occupation*. Illinois: Lippincott Williams & Willkins; 2002. p. 237-62.
20. Fisher AG. *Assessment of motor and process skills*. Fort Collins: Three Star; 2005.
21. Merritt BK, Fisher AG. Gender differences in the performance of activities of daily living. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84(12):1872-7.
22. Bernspang B. Rater calibration stability for the Assessment of Motor and Process Skills. *Scan J Occup Ther* 2007;6:101-9.
23. Doble SE, Fisk JD, Fisher AG, Ritvo PG, Murray TJ. Functional competence of community-dwelling persons with multiple sclerosis using the Assessment of Motor and Process Skills. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75:843-51.
24. Månsson E, Lexell J. Performance of activities of daily living in multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2004;26(10):576-85.
25. Chaparro C, Ranka J. Research development. *The PRPP research training manual*. Sydney: School of Occupational Therapy; 1996.)
26. Chaparro C, Ranka J. *Occupational Performance Model (Australia)*. Sydney . Total Print Control. 1997

## 7. ACTIEPUNT 4: AGREE ON OBJECTIVES AND PLAN

In deze fase wordt bij actiepunt 4 het plan van aanpak voor de behandeling ontworpen. Er wordt gereflecteerd op en onderhandeld over de handelingsmogelijkheden, de handelingsprioriteiten en de uitkomsten van assessments en evaluaties. Hierbij worden de persoonlijke en omgevingsfactoren die het handelen van de cliënt beïnvloeden meegenomen.

De ergotherapeut begeleidt de cliënt bij het opstellen van haalbare doelen. De doelstellingen worden afgeleid van de analyse van de assessments. De ergotherapeutische doelen zullen de basis vormen voor de verdere behandeling. Na het gezamenlijk opstellen van de doelen wordt ook het plan van aanpak gezamenlijk opgesteld. Deze bevat naast de doelen een uiteenzetting van de achtergrond van de cliënt, de bevindingen van de assessments, een tijdschema, de evaluatiemethode, de voorgestelde acties en de therapeutische situatie. Tijdens de behandeling (actiepunten 5-8) kunnen nog andere doelen naar voren komen. Het plan van aanpak zal dan moeten worden aangepast, waarbij de nieuwe doelen worden meegenomen.<sup>1</sup>

In figuur 7.1 is weergegeven hoe actiepunt 4 verloopt.



Figuur 7.1: Actiepunt 4: Agree on objectives and plan

### 7.1. UITGANGSVRAGEN

- Waaruit bestaat de ergotherapeutische probleemstelling?
- Op welke wijze moeten de behandeldoelen worden opgesteld?
- Welke gegevens staan er in het plan van aanpak?
- Op welke wijze wordt de naastbetrokkenen betrokken bij het opstellen van het plan van aanpak betrokken?
- Welke interventievormen zijn bruikbaar bij de ergotherapeutische behandeling van cliënten met chronische vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson?
- Zijn de leerstijlen van Kolb toepasbaar binnen de behandeling?
- Hoe zijn de leerstijlen van Kolb toepasbaar binnen de behandeling?



## 7.2. ERGOTHERAPEUTISCHE PROBLEEMSTELLING OPSTELLEN

Nadat de probleeminventarisatie en -analyse is afgerond, wordt door de cliënt en de ergotherapeut de ergotherapeutische probleemstelling opgesteld<sup>2</sup>, waarin duidelijk vermeld staat wat de impact van de vermoeidheid is.

De ergotherapeutische probleemstelling is een korte samenvatting van de handelingsproblemen van de cliënt. Hierin wordt beschreven:

- de naam, leeftijd en sociale status van de cliënt;
- het handelingsprobleem van de cliënt;
- door welke fysieke en/of mentale vermoeidheidsfactoren het handelingsprobleem ontstaat;
- welke beperkingen dit met zich mee brengt en hoe de cliënt dit ervaart;
- de oorzaak (medische diagnose en functiestoornissen) van het handelingsprobleem;
- de wensen en vragen met betrekking tot het toekomstig handelen van de cliënt.<sup>3</sup>

Als er bij de cliënt sprake is van cognitieve stoornissen, kan het voor hem moeilijk zijn om zijn eigen mogelijkheden te overzien. De ergotherapeut houdt daar rekening mee tijdens het opstellen van de probleemstelling. Dit impliceert dat zowel de cliënt als de naastbetrokkenen aanwezig dienen te zijn bij het bespreken van de ergotherapeutische probleemstelling.<sup>2</sup>

Als de ergotherapeutische probleemstelling samen met de cliënt is opgesteld, wordt deze kenbaar gemaakt aan de belanghebbenden. Dit zijn de naastbetrokkenen, de verwijzer en andere hulpverleners.<sup>3</sup>

### Conclusie

Niveau 4	Experts zijn van mening dat de ergotherapeutische probleemstelling een korte samenvatting is van de handelingsproblemen van de cliënt.  D van Loon, 2006
----------	--

### Aanbeveling 36

<p>Het is aan te bevelen dat een ergotherapeutische probleemstelling bestaat uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de naam, leeftijd en sociale status van de cliënt;</li> <li>- het handelingsprobleem van de cliënt;</li> <li>- de fysieke en/of mentale belemmerende vermoeidheidsfactoren waardoor het handelingsprobleem ontstaat;</li> <li>- de beperkingen die de chronische vermoeidheid met zich mee brengt en hoe de cliënt dit ervaart;</li> <li>- de oorzaak (medische diagnose en functiestoornissen) van het handelingsprobleem;</li> <li>- de wensen en vragen met betrekking tot het toekomstig handelen van de cliënt.</li> </ul>
--

### Aanbeveling 37

<p>Het is aan te bevelen dat, wanneer er bij de cliënt sprake is van cognitieve stoornissen, de naastbetrokkenen van de cliënt aanwezig zijn bij het bespreken van de ergotherapeutische probleemstelling.</p>
--

### Aanbeveling 38

<p>Het is aan te bevelen om de ergotherapeutische probleemstelling kenbaar te maken aan de belanghebbenden.</p>
---

### 7.3. BEHANDELDOELEN OPSTELLEN

Op basis van de ergotherapeutische probleemstelling stellen de cliënt en de ergotherapeut samen de behandeldoelen op. De doelen zullen logischerwijs voortvloeien uit de handelingsproblemen van de cliënt. Bij het formuleren van doelen ligt de focus op de mogelijkheden van de cliënt en niet op de beperkingen. Bij voorkeur worden de doelen door de cliënt vanuit de 'ik-vorm' opgesteld.<sup>2</sup>

Bij het bespreken van de doelen kan de ergotherapeut mogelijke doelen benoemen die de cliënt zelf nog niet had gezien. De cliënt en ergotherapeut moeten mogelijk onderhandelen over de doelen, zodat zij samen komen tot het beste plan dat aansluit bij de interesses, waarde en deskundigheid van de cliënt. De mening en keuzes van de cliënt moeten door de ergotherapeut overwogen worden.<sup>1</sup>

Het bespreken en concretiseren maakt duidelijk welke doelen de cliënt en de ergotherapeut tijdens de behandeling nastreven. De doelen geven de cliënt de mogelijkheid zijn eigen vooruitgang te controleren en te zorgen voor een continuïteit van communicatie tussen cliënt, zijn naastbetrokkenen en ergotherapeut. Het gezamenlijk afstemmen van de doelen met de naastbetrokkenen is essentieel, omdat de draagkracht van de naastbetrokkenen van invloed kan zijn op de te kiezen strategieën.<sup>2</sup>

Het is belangrijk om de cliënt voor hem betekenisvolle doelen te laten opstellen. Daardoor zal hij doorgaans gemotiveerd zijn om aan de doelen te werken. Stelt de ergotherapeut zelf de doelen op, dan bestaat het risico dat belangrijke doelen van de cliënt over het hoofd worden gezien.<sup>4</sup>

Het opstellen van doelen vraagt van de cliënt dat hij objectief naar zijn eigen rolgebonden handelen moet kunnen kijken. Als er bij de cliënt sprake is van cognitieve stoornissen, dan kan het voor hem moeilijk zijn om zijn eigen mogelijkheden en zijn toekomstige omstandigheden te beoordelen en te overzien. De therapeut kan dan meer begeleiding bieden bij het opstellen van de doelen. De ergotherapeut houdt bij het opstellen van gezamenlijke doelen rekening met de achtergrond en de problematiek van de cliënt. Zowel de cliënt als (waar nodig) de naastbetrokkenen zijn aanwezig bij het bespreken van de doelen.<sup>2</sup>

De volgorde van doelen wordt in principe door de cliënt en/of de naastbetrokkenen bepaald.<sup>2</sup>

#### 7.3.1. SMART

Bij het formuleren van behandeldoelen is het handig om het SMART-principe te gebruiken.<sup>5</sup>

SMART staat voor:

S = Specifiek	Specifiek wil zeggen dat het concreet en precies is geformuleerd. <sup>5</sup> Hoe specifieker de doelstelling, des te gericht veranderingen kunnen worden ingezet. <sup>6</sup>
M = Meetbaar	De doelstellingen moeten meetbaar zijn en uitgedrukt worden in maat en getal. Hoe concreter een doelstelling is geformuleerd, des te gemakkelijker is deze te meten. <sup>6</sup>
A = Acceptabel	Het doel moet voor alle betrokken partijen acceptabel zijn. <sup>5</sup>
R = Resultaatgericht	De doelstelling moet concreet aangeven wat de inspanningen zullen opleveren. <sup>6</sup>
T = Tijdsgebonden	In de doelstelling moet ook worden opgenomen wanneer de doelstelling bereikt moet zijn. <sup>6</sup>

Het SMART-principe is een leidraad, voor het duidelijk formuleren van de doelen en resultaten van de cliënt.<sup>6</sup> Uit onderzoek is gebleken, dat het vastleggen van doelen die gericht zijn op resultaat een positief effect hebben op de duur van de therapie.<sup>2</sup>

### 7.3.2. RUMBA

Vanuit het kwaliteitsperspectief is het van belang dat getoetst wordt of en in welke mate bepaalde doelen in een behandeltraject zijn behaald. Hiervoor moet nauwkeurig geformuleerd worden wát behaald moet worden.<sup>5</sup> Het formuleren van criteria voor de gewenste situatie is vaak heel lastig. De RUMBA-regel wordt gebruikt als hulpmiddel bij het goed formuleren van expliciete kwaliteitscriteria.<sup>7</sup> De RUMBA-regel is een hulpmiddel om (vooraf of achteraf) te formuleren waarop je gaat beoordelen.<sup>4</sup>

RUMBA staat voor:

R = Relevant	De criteria zijn van belang voor het onderwerp en het doel.
U = Understandable	De criteria zijn begrijpelijk voor alle betrokkenen.
M = Measurable	De criteria zijn concreet omschreven en meetbaar.
B = Behavioral	De criteria zijn omschreven in termen van waarneembaar gedrag.
A = Attainable	De criteria zijn haalbaar/realiseerbaar onder de gegeven omstandigheden.

De uitkomsten van de doelen worden zodanig opgesteld dat ze evalueerbaar zijn.<sup>4,8</sup> Een kwaliteitscriterium wordt door de RUMBA-regel vrij exact geformuleerd en is daardoor ook toetsbaar. Daarbij is het vooral van belang dat de criteria in termen van waarneembaar gedrag zijn geformuleerd, omdat concrete handelingen en activiteiten gemeten kunnen worden. Als aan het criterium niet wordt voldaan, dan is dat te meten door een steekproef te nemen.<sup>7</sup> Bij de RUMBA-regel wordt het tijdsaspect niet expliciet genoemd. Het is wel noodzakelijk om dit te benoemen, zodat een doel meetbaar is.

### 7.3.3. GAS

Met behulp van Goal attainment scaling (GAS) kunnen doelen meetbaar worden gemaakt. Goal attainment scaling is een manier van werken om vanuit algemene doelen tot concretere werkdoelen te komen, waardoor het plan beter georganiseerd wordt en de aandacht duidelijk gericht wordt op haalbare doelen. Door de cliënt een score te laten geven aan de uitkomst van een doel kan er concreet worden gemaakt of een doel behaald is of dat het te verwachte niveau hoger of lager is dan verwacht.<sup>9</sup>

Tabel 7.1: Goal Attainment Scaling<sup>9</sup>

Doelen	Uitkomst	GAS score
Hoofddoelstelling	Veel lager dan verwacht	-2
	Lager dan verwacht	-1
	Verwacht niveau	0
	Meer dan verwacht niveau	+1
	Veel hoger dan verwacht niveau	+2

#### Conclusies

Niveau 4	Experts zijn van mening dat het belangrijk is om de mening en keuzes van de cliënt als uitgangspunt te nemen bij het opstellen en onderhandelen over de doelen, zodat het plan van aanpak aansluit bij de interesses, waarde en deskundigheid van de cliënt.  D Davis, 2007
----------	---

Niveau 4	Experts zijn van mening dat het SMART-principe bruikbaar is bij het opstellen van doelen.  D van der Hulst, 2006
----------	--

Niveau 4	Experts zijn van mening dat de RUMBA-regel bruikbaar is bij het opstellen van doelen.  D van der Hulst, 2006
----------	--

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat Goal Attainment Scaling bruikbaar kan zijn om tot concretere, meetbare werkdoelen te komen.
----------	--

Overige overwegingen:

Vanuit het oogpunt van kosten en tijdsbesparing is het niet relevant om de doelen zowel volgens de SMART-principes als volgens de RUMBA-principes op te stellen.

Het is van belang om duidelijke doelen te stellen die gerelateerd zijn aan de impact van de vermoeidheid en niet te vervallen in algemeenheden om een specifieke aanpak van aanwezige vermoeidheid en/of de impact van deze vermoeidheid mogelijk te maken.

Goal attainment scaling is een methode die de cliënt vraagt om een score te geven. De werkgroep is van mening om terughoudend te zijn met GAS, omdat er al veel verschillende andere vragenlijsten zijn waar een score gegeven moet worden. Het toepassen van GAS kost relatief veel tijd.

Aanbeveling 39

Het is aan te bevelen om de doelen volgens het SMART-principe óf de RUMBA-regel op te stellen.
--

Aanbeveling 40

Het is aan te bevelen dat de naastbetrokkenen van de cliënt aanwezig zijn bij het opstellen van de doelen, wanneer er bij de cliënt sprake is van cognitieve stoornissen.
---

Aanbeveling 41

Er is terughoudendheid geboden bij het gebruik van Goal Attainment Scaling
--

## 7.4. PLAN VAN AANPAK OPSTELLEN

Het opbouwen van een gezamenlijk plan van aanpak is essentieel.<sup>1</sup> Het plan van aanpak vloeit voort uit de ergotherapeutische probleeminventarisatie en -analyse en de doelen die met de cliënt en naastbetrokkenen zijn opgesteld. In het plan van aanpak komen theorieën, modellen, benaderingswijzen, strategieën en interventies samen. Het plan van aanpak richt zich op de wensen, vaardigheden, gewoonten (persoon), de sociale en/of fysieke context (omgeving) en/of de eisen van de activiteit zelf (activiteiten).<sup>2</sup>

Het is bij het opstellen van het plan van aanpak van groot belang, dat de cliënt en de ergotherapeut gelijkwaardig zijn.

De inbreng van de cliënt komt voort uit zijn ervaringsdeskundigheid. De inbreng van de ergotherapeut betreft het geven van duidelijke uitleg over de inhoud en effectiviteit van de interventies en de voor- en nadelen hiervan, waardoor de cliënt in staat wordt gesteld om gerichte keuzes te maken.<sup>4</sup> Dit sluit aan bij de gedachten van het CMCE-model (zie Bijlage II).

Het plan van aanpak geeft houvast en structuur voor het vervolg van de behandeling.<sup>8</sup> In het plan van aanpak worden de structurelementen, taak, situatie, interventie en werkvorm beschreven.<sup>2</sup> Belangrijk hierbij is dat activiteiten aansluiten bij het levensverhaal van de cliënt en dat ze betekenisvol en doelgericht zijn.<sup>8</sup>

In het plan van aanpak staan in ieder geval de volgende punten verwerkt:

- ergotherapeutische behandelstrategieën (zie 7.4.1. Behandelstrategieën);
- het type interventie (zie 8.2.1. Interventies);
- objectieve en meetbare doelen (zie 7.3. Behandeldoelen opstellen);
- frequentie en duur van de behandelsessies;
- eventuele afstemming met andere disciplines en/of betrokken instanties (zie 2.3.3. Verwijs- en/of samenwerkingscriteria);
- assessment(s) ter evaluatie van einddoelen (zie 10.1. Meten van het effect van de behandeling).<sup>2</sup>

Nadat het plan van aanpak is opgesteld, wordt deze nogmaals met de cliënt doorgenomen om te bepalen wie wat doet en wanneer. Het is wenselijk dat het plan van aanpak ook met de naastbetrokkenen wordt besproken, zodat deze rekening kunnen houden met de opgestelde doelen en tevens kunnen meedenken over hun eigen rol in het proces.<sup>4</sup> Het opstellen, het implementeren en het evalueren van het plan van aanpak kent net als het ergotherapeutische proces een cyclisch verloop.<sup>2</sup>

#### 7.4.1. Behandelstrategieën

Bij het opstellen van het plan van aanpak hoort het nemen van besluiten over de behandelstrategie. Er worden niet alleen doelen opgesteld, maar er wordt ook samen met de cliënt bekeken hoe deze bereikt kunnen worden.<sup>4</sup> Ergotherapeutische behandelstrategieën geven de richting aan waarbinnen de cliënt en/of naastbetrokkenen zijn (betekenisvol) handelen gaat veranderen.<sup>2</sup> Deze richting zal aansluiten op de gekozen theoretische kaders (zie tabel 7.2: Behandelstrategieën en zie 3.2. Theoretische kaders).

Het veranderingsproces van de cliënt kan zich richten op de volgende behandelstrategieën:

- health promotion;
- preventie;
- herstel/ontwikkeling;
- aanpassing/compensatie;
- handhaving.

Tabel 7.2: Behandelstrategieën

Behandelstrategie	Theoretische kaders <sup>2</sup>	Omschrijving
Health promotion	Psycho-emotioneel Sociaal-cultureel Omgeving	Het creëren van betekenisvolle ervaringen die het (betekenisvolle) rolgebonden handelen stimuleren.
Preventie	Psycho-emotioneel Sociaal-cultureel Omgeving	Het voorkomen van belemmeringen in het rolgebonden handelen.
Herstel of ontwikkeling	Neurologisch-cognitief Fysieke revalidatie Ontwikkeling	Gericht op het ontwikkelen, verbeteren of herstellen van vaardigheden en mogelijkheden. Het gaat vooral om trainen, aanleren en doorzetten.
Aanpassing of compensatie	Neurologisch-cognitief Psycho-emotioneel Omgeving	Gericht op de omgeving en activiteiten om deze op de mogelijkheden van de cliënt af te stemmen.
Handhaving	Fysieke revalidatie Psycho-emotioneel Sociaal-cultureel Omgeving	Het behouden van mogelijkheden om betekenisvolle activiteiten te blijven uitvoeren.

## Conclusies

Niveau 4	<p>De werkgroep is van mening dat de volgende punten beschreven moeten worden in het plan van aanpak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de gekozen ergotherapeutische behandelstrategieën;</li> <li>- het type interventie;</li> <li>- de objectieve en meetbare doelen, gekoppeld aan einddoelen;</li> <li>- de frequentie en duur van de behandelsessies;</li> <li>- eventuele afstemming met andere disciplines en/of betrokken instanties;</li> <li>- assessment(s) ter evaluatie van de einddoelen.</li> </ul> <p>D Thijssen, 2006</p>
----------	--

Niveau 4	<p>Experts zijn van mening dat het meerwaarde heeft om het plan van aanpak te bespreken met de naastbetrokkenen, zodat deze rekening kunnen houden met hun opgestelde doelen en tevens kunnen meedenken over de eigen rol in het proces.</p> <p>D Piskur, 2006</p>
----------	--

## Aanbeveling 42

<p>Het is aan te bevelen om bij het opstellen van het plan van aanpak de volgende punten te verwerken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de gekozen ergotherapeutische behandelstrategieën;</li> <li>- het type interventie;</li> <li>- de objectieve en meetbare doelen, gekoppeld aan einddoelen;</li> <li>- de frequentie en duur van de behandelsessies;</li> <li>- eventuele afstemming met andere disciplines en/of betrokken instanties;</li> <li>- assessment(s) ter evaluatie van de einddoelen.</li> </ul>
---

## Aanbeveling 43

<p>Het is aan te bevelen om het plan van aanpak te bespreken met de cliënt en zijn naastbetrokkenen.</p>
--

### 7.4.2. Interventievormen

Bij het opstellen van het plan van aanpak maakt de ergotherapeut gebruik van verschillende interventievormen. Deze interventievormen geven aan welke rol de ergotherapeut gaat vervullen of welke relatie hij op dat moment met de cliënt en/of naastbetrokkenen aangaat in het behandelproces.<sup>2</sup>

Er worden vier interventievormen onderscheiden, deze worden omschreven in tabel 7.3. Deze zijn toepasbaar bij alle behandelstrategieën (zie 7.4.1. Behandelstrategieën).

Tabel 7.3: Vier interventievormen<sup>2</sup>

Interventievorm	Uitleg
Therapeutisch gebruik van jezelf	Deze interventievorm betreft het therapeutisch gebruik van eigen mogelijkheden. Hiermee wordt bedoeld dat de ergotherapeut op een bewuste manier gebruik maakt van zijn eigen persoonlijkheid, inzichten, waarden, vaardigheden en kennis tijdens de interventie. <sup>2</sup>
Therapeutisch gebruik van activiteiten	Deze interventievorm betreft de activiteiten die specifiek aansluiten op de doelen van de cliënt. De gekozen activiteit staat altijd in relatie tot de individuele mogelijkheden van de cliënt, zijn omgeving en de eisen van de activiteit. Het inzetten van betekenisvolle taken binnen de therapie heeft als voordeel dat dit nauw aansluit bij de interesses, waarden, rollen en gewoonten van de cliënt, hetgeen de cliënt in staat stelt zijn (handelings)identiteit te herwinnen. <sup>2</sup>
Het consultatieproces	Deze interventievorm geeft de samenwerking tussen de cliënt en de ergotherapeut een adviserend karakter. Het is een proces met het karakter van een consult, waarbij de ergotherapeut een ondersteunende en coachende rol heeft. <sup>2</sup>
Het educatieproces	Deze interventievorm betreft het overbrengen van kennis over het uitvoeren van de betreffende activiteiten. Meestal wordt de activiteit, waarover de uitleg gaat niet ter plekke uitgevoerd en is het aan de cliënt om deze uitleg toe te passen in de thuis- of werksituatie. <sup>2</sup>

Wanneer de ergotherapeut duidelijk heeft welke interventievormen het meest geschikt zijn voor de behandelsessie, dan kan de behandelsessie starten.<sup>2</sup>

#### Conclusie

Niveau 4	Experts zijn van mening dat de ergotherapeut bij het opstellen van het plan van aanpak een bewuste keuzes moet maken over de interventievorm(en) van de te bieden interventie.  D Thijssen 2006
----------	---

#### Aanbeveling 43

Het is aan te bevelen om bij het opstellen van het plan van aanpak een bewuste keuze te maken over de vormen van de te bieden interventie.
--

#### 7.4.3. Leerstijlen

Het is voor de ergotherapeut van belang om aan te sluiten bij de leerstijl van de cliënt, opdat het leereffect zo groot mogelijk is.<sup>10</sup> Het aansluiten bij de leerstijl van de cliënt wordt gedaan door bewuste keuzes te maken over de interventievorm(en) (zie 7.4.2. Interventievormen).

De psycholoog Kolb<sup>11</sup> heeft een leermodel ontwikkeld, waarbinnen leerstijlen centraal staan. Het leermodel is opgebouwd uit vier polen: concreet versus abstract en actief versus reflectief leren. Kolb acht elk van deze vier polen even belangrijk voor een volledig leerproces. Bij elke pool behoort een bepaalde basisvaardigheid (zie tabel 7.4: Polen en basisvaardigheden).

Tabel 7.4: Polen en basisvaardigheden

Pool	Basisvaardigheid
Concrete ervaring (CE)	Vaardigheid om concrete ervaring op te doen. <sup>10</sup>
Reflectieve observatie (RO)	Vaardigheid tot waarnemen en overdenken. <sup>10</sup>
Abstracte begrippen en concepten (AC)	Vaardigheid tot begripsvorming. <sup>10</sup>
Actief experimenteren (AE)	Vaardigheid tot experimenteren en toetsing in de praktijk. <sup>10</sup>

De leerstijl van de cliënt is goed te bepalen door gerichte vragen te stellen aan de cliënt over zijn leerstijl of door middel van observatie.<sup>10</sup> Kolb heeft testmateriaal voor het onderwijs ontwikkeld, om de leerstijl van iemand te achterhalen. Dit testmateriaal is primair gericht op het achterhalen hoe iemand leert binnen het onderwijs, daardoor is het niet bedoeld voor toepassing binnen de ergotherapie.

#### Conclusies

Niveau 4	Experts zijn van mening de leercyclus van Kolb bruikbaar is binnen de ergotherapiebehandeling.  D Zinkstok, 2006
----------	--

Niveau 4	Experts zijn van mening dat het testmateriaal, ontwikkeld door Kolb, voor het achterhalen van de leerstijl niet bruikbaar is binnen de ergotherapie.  D Zinkstok, 2006
----------	--

#### Aanbeveling 43

Het kan zinvol zijn om binnen de ergotherapiebehandeling de leercyclus van Kolb te doorlopen.
---

#### Aanbeveling 44

Er is terughoudendheid geboden om het testmateriaal voor de leerstijl te gebruiken binnen de ergotherapie.
--

#### 7.4.4. Aanpakstijlen

De ergotherapeut maakt gebruik van verschillende aanpakstijlen om aan te sluiten bij de leerstijl van de cliënt. Er worden vier aanpakstijlen onderscheiden (zie tabel 7.5: Leerstijl van de cliënt en aanpakstijl ergotherapeut).<sup>10</sup>

Tabel 7.5: Leerstijl van de cliënt en aanpakstijl ergotherapeut<sup>10</sup>

Leerstijl van de cliënt	Aanpakstijl van de ergotherapeut
Beslisser	Instructie aanpak
Bezinner	Reflectie aanpak
Denker	Zelfstudie aanpak
Doener	Oefen aanpak

De aanpakstijlen lopen parallel met de stappen die genomen worden in de leercirkel van Kolb<sup>10</sup>, te weten;

- concrete ervaring (CE);
- reflectieve observatie (RO);
- abstracte begrippen en concepten (AC);
- actief experimenteren (AE).

In tabel 7.6 is weergegeven welke didactiek bij welke aanpakstijl hoort.



Tabel 7.6: Aanpakstijlen<sup>12</sup>

Aanpakstijl	Volgorde in stappen	Didactiek
Instructie aanpak	AC → AE → CE → RO	Startpunt in theorie, gesloten opdrachten/oefeningen
Reflectie aanpak	CE → RO → AC → AE	Startpunt in het opdoen van ervaringen, gesloten opdrachten/oefeningen
Zelfstudie aanpak	AC → AE → CE → RO	Startpunt in theorie, open opdrachten/oefeningen
Oefen aanpak	CE → RO → AC → AE	Startpunt in het opdoen van ervaring, open opdrachten/oefeningen

## Conclusie

Niveau 4	Experts zijn van mening dat de aanpakstijl van de ergotherapeut moet aansluiten bij de leerstijl van de cliënt.  D Ter horst, 2003
----------	--

## Aanbeveling 45

Het verdient aanbeveling om aan te sluiten bij de persoonlijke leerstijl van de cliënt.
---

7.4.5. Behandeling van cliënten met cognitieve stoornissen

Cliënten met cognitieve stoornissen kunnen beperkingen ondervinden in het aanleren van nieuwe vaardigheden. Het kan voorkomen dat cliënten vanwege deze beperking hun doelen niet kunnen behalen.<sup>21</sup> Het is daarom belangrijk dat de behandeling afgestemd wordt op de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. In bijlage IV zijn aandachtspunten weergegeven voor de behandeling van cliënten met cognitieve stoornissen.

## Conclusie

Niveau 4	Experts zijn van mening dat de ergotherapeut rekening moet houden met eventuele cognitieve stoornissen van de cliënt.  D Woodson, 2008
----------	--

## Aanbeveling 46

Er dient rekening gehouden te worden met eventuele cognitieve stoornissen van de cliënt bij het geven van informatie, advies en training.
---

## LITERATUUR

1. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 247-72.
2. Thijssen M, van Melick M, Désiron H. Behandelen, plan van aanpak opstellen en uitvoeren. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 717-44.
3. van Loon H, Satink T. Probleeminventarisatie en –analyse van handelen en omgeving. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 687-714.
4. Piskur B, Daniëls R. Canadian Model of Occupational Performance (COPM) en Occupational Performance Process Model (OPPM). In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 425-56.
5. van der Hulst P, Woude P. Kwaliteitszorg. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 787-815.
6. Evers A, Timmermans H, Musters L, van den Broek L, Janssen I, van Ettekooven H. et al. *Werkboek van kennis naar doen*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; 2004. p.65-79.
7. Verbeek G. *Het spel van kwaliteit en zorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2004. p. 117-27.
8. Satink T, van Loon H. *Methodische handelen*. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p.665-86.
9. [www.methodieken.nl](http://www.methodieken.nl)
10. Zinkstok R. *Leertheorieën*. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p.382-404.
11. *Thesis educatie & advies B.V. Kolb leerstijlen*. Beschikbaar via: [www.thesis.nl/kolb](http://www.thesis.nl/kolb)
12. Ter Horst D., De Vries-Kempers W. *Ergotherapeutische vaardigheden, Vrijtijdsbesteding: leerstijlgericht begeleiden van de cliënt*. Utrecht: Lemma BV; 2003.
13. Woodson AM. *Stroke*. In: Radomski MV, Trombly Latham CA, editors. *Occupational therapy for physical dysfunction*. Boston: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 1001-41

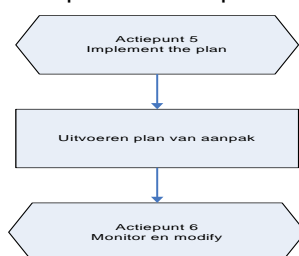
## DEEL II: BEHANDELEN

### 8. ACTIEPUNT 5: IMPLEMENT THE PLAN

In deze fase wordt bij actiepunt 5, het plan van aanpak uitgevoerd zoals deze, bij actiepunt 4, is besproken met de cliënt.

De samenwerking met de cliënt is van essentieel belang om tot een goede uitvoering van het plan van aanpak te komen. Het plan van aanpak beschrijft de voorwaardelijke functies die nodig zijn om de doelen te behalen. De bij actiepunt 2 bepaalde theorieën en/of modellen begeleiden de implementatie, die op verschillende manieren binnen het behandelproces toepasbaar zijn.<sup>1</sup>

In figuur 8.1 is weergegeven hoe actiepunt 5 verloopt.



Figuur 8.1: Actiepunt 5: Implement the plan

#### 8.1. UITGANGSVRAGEN

- Welke interventies zijn effectief gebleken bij de ergotherapeutische behandeling van cliënten met chronische vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson?

#### 8.2. UITVOERING VAN HET PLAN VAN AANPAK

Het uitvoeren van het plan van aanpak is een bewust proces van het bewerkstelligen van het veranderingsproces van de cliënt. Het betreft het rolgebonden handelen van de cliënt en zijn naastbetrokkenen en is gericht op het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten om de participatie van de cliënt te bevorderen.<sup>2</sup>

##### 8.2.1. Interventies

Er is weinig onderzoek gedaan naar specifieke interventies gericht op de individuele behandeling van chronische vermoeidheid als gevolg van MS, CVA of de ziekte van Parkinson. Wel is bewezen dat combinaties van interventies effectief zijn bij individuele en bij groepsbehandelingen van chronische vermoeidheid als gevolg van MS. De werkgroep heeft geen bewijs gevonden over de behandeling van chronische vermoeidheid bij CVA of de ziekte van Parkinson, maar er is geen reden om aan te nemen dat bij deze groepen de onderstaande interventies niet even effectief kunnen zijn.

##### 8.2.1.1. Energy Conservation Course

In de Energy Conservation Course (ECC) van Packer worden zes gestructureerde groepssessies van twee uur beschreven.<sup>3</sup> De zes sessies bevatten de volgende onderwerpen:

- het belang van rust gedurende de dag;
- positieve en effectieve communicatie;

- op de juiste manier gebruik maken van je lichaam;
- ergonomische principes;
- aanpassen van de omgeving;
- veranderen van de levensstandaard;
- bepalen van prioriteiten;
- het maken van activiteiten analyses en het aanpassen van activiteiten;
- het creëren van een gebalanceerde levensstijl.

De ECC is verscheidende malen onderzocht en effectief bewezen. Mathiowetz geeft in een randomized controlled trial (RCT) aan dat de ECC van Packer<sup>3</sup> die gedurende zes weken en twee uur per week werd gegeven door ergotherapeuten, effectief was en resulteerde in een significante vermindering van vermoeidheid.<sup>3,4</sup>

Matuska geeft in zijn studie aan dat deelnemers de aangeleerde energy conservation strategieën toepassen in hun dagelijks leven en deze als effectief ervaren. Door het toepassen van deze strategieën waren de deelnemers beter in staat om hun dagelijkse activiteiten uit te voeren, omdat zij zich minder vermoeid voelden.<sup>5</sup>

Vanage onderzocht de ECC bij cliënten met matige tot zware beperkingen als gevolg van MS. De studie laat een significante vermindering in vermoeidheid zien op de FIS na het volgen van de ECC. Hiernaast geeft de studie bewijs dat de effecten van de ECC, acht weken na het volgen van de cursus nog aanwezig zijn.<sup>6</sup> Bij een follow-up studie na een jaar na het volgen van de ECC bleek het effect nog steeds aanwezig te zijn.<sup>7</sup>

#### Conclusie

Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat de ECC van Packer effectief is bij mensen met MS (zonder cognitieve beperkingen), dat de ECC resulteert in een significante vermindering van vermoeidheid, dat het leidt tot een verbetering van de kwaliteit van leven en dat deze resultaten, acht weken tot een jaar na de cursus, nog aanwezig zijn.</p> <p>B Matuska 2007, Mathiowetz 2005, Vanage 2003, Mathiowetz 2007</p>
----------	---

#### 8.2.1.2. Vermoeidheidsmanagement

Welham en Shapiro hebben onderzoek gedaan naar vermoeidheidsmanagement programma's voor individuele behandeling van chronische vermoeidheid bij MS.<sup>8,9</sup> Dit vermoeidheidsmanagement programma toont veel overeenkomsten met de ECC. Beide programma's hebben onderwerpen als dagindeling, belasting-belastbaarheid en het vereenvoudigen van activiteiten/werk op het programma staan. De vermoeidheidsmanagement programma's behandelen ook algemene onderwerpen zoals: het vermijden van hitte, fit blijven en gezond eten. Binnen het individuele programma is er de mogelijkheid voor de cliënt, om onderwerpen aan het programma toe te voegen.<sup>9</sup>

#### Conclusie

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat het toepassen van vermoeidheidsmanagement programma's tijdens individuele behandeling resulteren in een vermindering van vermoeidheid.</p> <p>C Welham 1995, B Shapiro 1991</p>
----------	---

In tabel 8.1 zijn de interventies die tijdens de ECC en vermoeidheidsmanagement programma's aan bod komen, gekoppeld aan de theoretische kaders en de onderwerpen uit actiepunt 2: Set the stage. (zie tabel 5.1) weergegeven. De mogelijke interventies op basis van de ECC en vermoeidheidsmanagement zijn uitgewerkt in het werkboek.

Tabel 8.1 Interventies

Onderwerp	Theoretisch kader	Interventies
Leefwijze van de cliënt Werkboek werkblad II	Psycho-emotionele theorie Sociaal-culturele theorie Ontwikkelingstheorie Omgevingstheorie	- Uitleg geven over de leefregels bij MS, CVA of ziekte van Parkinson
Ontspanning Werkboek werkblad III	Fysieke-revalidatietheorie Psycho-emotionele theorie	- Het geven van ontspanningsoefeningen
Communicatie Werkboek werkblad IV	Sociaal-culturele theorie Omgevingstheorie	- Communicatie met naastbetrokkenen
Dagindeling Werkboek werkblad V	Fysieke-revalidatietheorie Psycho-emotionele theorie Sociaal-culturele theorie Omgevingstheorie	- Prioriteiten aanbrengen in activiteiten - Veranderen van het tijdstip waarop een activiteit wordt uitgevoerd - Rust en activiteit verspreiden over de dag - Het veranderen van de frequentie van de activiteit
Uitvoering van activiteiten Werkboek werkblad VI	Neurologisch-cognitieve theorie Fysieke-revalidatie theorie Psycho-emotionele theorie Sociaal-culturele theorie Ontwikkelingstheorie Omgevingstheorie	- Elimineren van onnodige bewegingen en/of deeltaken van een activiteit - Veranderen van handelingsvolgorde van een activiteit - Simplificeren van (deel)taken in activiteiten door hulpmiddelen en/of aanpassingen - Combineren van (deel)taken in activiteiten - Rustmomenten inbouwen tijdens langere activiteiten
Ergonomie en houding Werkboek werkblad VII	Neurologisch-cognitieve theorie Fysieke-revalidatie theorie Omgevingstheorie	- Uitleg over ergonomische principes tijdens statische en dynamische belasting - Lichaamshouding tijdens activiteit en rust
Aanpassingen en gebruik van hulpmiddelen Werkboek werkblad VIII	Neurologisch-cognitieve theorie Psycho-emotionele theorie Omgevingstheorie	- Uitleg geven over aanpassingen en/of hulpmiddelen - Begeleiden van de aanvraag van aanpassingen en/of hulpmiddelen.

## Overige overwegingen:

Er is op het moment van het schrijven van de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid geen onderzoek gedaan naar de toepassing van (delen van) eerder genoemde programma's voor individuele behandeling. Ook is niet onderzocht wat de relatieve effectiviteit is van de aparte onderdelen. Er is wel bewijs gevonden voor gestructureerde groepsbehandelprogramma's. Echter, dit gaat ten koste van het cliëntgericht werken, omdat de onderwerpen van te voren vastgesteld zijn. De werkgroep is om deze reden van mening dat de interventies van de ECC en het vermoeidheidsmanagement programma, los van elkaar onderzocht moeten worden bij de individuele behandeling van chronische vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson.

Er zijn een aantal kleinere onderzoeken gedaan naar online en telefonische programma's om vermoeidheid te behandelen. Online interventies laten geen verschil zien met de groep die algemene informatie krijgt over vermoeidheid.<sup>10,11</sup> Een pilotstudie heeft wel effect aangetoond bij het aanbieden van de interventies met een telefonisch consult.<sup>12</sup> De participanten hebben het als praktisch ervaren<sup>13</sup>. Verder onderzoek is nodig op dit gebied, o.a. naar de in- en exclusie criteria die eventueel zou gelden bij online en telefonische programma's.

## Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat vermoeidheidsmanagement programma's die telefonisch worden aangeboden resulteren in een vermindering van vermoeidheid. Online vermoeidheidsinterventies hebben geen effect aangetoond  C Finlayson 2005, 2007; Ghahari 2010
----------	--

## Aanbeveling 47

Aanbevolen wordt interventies te gebruiken uit het ECC en uit de vermoeidheidsmanagement programma's in individuele vorm, om een vermindering van het ervaren gevoel van vermoeidheid te bereiken.
--

## Aanbeveling 48

Aanbevolen wordt om de interventies af te stemmen op de wensen en behoeftes van de cliënt.
--

## Aanbeveling 49

Het is te overwegen om een vermoeidheidsmanagement programma via telefonische consulten aan te bieden wanneer de middelen aanwezig zijn
---

## 8.2.1.3. Activiteitenweger

De activiteitenweger is een methode om belasting en belastbaarheid in kaart te brengen: Door de belasting van alle activiteiten om te rekenen naar punten, krijgen zowel de cliënt als de ergotherapeut een duidelijk beeld van wat de cliënt aankan (belastbaarheid). De activiteitenweger kan gebruikt worden bij mensen met neuromusculaire aandoeningen, orthopedische problematiek en chronisch pijn, waar het doel van de revalidatie bestaat uit het vinden van een balans tussen belasting en belastbaarheid, het opbouwen van de algemene belastbaarheid en/of het overzicht krijgen in de activiteiten die de cliënt wil gaan doen.<sup>14</sup>

Om inzicht te krijgen in het energieverbruik over de dag is het noodzakelijk gedurende drie tot vijf dagen tijdschrijflijsten in te laten vullen zoals 'de Activiteitenweger'. De therapeut bekijkt samen met de cliënt de ingevulde lijsten. De cliënt geeft de activiteiten een score gerelateerd aan de zwaarte: licht, gemiddeld, zwaar, of ontspanning. Aan deze scores worden vervolgens punten verbonden. Er wordt een basislijn vastgesteld van activiteiten die de cliënt altijd aan kan, hier worden punten aangekoppeld. Met behulp van de Activiteitenweger en de berekende basislijn, plant de cliënt zijn dag of week. Wanneer een balans is gevonden, door het vasthouden van het basisniveau, kan er gekeken worden of het activiteitsniveau gestabiliseerd kan worden of dat deze op te bouwen is. Bij stabilisatie zal het aantal te behalen punten gelijk blijven aan het basisniveau. Wanneer er voor een opbouw gekozen wordt zal er met behulp van graded activity (stapsgewijs toewerken naar een einddoel) een opbouw in energiegebruik plaatsvinden.<sup>15</sup>

De Activiteitenweger is nog niet onderzocht op zijn validiteit en betrouwbaarheid. Ook is deze niet onderzocht op effectiviteit bij het behandelen van mensen met vermoeidheidsklachten.

Lijsten van de Activiteitenweger zijn opgenomen als bijlage in het werkboek.

## Conclusie

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat er onvoldoende onderzoek gedaan is naar de validiteit en betrouwbaarheid van de Activiteitenweger om een conclusie te kunnen trekken over de effectiviteit van de interventie op handelingsproblemen als gevolg van chronische vermoeidheid bij cliënten met MS, CVA of de ziekte van Parkinson.
----------	---

## Overige overwegingen

Met behulp van de Activiteitenweger kan er een gestructureerd en meetbaar overzicht gemaakt worden van de activiteiten die een cliënt uitvoert en aankan. De werkgroep is overtuigd van de praktische bruikbaarheid als functionele assessment en om de belasting en belastbaarheid in kaart brengen.

#### Aanbeveling 50

Het kan zinvol zijn om de Activiteitenweger te gebruiken, wanneer de ergotherapeut meer inzicht wil krijgen in betekenisvolle activiteiten die de cliënt uitvoert, de belasting die de cliënt ervaart bij het uitvoeren van deze activiteiten en de belasting die cliënt aankan.

#### 8.2.1.4. Koelpak

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het effect van de behandeling met koeltherapieën, zoals het dragen van een koelpak, voor de behandeling van vermoeidheidsklachten bij mensen met MS.<sup>16,17</sup> Een cross-over RCT (n=84) waarin mensen met MS koelpakken (Liquid Cooling Garment) van twee verschillende temperaturen dragen (laag: 12,7°C of hoog: 21,1°C) toont aan dat een koelpak acute (na een week) en langdurige effecten (een maand later) kan hebben.<sup>16</sup> Een kritische kanttekening hierbij is dat de deelnemers niet geblindeerd konden worden.<sup>16</sup> In een ander RCT (n=43), waarin dagelijks 45 minuten een koelvest werd aangetrokken bleek een significant verschil te zijn tussen de placebo en de interventiegroep.<sup>17</sup>

Niveau 2	<p>Het is waarschijnlijk dat het een koelpak/koelvest korte tijd (uren tot dagen) voor vermindering van de ervaren vermoeidheid kan zorgen bij mensen met MS waarbij de vermoeidheid toeneemt met toename van de temperatuur</p> <p>B Nasa/MS Cooling study Group 2003, A2 Nilsagard 2006</p>
----------	---

#### Overige overwegingen:

Het aan- en uitrekken van een koelvest of -pak kan veel energie kosten, en verdient in de overwegingen tot het gebruik meegenomen te worden. Mogelijk kan algehele verkoeling het gevoel van vermoeidheid verminderen.

#### Aanbeveling 51

Het geven van advies ten aanzien van algehele verkoeling en werken in een koele omgeving verdient overweging bij mensen met MS.

#### 8.2.1.5 Cognitieve gedragstherapie

Uit de search is gebleken dat er nog weinig bewijs is voor het gebruik van Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) bij vermoeidheidsklachten bij MS, CVA en M. Parkinson. Er zijn twee studies gedaan naar CGT; waarvan één studieprotocol en één RCT bij mensen met MS. Het studieprotocol beschrijft een groepsbehandeling om vermoeidheid te managen waarbij onder andere CGT gebruikt wordt. Hierbij leren de deelnemers om zo effectief mogelijk om te gaan met de beschikbare energie en daarnaast worden copingstrategieën aangeleerd om om te gaan met stressvolle situaties. Met behulp van SMART doelen en een zo gehete "keeping on track planner" wordt implementatie hiervan in het dagelijks leven nagestreefd. In een kwalitatieve pilot-studie is aangetoond dat er significante verbeteringen werd ervaren doordat de deelnemers meer grip zouden hebben op de vermoeidheid en op het managen ervan.<sup>18</sup>

Van Kessel e.a. hebben een RCT onderzoek gedaan naar de effectiviteit van CGT bij mensen MS en vermoeidheid. Deze RCT is van lage kwaliteit, omdat de interventiegroep en de controlegroep door dezelfde, niet geblindeerde therapeut is behandeld. Daarnaast heeft de controlegroep soortgelijke interventies gekregen als de interventie groep, waardoor het vergelijken van de uitkomsten lastig te differentiëren is.<sup>19</sup>

#### Conclusie

Niveau 4	Experts zijn van mening dat Cognitieve Gedrag Therapie mogelijk een positief effect kan hebben op het managen van vermoeidheid bij MS.  D Thomas 2010 Kessel
----------	--

#### Aanbeveling 52

Het is aan te bevelen het onderzoek naar Cognitieve Gedragstherapie bij vermoeidheid in de toekomst te volgen.

#### 8.2.1.6. Graded Activity Training

Graded Activity is een gedragsmatig en fysiek trainingsprogramma gebaseerd op operante en cognitieve leerprincipes.

- Operante leerprincipes: gezond gedrag wordt aangeleerd en positief bekrachtigd en op ongewenst gedrag wordt niet ingegaan.
- Cognitieve principes, scholing en inzicht geven in gevolgen van vermijding van activiteiten. Catastrofale gedachten en irreële gedachten uitbannen.

Deze principes worden verwerkt in een uniek fysiek trainingsprogramma, waarbij tegelijkertijd gewerkt wordt aan verbeteren van conditionele aspecten en arbeidsspecifieke vaardigheden.<sup>20</sup>

De COGRAT (Cognitive and Graded Activity Training ) studie heeft onderzoek gedaan naar het effect van Cognitieve en Graded Activity Training bij mensen met vermoeidheid na een CVA. Daarbij werd gekeken naar de vermindering van subjectieve vermoeidheidsklachten na de gecombineerde behandeling en werd deze vergeleken met patiënten die alleen Cognitieve therapie ontvingen. De eerste resultaten geven een positief effect aan van de gecombineerde behandeling.<sup>20</sup>

#### Conclusie

Niveau 4	Experts zijn van mening dat Cognitieve Therapie gecombineerd met Graded Activity Training een positief effect kan hebben op het verminderen van subjectieve vermoeidheidsklachten bij mensen na een CVA.  D Zedlitz 2010
----------	--

#### Aanbeveling 53

Cognitieve Therapie gecombineerd met Graded Activity kan worden ingezet om vermoeidheidsklachten bij mensen na een CVA te verminderen.



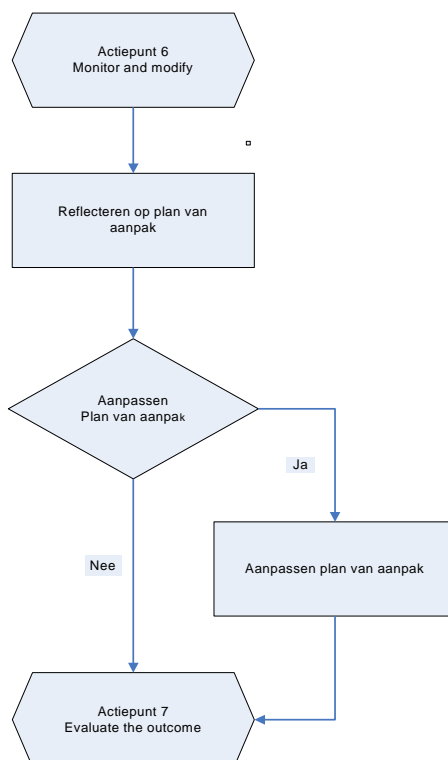
## LITERATUUR

1. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 247-72.
2. Thijssen M, van Melick M, Désiron H. Behandelen, plan van aanpak opstellen en uitvoeren. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 717-44.
3. Packer TL, Brink N, Sauriol A. *Managing fatigue: A six-week course for energy conservation*. Arizona: Therapy Skill Builders; 1995.
4. Mathiowetz VG, Finlayson ML, Matuska KM, Chen HY, Luo, P. Randomized controlled trial of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2005;11:592-601.
5. Matuska, K., Mathiowetz, V., & Finlayson, M. (2007) Use and Perceived effectiveness of energy conservation strategies for managing multiple sclerosis fatigue. *Am J of Occup Ther*. 2007;61,62-9.
6. Vanage SM, Gilbertson KK, Mathiowetz V. Effects of an energy conservation course on fatigue impact for persons with progressive multiple sclerosis. *Am J Occup Ther*. 2003;57:315-23.
7. Mathiowetz VG, Matuska KM, Finlayson ML, Luo, P, Chen HY. One-year follow-up to a randomized controlled trial of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Int. J. Rehabil. Res*. 2007;30(4):305-13
8. Welham L. Occupational therapy for fatigue in patients with multiple sclerosis. *British Journal of Occupational Therapy* 1995;58,507-9.
9. Shapiro T. *Multiple Sclerosis: a rehabilitation approach to management*. New York: Demos; 1991.
10. Ghahari S, Packer TL, Passmore AE. Development, standardization and pilot testing of an online fatigue self-management program. *Disabil. Rehabil*. 2009;31(21):1762-1772
11. Ghahari S, Packer TL, Passmore AE. Effectiveness of an online self-management programme for people with chronic neurological conditions: a randomized controlled trial. *Clin. Rehabil*. 2010;24(8):727-744
12. Finlayson M. Pilot study of an energy conservation education program delivered by telephone conference call to people with multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation* 2005; 20(4):267-277
13. Finlayson M, Holberg C. Evaluation of a teleconference-delivered energy conservation education program for people with multiple sclerosis. *Ca. J. Occup. Ther*. 2007; 74(4):337-347
14. Mansum van R,. Studiedag activiteitenweger 'Heel erg leuk en heel erg ergotherapie.' *Ned. Tijdschrift voor. Ergotherapie* 2008; 6; 8-9
15. Hulstein-van Gennep G, Ten hove-Moerdijk K. De activiteitenweger, methodisch werken aan belasting en belastbaarheid. *Ned. Tijdschrift voor. Ergotherapie* 2008;2; 22-25
16. Nasa/MS Cooling study Group; Schwid SR, Petrie MD, Murray R, Leitch J, Bowen J, Alquist A, et al. A randomized controlled study of the acute and chronic effects of cooling therapy for MS. *Neurology* 2003; 60[12]: 1955-1960.
17. Nilsagard Y, Denison E, Gunnarsson L. Evaluation of a single session with cooling garment for persons with multiple sclerosis -- a randomized trial. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology* 1[4], 225-233. [1748-3107\\_2006](#)
18. Thomas PW, Thomas S, Kersten P, Jones R, et.al. Multi-centre parallel arm randomised controlled trial to asses the eeffectiveness and soct-effectiveness os a group-based cognitive behavioural approach to managing fatigue in people with multiple sclerosis. *BMC Neurol*. 2010;16(10):43
19. Kessel van K, Moss-Morris R, Willoughby E, Chadler T, et.al. A randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for multiple sclerosis fatigue. *Psychosom Med*. 2008;70(2):205-213
20. Zedlitz SMK, Fasotti L, Geurts A, Visser0meily A. Effectivness of cognitive and graded activity training (COGRAT) on post stroke fatigue. A multicenter study. [www.maartenskliniek.nl](http://www.maartenskliniek.nl). submitted

## 9. ACTIEPUNT 6: MONITOR AND MODIFY

Bij actiepunt 6 is het doel het bewaken en aanpassen van het plan van aanpak. Om de voortgang van het plan van aanpak in de gaten te houden, verkrijgt de ergotherapeut constant nieuwe informatie over de ontwikkeling van de cliënt in relatie tot de opgestelde doelen. Door continue reflectie bepalen de cliënt, zijn naastbetrokkenen en de ergotherapeut of, met de gekozen strategieën, de opgestelde doelen worden nagestreefd en het plan van aanpak wordt gevolgd. Aan de hand van deze reflecties kunnen wijzigingen en veranderingen in de doelen en/of het plan van aanpak worden aangebracht. Hierbij valt te denken aan het variëren in de mate van moeilijkheid of complexiteit van een activiteit of handeling.<sup>1</sup>

In figuur 9.1 is weergegeven hoe actiepunt 6 verloopt.



Figuur 9.1: Actiepunt 6: Monitor and modify

### 9.1. UITGANGSVRAGEN

- Wat is de beste manier om tijdens de behandeling op het plan van aanpak te reflecteren?
- Wanneer is het nodig om het plan van aanpak aan te passen?

### 9.2. REFLECTEREN OP HET PLAN VAN AANPAK

Reflecteren op het plan van aanpak is een continu proces, dat gedaan wordt door de cliënt, zijn naastbetrokkenen en de ergotherapeut.<sup>2</sup> De ergotherapeut reflecteert, vaak onbewust, vanaf het eerste contact met de cliënt op het proces. Tijdens het uitvoeren van het plan van aanpak kunnen er verschillende redenen zijn, waardoor de afgesproken strategieën en interventies niet het gewenste effect hebben op het rolgebonden handelen. Om hier adequaat op te kunnen anticiperen is het belangrijk dat de cliënt, zijn naastbetrokkenen en de ergotherapeut hun ervaringen en meningen met

elkaar delen en het plan van aanpak zo nodig bijstellen.<sup>2</sup> Dit wordt gedaan door middel van klinisch redeneren.<sup>3</sup>

### 9.3. AANPASSEN PLAN VAN AANPAK

Gedurende de uitvoering van het plan van aanpak kan het nodig zijn om in te spelen op veranderde behoeftes, mogelijkheden en beperkingen, of een veranderde omgeving.<sup>2</sup>

In de volgende situaties kan aanpassen van het plan van aanpak nodig zijn wanneer:

- er nieuwe problemen naar voren komen;<sup>1</sup>
- er veranderingen zijn opgetreden in de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;<sup>1,2</sup>
- er veranderingen zijn opgetreden in het handelen of de omgeving van de cliënt;<sup>1,2</sup>
- de wensen en behoeftes van de cliënt zijn veranderd;<sup>2</sup>
- de resultaten van de behandeling afwijken van de verwachte resultaten.<sup>1</sup>

(Zie ook CPPF-actiepunt 7.)

Zo nodig, zal de ergotherapeut in overleg met de cliënt extra gegevens verzamelen of nieuwe inzichten gebruiken om de behandeling aan te scherpen.<sup>3</sup>

Gedurende de gehele behandeling blijft het handelen en het verhaal van de cliënt centraal staan en is de ergotherapeut zich bewust van de therapeutische relatie.<sup>3</sup>

#### Conclusie

Niveau 4	<p>Experts zijn van mening dat het nodig kan zijn tijdens de uitvoering van het plan van aanpak in te spelen op veranderde behoeftes, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt of een veranderde omgeving.</p> <p>D Thijssen, 2006</p>
----------	--

#### Aanbeveling 54

<p>Het plan van aanpak dient aangepast te worden wanneer er sprake is van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nieuwe problemen;</li> <li>- veranderingen in de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;</li> <li>- veranderingen in het handelen of de omgeving van de cliënt;</li> <li>- verandering in de wensen en/of behoeftes van de cliënt;</li> <li>- afwijkende resultaten in vergelijking met de verwachte resultaten.</li> </ul>
---

#### LITERATUUR

1. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 247-72.
2. Thijssen M, van Melick M, Désiron H. Behandelen, plan van aanpak opstellen en uitvoeren. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. Grondslagen van de ergotherapie. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 717-44.
3. Satink T, van Loon H. Methodische handelen. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. Grondslagen van de ergotherapie. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 665-86.

## DEEL II: EVALUATIE EN AFRONDING

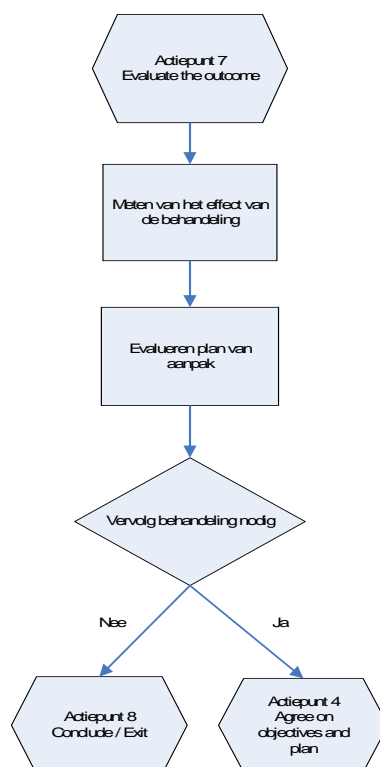
### 10. ACTIEPUNT 7: EVALUATE THE OUTCOME

In deze fase staat bij actiepunt 7 de evaluatie centraal. De ergotherapeut heeft bij het opstellen van de doelen en het plan van aanpak (zie actiepunt 4), al rekening gehouden met de evaluatie van de doelen. De evaluatie richt zich op de ergotherapeutische doelen. Wanneer de doelen niet zijn behaald, kan deze evaluatie bruikbare informatie opleveren voor verdere actie.<sup>1</sup>

Binnen dit actiepunt zijn er drie mogelijkheden:

1. Alle ergotherapeutische doelen zijn behaald en de cliënt heeft geen verdere doelen. De cliënt en ergotherapeut beëindigen bij actiepunt 8 de behandeling.
2. Alle opgestelde ergotherapeutische doelen zijn behaald, maar de cliënt heeft nieuwe ergotherapeutische doelen die behandeld kunnen worden. Binnen het model is het mogelijk om de behandeling met nieuwe doelen en een nieuw plan van aanpak voort te zetten.
3. De ergotherapeutische doelen zijn niet behaald. De cliënt en ergotherapeut besluiten om de huidige doelen en plan aan te passen of om de behandeling te beëindigen.<sup>1</sup>

In figuur 10.1 is weergegeven hoe actiepunt 7 verloopt.



Figuur 10.1: Actiepunt 7: Evaluate the outcome

#### 10.1. UITGANGSVRAGEN

- Op welke wijze kan het effect van de behandeling valide en betrouwbaar gemeten worden?
- Wat is de beste methode om de behandeling met de cliënt te evalueren?

## 10.2. METEN VAN HET EFFECT VAN DE BEHANDELING

De mate van participatie van de cliënt in zijn eigen levenssituatie staat centraal tijdens de gehele behandeling. Om te kunnen evalueren of het plan van aanpak betekenisvol is geweest voor de cliënt en zijn naastbetrokkenen, is het belangrijk om de manier van evalueren aan te laten sluiten op de manier waarop de probleeminventarisatie en -analyse en het plan van aanpak vorm hebben gekregen.<sup>2</sup>

Om te bepalen wat de bereikte eindresultaten van de behandeling zijn, is het belangrijk om de verandering die een cliënt tijdens de behandeling heeft doorgemaakt te bespreken. De verandering in het handelen van de cliënt kan inzichtelijk worden gemaakt door de gebruikte assessments opnieuw af te nemen of door een hertest af te nemen. Daarbij kunnen de scores vergeleken worden met de behaalde scores in de start van de behandeling (zie actiepoint 2).<sup>3</sup>

Het effect van de behandeling kan met behulp van verschillende assessments worden vastgesteld.<sup>3</sup>

Bijvoorbeeld:

- De COPM kan gebruikt worden om de uitvoering en de tevredenheid over het uitvoeren van activiteiten te meten.<sup>3,5</sup>
- De IPA kan gebruikt worden om de tevredenheid van de cliënt over zijn rolgebonden handelen te meten.<sup>3,6</sup>
- Het activiteitenprofiel kan gebruikt worden om de verandering in het gewoontepatronen van de cliënt te beoordelen.<sup>4</sup>

Om een uitspraak te kunnen doen over veranderingen is het belangrijk dat de gebruikte assessments gevoelig zijn voor veranderingen. Dit betekent dat als er iets verandert bij de cliënt, dit ook leidt tot verandering in de scores. Deze gevoeligheid voor verandering wordt aangegeven door het begrip 'responsiviteit'.<sup>3</sup> Uit onderzoek blijkt dat zowel de IPA als de COPM bewezen responsief zijn.<sup>5,6</sup>

Conclusie

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat de IPA en de COPM verandering kunnen meten in het handelen van de cliënt.</p> <p>A2 Eyssen 2011 C Cardol, 2002 D Steultjens, 2006</p>
----------	---

Overige overwegingen:

In de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid is de MFIS afgenomen om de chronische vermoeidheid vast te stellen. Voor een evaluatie van de ervaren vermoeidheid kan de MFIS gebruikt worden op individuele punten, de totaalscore kan niet als evaluatie gebruikt worden.<sup>7</sup>

Aanbeveling 55

Het is aan te bevelen om de hertest van de COPM in te vullen.

Aanbeveling 56

Het verdient aanbeveling de IPA (ervaren beperkingen op activiteiten- en participatieniveau) of het activiteitenprofiel (implementatie van belasting- en belastbaarheidsadviezen) opnieuw af te nemen, als deze assessments zijn gebruikt tijdens de behandeling.

Aanbeveling 57

Het verdient geen aanbeveling om de MFIS opnieuw af te nemen.

### 10.3. EVALUEREN PLAN VAN AANPAK

Het belangrijkste bij het evalueren van het plan van aanpak is het vaststellen of de doelen en beoogde resultaten zijn behaald.<sup>8</sup> Bij het evalueren van het plan van aanpak dient aangesloten te worden bij de onderdelen die tijdens de ergotherapeutische behandeling aan de orde zijn geweest. Hieronder vallen de typen interventies, de frequentie en de duur van de behandelsessies.<sup>2</sup> Het evalueren van het ergotherapeutische proces is belangrijk, omdat het aanwijzingen geeft over waarom een behandeling positieve resultaten heeft gehad of niet.<sup>8</sup>

Bij cliëntgericht werken ligt tijdens het evalueren van de behandeling de nadruk op de zienswijze van de cliënt en wordt er niet alleen vertrouwd op de criteria voor succes van de ergotherapeut.<sup>9</sup> Om het cliëntgericht werken en de therapeutische relatie te evalueren heeft de werkgroep de volgende aandachtspunten geformuleerd, die gebruikt moeten worden bij het evalueren:

- de samenwerking tussen cliënt en ergotherapeut;<sup>9,10</sup>
- de verantwoordelijkheid van zowel cliënt als ergotherapeut;<sup>9,10</sup>
- de manier waarop de ergotherapeut de cliënt heeft ondersteund en begeleid;<sup>9,10</sup>
- de participatie en autonomie van de cliënt bij onderhandeling over doelen, prioriteiten en keuzes die zijn gemaakt tijdens de behandeling;<sup>9,10</sup>
- het respect voor diversiteit.<sup>10</sup>

Het evalueren van het plan van aanpak heeft bovendien een belangrijke rol ten aanzien van het vervolg van de behandeling. De uitkomsten over het veranderingsproces kunnen aangeven of er een vervolgtraject geïndiceerd is. Dit kan een nieuwe impuls betekenen voor de behandeling.<sup>2</sup>

#### Conclusie

Niveau 4	Experts zijn van mening dat de evaluatie van het plan van aanpak belangrijk is voor het vervolg van de behandeling.  D Thijssen, 2006, Stanton, 2002
----------	--

#### Aanbeveling 58

Het kan zinvol zijn om bij de evaluatie van het plan van aanpak de doelen, de resultaten van de behandeling en het ergotherapeutische proces aan de orde te laten komen.
--

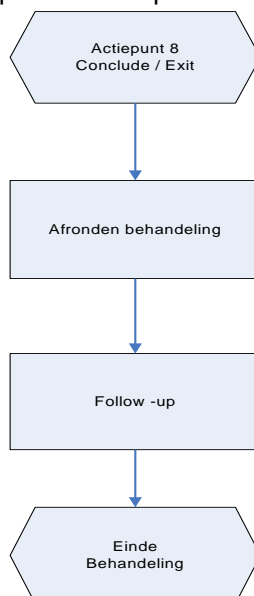
#### LITERATUUR

1. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 247-72.
2. Thijssen M, van Melick M, Désiron H. Behandelen, plan van aanpak opstellen en uitvoeren. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 717-44.
3. Steultjens E, Satink T, Peters E. Ergotherapie en wetenschappelijk onderzoek. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 817-50.
4. Kielhofner G, Forsyth K, Clay C, Ekbladh E, Haglund L, Hemmingsson H, et al. Talking with clients: assessments that collect information through interviews. In: Kielhofner G, editor. *Model Of Human Occupation*. Illinois: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 237-62.
5. Eyssen ICJM, Steultjens MPM, Oud TAM, Bolt EM, Maasdam A, Dekker J. The responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure. *JRRD* 2011; accepted.
6. Cardol M, Beelen A, van den Bos GA, de Jong BA, de Groot IJ, de Haan RJ. Responsiveness of the Impact on Participation and Autonomy Questionnaire. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83:1524-9.
7. Mills RJ, Young CA, Pallant JF, Tennant A. Rasch analysis of the Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010;81:1049-105
8. Stanton S, Thompson-Franson T, Kramer C. Linking concepts to a process for working with clients. In: Townsend E, editor. *Enabling Occupation, an occupational perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2002, p. 57-94.
9. Sumision T. The cliënt-centred approach. In: Sumsion T, editor. *Client-centred practice in Occupational therapy*. London: Churchill Livingstone; 1999. p. 15-20.
10. Le Granse M, van Hoey B. De cliënt centraal. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 241-63.

## 11. ACTIEPUNT 8: CONCLUDE/EXIT

Bij actiepunt 8 beslissen de cliënt en de ergotherapeut of de behandeling kan worden afgerond.<sup>1</sup>

In figuur 11.1 is weergegeven hoe actiepunt 8 verloopt.



Figuur 11.1: Actiepunt 8: Conclude / Exit

### 11.1. UITGANGSVRAGEN

- Hoe wordt de behandeling op een correcte wijze afgerond?
- Waaruit bestaat de follow-up van de behandeling?

### 11.2. AFRONDEN VAN DE BEHANDELING

Bij actiepunt 7 (zie hoofdstuk 10) zijn de uitkomsten van de behandeling geëvalueerd en is er bepaald of de ergotherapeutische doelen wel of niet behaald zijn. Als er geen andere ergotherapeutische doelen of handelingsproblemen naar voren zijn gekomen tijdens de evaluatie, dan kan de behandeling worden beëindigd. Dit doen de cliënt, zijn naastbetrokkenen en de ergotherapeut altijd in overleg.

Tijdens het behandelproces wordt er altijd naar gestreefd om alle doelen te behalen, toch zal dit in de praktijk niet altijd mogelijk zijn. Wanneer doelen niet behaald zijn, dan is het belangrijk om bij de beëindigen van de behandeling, de samenwerking op professionele wijze te bespreken. De cliënt, zijn naastbetrokkenen en de ergotherapeut moeten begrijpen wat de reden is dat de behandeling wordt afgerond, zelfs wanneer doelen niet behaald zijn. Er moet altijd benoemd worden dat de cliënt kan terug komen voor behandeling wanneer hij denkt dat dit noodzakelijk is.<sup>1</sup>

#### Conclusie

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat een duidelijke afronding van de behandeling van toegevoegde waarde is voor het cliëntgericht werken.  D Davis, 2007
----------	--

### Aanbeveling 59

Het wordt geadviseerd samen met de cliënt en zijn naastbetrokkenen de behandeling te bespreken en te beëindigen.

### 11.3. FOLLOW-UP

Het eenmalig of kortdurend uitvoeren van 'nieuw gedrag' hoeft nog niet te betekenen dat de cliënt dit ook kan volhouden. Pas na de behandeling wordt zichtbaar of het gedrag op langere termijn vol te houden is.<sup>2</sup>

De overgang van de begeleiding en stimulans tijdens de behandeling, naar het zelf volhouden van de gedragsveranderingen, is groot. Een follow-up afspraak is een goed hulpmiddel om blijvende gedragsverandering te ondersteunen. De afspraak biedt ruimte om te evalueren, problemen te bespreken en maakt dat de cliënt zich gesteund voelt om het gedrag vol te houden.<sup>2</sup> Om de cliënt te ondersteunen bij gedragsbehoud en gewoontevorming is het vooral van belang dat de ergotherapeut interesse toont in de wijze waarop de cliënt het gedrag probeert vol te houden.<sup>3</sup> Het volhouden van gedragsverandering gaat met vallen en opstaan. Tijdens de follow-up is het belangrijk om te evalueren of er opnieuw aandacht en begeleiding van de ergotherapeut nodig is. De cliënt heeft hier samen met zijn naastbetrokkenen de verantwoordelijkheid voor, hij bepaalt of hij wil werken aan (nieuwe) doelen en afspraken.<sup>2</sup> Wanneer de cliënt bepaalt dat hij aan (nieuwe) doelen wil werken, dan betekent dit dat de behandeling vervolgd wordt.

Vaak zijn er na het afsluiten van de behandelfase nog veranderingen zichtbaar, zowel in positieve als in negatieve zin. Het is verstandig om drie tot zes maanden na het afsluiten van de behandelfase te meten of er nog veranderingen zijn opgetreden in het handelen van een cliënt.<sup>4</sup>

#### Conclusies

Niveau 4	Experts zijn van mening dat een follow-up afspraak, waarbij ruimte is om de veranderingen in het handelen van de cliënt te evalueren en problemen te bespreken, de cliënt ondersteunt om het nieuwe gedrag vol te houden.  D van der Burgt, 2003, Balm, 2000
----------	--

Niveau 4	Experts zijn van mening dat het zinvol is om drie tot zes maanden na het beëindigen van de behandeling te meten of er nog veranderingen zijn opgetreden in het handelen van de cliënt.  D Steultjens, 2006
----------	--

### Aanbeveling 60

Het kan zinvol zijn om een follow-up afspraak te maken na drie tot zes maanden na het beëindigen van de behandeling, waarbij de veranderingen in het handelen van de cliënt worden geëvalueerd en problemen worden besproken.

#### LITERATUUR

1. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 247-72.
2. van der Burgt M, Verhulst F. *Doen en blijven doen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2003.
3. Balm MKF. *Gezond bewegen kun je leren*. Utrecht: LEMMA BV; 2000.
4. Steultjens E, Satink T, Peters E. Ergotherapie en wetenschappelijk onderzoek. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 817-50.



## 12. VERKLARENDE WOORDENLIJST

### ACTIVITEITEN

Een aaneen geregen keten van deelhandelingen die voor een specifieke gelegenheid, gedurende een bepaalde tijd, met een specifiek doel wordt uitgevoerd.

### ADAPTATIEVERMOGEN

Aanpassing van de psyche aan gewijzigde omstandigheden.

### ADL

Activiteiten van het dagelijks leven. Hieronder vallen activiteiten uit de domeinen wonen, werken en vrijetijdsbestedingen.

### AFKAPPUNT

Het punt waarop er scheiding wordt gemaakt tussen twee groepen.

### AGREE

Appraisal of Guidelines Research & Evaluation, instrument voor beoordeling van richtlijnen.

### AMPS

Assessment of Motor and Process Skills.

### ASSESSMENTS

De term 'assessment' wordt in deze richtlijn voor twee betekenissen gebruikt:

- een hulpmiddel om gegevens te inventariseren;
- een meetinstrument.

### AUTONOMIE

De zelfbeschikking (maken van keuzes, nemen van beslissingen), zelfstandigheid (plannen en organiseren van het eigen leven) en zelfredzaamheid (vaardigheden die noodzakelijk zijn om te functioneren) van een individu.

### BEHANDELING

Het doormaken van een ergotherapeutische behandeling betekent zowel voor de cliënt, zijn naastbetrokkenen als de ergotherapeut het doorleven van een veranderingsproces, dat op aansturen van de ergotherapeut volgens een bepaald plan verloopt en dat zich (in nauwe samenspraak met de cliënt) naar bepaalde betekenisvolle doelen richt. Binnen de behandeling wordt het plan van aanpak regelmatig geëvalueerd.

### BEHANDELPROCES

In de tijd steeds bij te stellen serie van acties waarmee cliënt en ergotherapeut werken aan het opstellen en bereiken van behandeldoelen.

### BEHANDELPROGRAMMA

Een combinatie van voorgeschreven behandelingen.

### BEOORDELINGSVERMOGEN

Feedback op eigen functioneren tijdens het handelen, zowel in sociale als in handelingscontext mogelijk.

#### **BEPERKINGEN**

Verlies of afwijking van het vermogen van een persoon om activiteiten te verrichten of gedrag te vertonen dat overeenkomstig is met persoons- en omgevingsfactoren.

#### **BETEKENISVOL HANDELEN**

Het handelen dat gekozen en uitgevoerd wordt door individuen of (bevolkings)groepen om ervaringen op te doen die voor hen betekenis hebben en voldoening geven.

#### **BEWIJSKRACHT**

Het vermogen van een bewijsmiddel om bepaalde feiten of uitspraken te bewijzen.

#### **BETROUWBAARHEID VAN EEN ASSESSMENT**

De mate waarin een meting onafhankelijk is van toeval. Een assessment is betrouwbaar als het steeds dezelfde informatie oplevert.

#### **BFI**

Brief Fatigue Inventory.

#### **CAUSAAL VERBAND**

Het verband tussen oorzaak en gevolg.

#### **CFS-APQ**

Chronic Fatigue Syndrom – Activities and Participation Questionnaire.

#### **CHRONISCHE VERMOEIDHEID**

Vermoeidheid als een alles overheersend en aanhoudend gevoel van uitputting en een verminderd vermogen tot verrichting van lichamelijke en geestelijke activiteiten op het gebruikelijke niveau, die langer dan zes weken aanwezig is.

#### **CIS**

Checklist Individuele Spankracht.

#### **CLIËNTGERICHT**

Benadering die uitgaat van de eigenheid van het individu en respect voor verschillen in sociaal-culturele achtergrond, normen, waarden en keuzes. De cliënt heeft een actieve rol en verantwoordelijkheid bij het formuleren en oplossen van de eigen ervaren problemen.

#### **CLIËNTGERICHT WERKEN**

Proces waarin de cliënt gerespecteerd, geïnformeerd en als actieve partner betrokken wordt bij het bepalen en uitvoeren van doelen en strategieën voor therapie.

#### **CMCE**

Canadian Model of Client-Centred Enablement.

#### **CMOP**

Canadian Model of Occupational Performance.

#### **CMOP-E**

Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.

**COGNITIE**

Afgeleid van het Latijnse woord “cognoscere”, wat “weten” betekent. Het woord refereert naar de werking van de hersenen, waardoor wij in staat zijn onze wereld te begrijpen. Het omvat de snelheid van denken, geheugen, begrip, concentratie, probleemoplossend vermogen en taalgebruik.

**COPING**

Het begrip coping omvat het gedragsmatig, cognitief en emotioneel omgaan met stressvolle situaties. In coping zijn twee dimensies te onderscheiden: problemen- en emotioneelgerichte coping, en actieve, passieve en vermijdende coping.

**COPM**

Canadian Occupational Performance Measure.

**CPPF**

Canadian Practice Process Framework.

**CRA**

Caregiver Reaction Assessment

**CRITICAL REVIEW FORM (LAW)**

Formulier waarmee op systematische wijze een reviewartikel kan worden beoordeeld in ogenschouw nemend onderwerpen als validiteit, betrouwbaarheid en relevantie.

**CROSS OVER STUDIE**

Een crossover studie (ook wel aangeduid als een cross-over trial) is een longitudinaal onderzoek waarbij proefpersonen een opeenvolging van verschillende behandelingen (of vorderingen) ontvangen.

**CSI**

Caregiver Strain Index

**CULTURELE OMGEVING**

Deze wordt bepaald door ideeën, voorstelling, manieren van doen die worden gedeeld met andere mensen en worden geleerd in sociale interacties. In alle omgevingen zijn culturele componenten te herkennen.

**CVA**

Cerebro Vasculair Accident.

**CZS**

Centraal zenuwstelsel.

**DAGBESTEDING**

Patroon van betekenisvolle activiteiten, waarmee een voor die persoon zinvolle tijdsbesteding ontstaat.

**DAGELIJKS HANDELEN**

Het uitvoeren van activiteiten en taken, die veelal deel uitmaken van dagelijks routines.

**DEMENTIE**

Syndroom met als centraal kenmerk een aftakeling van cognitieve functies bij intact bewustzijn.

## DEPRESSIE

Stemmingstoornis, niet het gevolg van het gebruik van middelen of lichamelijke aandoening of een normaal rouwproces.

## (U)D-FIS

(Unidimensional)Fatigue Impact Scale for Daily use.

## ECC

Energy Conservation Course.

## EFFECTIVITEIT

De mate waarin verbeteringen in vooraf vastgestelde uitkomstmaten bereikt wordt door middel van therapie.

## ENABELING

Middelen en mogelijkheden verwerven om betrokken te zijn bij het vinden van oplossingen voor handelingsproblemen.

## EPIDEMIOLOGISCH ONDERZOEK

Onderzoek naar de gezondheid van populaties en bevolkingsgroepen, niet specifiek gericht op individuen.

## ERGONOMIE

Ergonomie streeft naar het zodanig ontwerpen van gebruiksvoorwerpen, technische systemen en taken dat de veiligheid, de gezondheid, het comfort en het doeltreffend functioneren van mensen worden bevorderd.

## ERGOTHERAPIE

Ergotherapie biedt de cliënt mogelijkheden een optimale wijze van uitvoeren van dagelijkse activiteiten te bereiken in de eigen omgeving, waarbij het concrete, voor de cliënt betekenisvolle handelen op de gebieden wonen, werken en vrijetijdsbesteding onderwerp is van therapie. Ergotherapie speelt effectief in op de mogelijkheden van de cliënten en op de omgeving waarin zij willen functioneren.

## EVALUEREN

Nabespreken van de behandeling of delen van de behandelen.

## EVIDENCE BASED

Op wetenschappelijke kennis gebaseerd. Onder wetenschappelijke kennis wordt informatie verstaan die gebaseerd is op verschillende bronnen en die getoetst zijn en betrouwbaar zijn bevonden.

## EVIDENCE-BASED WERKEN

Evidence-based werken is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen samen met de individuele cliënt.

## EXECUTIEF VERMOGEN

Hieronder worden de hogere controlefuncties van de hersenen verstaan. Executief vermogen staat in relatie tot HOE een persoon doet.

## EXTERNE VALIDITEIT

Kwaliteit van de reikwijdte van een conclusie uit een onderzoek: In hoeverre is de conclusie generaliseerbaar naar (a) algemenere begrippen, (b) andere populaties en (c) andere situaties?

#### FACIT-S

Functional Assessment of Chronic Therapy – Scale.

#### FAS

Fatigue Assessment Scale.

#### FIS

Fatigue Impact Scale.

#### FOLLOW UP

Vervolg afspraak.

#### FSMC

Fatigue Scale of Motor and Cognitive Functions.

#### FSS

Fatigue Severity Scale.

#### FYSIEKE OMGEVING

Bestaat uit de gebouwde of ontworpen en natuurlijke objecten.

#### GRADED ACTIVITY

Graded activity is het stapsgewijs opvoeren van activiteiten in tijd, aantal of zwaarte gebaseerd op operante en cognitieve leerprincipes.

#### GEWENNING/GEWOONTE

De structuur die in het handelen is ontstaan door herhaling.

#### HANDELEN

Het uitvoeren van iedere doelgerichte activiteit, die betekenis heeft voor het individu en samengesteld is uit vaardigheden, waarden, routines, sociale- en fysieke omgevingsfactoren.

#### HANDELINGSCOMPETENTIE

De mate waarin men een handelingspatroon onderhoudt dat de handelingsidentiteit weergeeft: competentie zet de identiteit om in actie.

#### HANDELINGSIDENTITEIT

Een samengesteld beeld van wie men is en wie men wil worden als (handelend) mens, op basis van het eigen verleden ten aanzien van participatie.

#### HANDELINGSSITUATIE

Een compositie van ruimten, voorwerpen, handelingsvormen en sociale groepen die samenhangen en een betekenisvolle context vormen voor de uitvoering van het handelen.

#### HEALTH COUNSELING

Is bewuste en doelgerichte communicatie tussen de cliënt en de ergotherapeut met als doel de cliënt te motiveren om de gezondheidsadviezen op te volgen en vol te houden.

#### HULPVRAAG

Het vastgelegde probleem in de eigen bewoordingen van de cliënt omschreven.

#### HYPOTHESE

Een veronderstelling die nog bewezen moet worden, en afhankelijk daarvan verworpen of aangenomen wordt.

#### ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health.

#### INCIDENTIE

Hoeveel personen die per jaar een aandoening krijgen.

#### INDIVIDUEEL

Voor ieder afzonderlijk persoon.

#### INHOUDSMODEL

Een ergotherapeutisch inhoudsmodel is een systematische manier van organiseren en toepassen van ergotherapeutische kennis, met als uiteindelijk doel een verandering in het handelen te bewerkstelligen.

#### INTERNE CONSISTENTIE

Een concept dat aangeeft in hoeverre verschillende items in een meetinstrument, die eenzelfde kenmerk beogen te meten, dat ook daadwerkelijk doen.

#### INTERNE VALIDITEIT

Kwaliteit van de conclusie uit het onderzoek: bv. is de interpretatie van een statische verband in causale termen juist?

#### INTERVENTIES

De gehele behandeling die de ergotherapeut de cliënt aanbiedt, zodat een effectieve verandering in het handelen van de cliënt kan plaatsvinden die leidt tot participatie.

#### IPA

Impact op Participatie en Autonomie vragenlijst.

#### KLINISCH REDENEREN

Het denkproces dat plaats vindt bij de professional bij het definiëren van het probleem van de cliënt, het bepalen van doelen of resultaten, de keuzes voor interventies en het evalueren van het plan van aanpak.

#### LEERSTIJLEN

De wijze waarop iemand zich nieuwe theorieën of vaardigheden eigen maakt en een leerproces doorloopt.

#### LIKERT SCHAAL

Schriftelijke methode om moeilijk te kwantificeren gegevens toch te kunnen ondervragen en te kunnen voorzien van een ordinaal meetniveau.

#### METHODIEK

Een procedure en/of werkwijze, die moet worden gebruikt om kennis te verwerven en om de wetenschap vooruit te helpen.

#### METHODISCH HANDELEN

Een cyclisch proces dat in stappen verloopt en dat zich kenmerkt door systematiek, procesmatigheid, bewustheid en doelgerichtheid.

**MFI**

Multidimensional Fatigue Index.

**MFIS**

Modified Fatigue Impact Scale.

**MODEL**

Een model is een openbare (gepubliceerde) systematische manier van het organiseren en toepassen van kennis.

**MOHO**

Model of Human Occupation.

**MS**

Multiple Sclerose.

**NAASTBETROKKENEN**

De mensen in iemands directe nabijheid, die in het dagelijks leven een belangrijke rol hebben.

**OPHI-II**

Occupational Performance History Interview II.

**OPPM**

Een procesmodel bestaande uit zeven fasen gericht op het handelen en gebruikmakend van een cliëntgerichte benadering voor cliënten en organisaties.

**OSA**

Occupational Self Assessment.

**PARTICIPATIE**

Deelnemen aan het maatschappelijk leven.

**PILOTSTUDIE**

Een klein proefonderzoek, waarin gekeken wordt of de gekozen instrumenten of de gekozen procedures goed werken.

**PREVALENTIE**

De proportie van een populatie bekend met een bepaalde conditie of karakteristieken.

**PROBLEEMINVENTARISATIE EN -ANALYSE**

Het doen van een probleeminventarisatie en -analyse is een vorm van samenwerking tussen cliënt en ergotherapeut met als doel het verzamelen, ordenen, analyseren en interpreteren van gegevens over het dagelijks handelen van cliënt en zijn omgeving. Het leidt tot het benoemen van de handelingsproblemen van de cliënt en van zijn capaciteiten om ze op te lossen.

**PROCESMODEL**

Een procesmodel is een openbare systematische manier van organiseren en toepassen van kennis met als uiteindelijke doel weergeven hoe een (veranderings)proces kan verlopen.

**PRODUCTIVITEIT**

Activiteiten die gedaan worden ten behoeve van jezelf, familie, of samenleving door het vervaardigen van producten en het verlenen van diensten om gezondheid en welzijn te bevorderen zoals betaalde arbeid, huishouden, het volgen van een opleiding.

## PSYCHOMETRIE

Een wetenschap die zich bezighoudt met de technieken van het meten van psychologische fenomenen zoals kennis, vaardigheden, attitudes, eigenschappen en persoonskenmerken.

## RCT

Randomised Controlled Trial. Onderzoek waarbij de indeling van proefpersonen in groepen (experimentele en controlegroep) volgens een toevalsproces wordt uitgevoerd, maar waarbij de effecten bij groepen aangetoond kunnen worden omdat er gecontroleerd wordt op andere invloeden.

## RFD

Rochester Fatigue Diary.

## REFLECTIE

Het kritisch en systematische nadenken over het handelen, met name of en hoe de gestelde handelingsdoelen bereikt zijn, met het perspectief hiervan te leren voor een volgende situatie.

## RESPONSIEF

Gevoelig voor verandering.

## RICHTLIJN

Een richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies, zoveel mogelijk berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, die handvatten bieden aan zorgverleners om kwalitatief goede zorg te verlenen.

## ROLGEBONDEN HANDELEN

Het uitvoeren van taken die verwacht worden en passend zijn bij een door de omgeving gedefinieerde rol.

## ROLLEN

Samenspel van verwachtingen en verplichtingen, routines en gewoontes in de wijze waarop een individu uiting geeft aan zijn deelname in de maatschappij.

## RUMBA

R=Relevance, U= Understandable, M= Measurable, B=Behavior, A= Attainable.

## SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW

Interview waarbij gebruik wordt gemaakt van een vragenlijst die voornamelijk uit gesloten vragen met een vaste formulering bestaat. Die vragen worden in een vaste volgorde aan de geïnterviewde gesteld. Naast de gesloten vragen bevat de vragenlijst ook een aantal open vragen, waarbij de nadruk ligt op het doorvragen.

## SMART

S= Specifiek, M= Meetbaar, A= Acceptabel, R= Realistisch, T= Tijdgebonden.

## SOCIALE OMGEVING

Op microniveau de mensen in iemands directe nabijheid, de naasten. Op mesoniveau de buurt en de sociale netwerken. Op macroniveau de politieke situaties die de regelgeving voor ondersteuning vastlegt.

## STANDAARD OBSERVATIE LIJST

Vastgestelde observatiepunten afgeleid van de AMPS.



#### STEEKPROEF

Gedeelte uit een operationele populatie waarvan uitspraken kunnen worden gedaan over de populatie waaruit de steekproef is getrokken.

#### TAKEN

Betekenisvolle activiteiten zoals de wijze waarop een persoon koffie zet passend binnen zijn wensen, gewoontes en rollen.

#### TEST-HERTEST-METHODE

Methode waarbij een vragenlijst twee keer dezelfde onderzoekseenheden wordt afgenomen met een bepaalde tussentijd. De correlatie tussen beide lijsten is een indicator voor stabiliteit van de vragenlijst.

#### THEORETISCH KADER

De theorie, kennis of wetenschap vormt een bepaald perspectief van waaruit de behandeling wordt opgebouwd.

#### THERAPEUTISCHE RELATIE

De relatie tussen de cliënt en de ergotherapeut, waarbij de ergotherapeut er is voor de cliënt. De therapeutische relatie behoort tot de therapeutische middelen van de ergotherapeut. Het maakt onderdeel uit van de behandeling.

#### VALIDITEIT VAN EEN ASSESMENT

De mate waarin het assessment daadwerkelijk meet wat het beoogt te meten.

#### VERMOEIDHEIDSMANAGEMENT

Een behandelprogramma voor het leren omgaan met vermoeidheid.

#### WERKBOEK

Een praktische handleiding van de richtlijn.

#### WRI

Werknemersrol Interview.

#### ZELFPERCEPTIE

Mensen komen tot opvattingen over zichzelf door hun eigen gedrag te observeren.

## 13. BIJLAGENLIJST

Bijlage I	Zoekstrategie
Bijlage II	CPPF en bijbehorende modellen
Bijlage III	CMOP-E in relatie tot het ICF
Bijlage IV	Cognitieve stoornis en de aandachtspunten
Bijlage V	Theoretische kaders: Basistheorieën

## BIJLAGE I ZOEKSTRATEGIE

Tijdens de literatuurstudie in 2008 zijn diverse databanken geraadpleegd. Een overzicht van de gebruikte databanken en zoektermen zijn hieronder beschreven. De gebruikte methode is conform de CBO handleiding voor richtlijnontwikkeling. De geselecteerde artikelen zijn verkregen via de bibliotheek van de Hogeschool van Amsterdam, via de Universiteitsbibliotheek van het VU medisch centrum of via het internet. Begin 2011 is de literatuurstudie herhaald door enkel gebruik te maken van PubMed. Om aan te sluiten bij bestaande richtlijnen (Richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson, de Richtlijn MS en de Richtlijn Beroerte) zijn artikelen uit deze richtlijnen gescreend op bruikbaarheid voor de Ergotherapie richtlijn Vermoeidheid.

### Databanken:

- Amed (ALLIED AND COMPLEMENTARY MEDICINE DATABASE)
- Cinahl plus with full text
- Cochrane Library
- OT-seeker
- PubMed
- Picarta

### Zoektermen:

1. MS OR Multiple Sclerosis OR Stroke OR CVA OR Parkinson OR Neurologic disease CFS OR Chronic Fatigue Syndrome
2. Fatigue
3. Rehabilitation
4. Occupational
5. Therapy
6. Energy conservation
7. Management
8. Ergonomic
9. IPA
10. FIS
11. M-FIS
12. FSS
13. SF-36
14. Activity Record
15. Role checklist
16. Occupational Self Assessment
17. Autonomy
18. Effective OR Validity OR Reliable OR Responsiveness
19. Lifestyle
20. Load-carrying / Carriability
21. Coping
22. 1 AND 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6
23. 2 AND 3 OR 4 OR 7
24. 2 OR 4 AND 8
25. 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 AND 17 OR 18

## BIJLAGE II CPPF

De laatste jaren heroriënteert de gezondheidszorg zich, van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde organisatie waarbij de cliënt centraal staat. Deze ontwikkeling zorgt dat er meer aandacht komt voor de vraag van de cliënt.<sup>1</sup> Dit betekent dat ook binnen de ergotherapie toenemende aandacht komt voor cliëntgericht werken. Cliëntgericht werken is een benadering die uitgaat van de eigenheid van individuen en respect voor verschillen in sociaal-culturele achtergrond, normen, waarden en keuzes. Bij cliëntgericht werken heeft de cliënt een actieve rol en verantwoordelijkheid bij het formuleren en oplossen van de eigen ervaren problemen. De ergotherapeut luistert naar het verhaal van de cliënt. De ergotherapeut geeft informatie, zodat de cliënt keuzes kan maken om met behulp van zijn eigen sterke kanten en strategieën nieuwe manieren te vinden om met problemen om te gaan.<sup>2</sup>

Sumsion heeft in een onderzoek cliëntgerichte zorg binnen de ergotherapie als volgt gedefinieerd: "Cliëntgerichte ergotherapie bestaat uit een samenwerking tussen de cliënt en de ergotherapeut, welke de cliënt ondersteunt en in staat stelt te handelen, zodat de cliënt zijn rollen kan uitvoeren in vele situaties/contexten. De cliënt participeert actief in de onderhandelingen aangaande zijn doelen, welke prioriteit hebben en centraal staan in het proces van methodisch handelen. Gedurende het interventieproces luistert de ergotherapeut naar de cliënt en stelt de cliënt in staat de juiste keuzes te maken".<sup>1</sup>

In de lijn van het cliëntgericht werken, werd veel gebruik gemaakt van het Occupational Performance Process Model (OPPM). Er wordt echter gesuggereerd dat het OPPM niet altijd even handzaam in gebruik is, sommige praktijk situaties en omgevingen maken het lastig om het OPPM te implementeren. Het OPPM geeft geen ruimte voor de normen, waarden en overtuigingen van de ergotherapeut, en geeft niet weer hoe de therapeutische relatie het behandelproces beïnvloedt. Daarnaast biedt het OPPM geen alternatieve routes wanneer blijkt dat er veranderingen in het proces optreden of wanneer blijkt dat er te weinig gegevens uit eerdere assessments zijn verkregen. Ook is het in het OPPM lastig om meerdere theoretische kaders te gebruiken, wanneer blijkt dat het kader maar deels invulling geeft aan het handelingsprobleem.<sup>3</sup>

Het Canadian Practice Process Framework (CPPF) is ontworpen om invulling te geven aan de eerder genoemde beperkingen van het OPPM. Meer dan in het OPPM richt het CPPF zich op vormgeven van de therapeutische relatie en het actief betrekken van de cliënt in beslismomenten van het behandelproces. Net als het OPPM bevat het CPPF algemene aspecten van assessment, interventie en outcome die in ieder algemeen procesmodel gebruikt worden.<sup>3</sup>

Onderstaande vijf actiepunten komen overeen met het OPPM, echter het CPPF benoemt deze actiepunten specifiek dan het OPPM. Deze vijf actiepunten zijn:

- assess/evaluate;
- agree on objectives and plan;
- implement the plan;
- monitor and modify;
- evaluate the outcome.<sup>4</sup>

Er zijn drie actiepunten aan toegevoegd, namelijk:

- enter/initiate;
- set the stage;
- concludeer/exit.<sup>4</sup>

Tijdens deze drie actiepunten wordt de basis gevormd voor een transparante therapeutische relatie, waarbij er respect is voor verschillen in normen, waarden en interesses. De cliënt wordt actief betrokken bij de start van de ergotherapie, en het vormgeven en afsluiten van de behandeling.<sup>3</sup>

## MODELLEN BEHORENDE BIJ HET CPPF

Het CPPF is afgeleid van het Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) en het Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE).<sup>3</sup>

### CMOP-E

Het Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) is ontwikkeld in navolging van het Canadian Model of Occupational Performance (CMOP). Het CMOP is ontwikkeld vanuit de opvatting dat het niveau van handelen een dynamische interactie is tussen persoon, handelen en omgeving. Het CMOP richt zich volledig op deze drie handelingsconcepten.

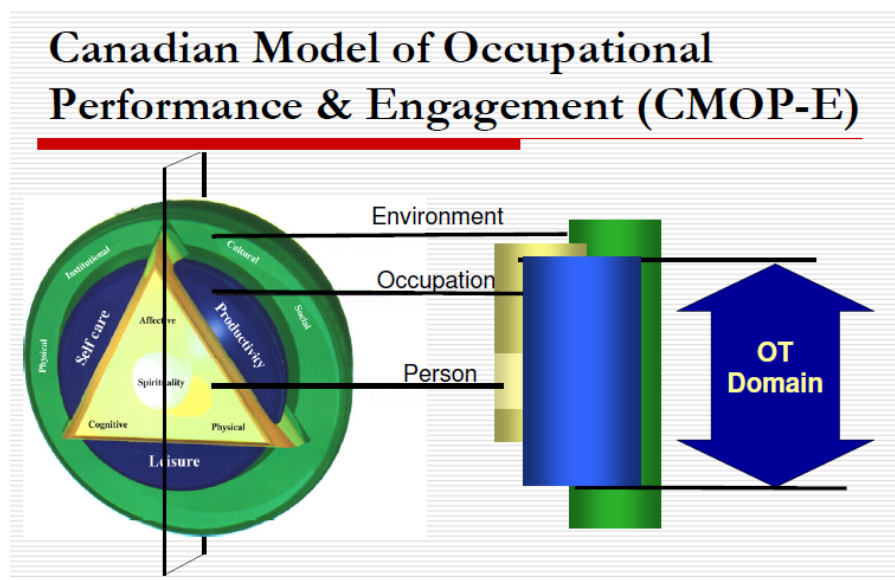
Het CMOP-E gaat verder dan alleen het handelen. De term 'engagement' wordt gedefinieerd als het 'betrekken van zichzelf tot' of 'het komen tot' activiteit/participatie. Engagement geeft aan dat ergotherapeuten cliënten in staat stellen te handelen, door gebruik te maken van hun 'kern' competentie 'het mogelijk maken van handelen'.<sup>5</sup>

Figuur II-1 geeft de schematische weergave van het CMOP-E. De persoon (driehoek) geeft drie handelingscomponenten weer: cognitief, affectief en fysiek met als kern 'spiritualiteit'.

De omgeving (buitenste cirkel) geeft weer dat iedere persoon leeft in zijn eigen unieke omgeving (cultureel, institutioneel, fysiek en sociaal).

Het handelen (binnenste cirkel) wordt gezien als de brug die de persoon met zijn omgeving bindt. Dit geeft aan dat een persoon reageert op zijn omgeving door te handelen.

Het CMOP-E richt zich niet alleen op het uitvoeren van activiteiten, maar houdt de focus ook op de handelende persoon. Het gebruiken van de CMOP-E verhoogt de kijk op de gezondheid, het gevoel van welzijn en het recht om te handelen, dit is niet beperkt tot het niveau van handelen.<sup>5</sup>

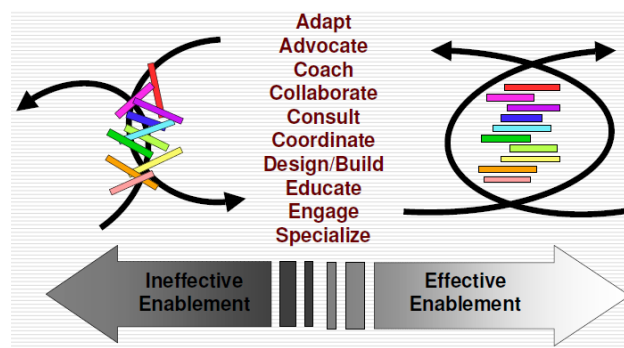


Figuur II-1: CMOP-E

Aangezien ergotherapie deel uitmaakt van de gezondheidszorg is het belangrijk om te begrijpen hoe het CMOP-E past binnen het in de medische wereld veel gebruikte International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), dit is te lezen in bijlage III.

## CMCE

Het Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE) is ontwikkeld als model voor cliëntgericht werken en beschrijft tien punten die een ergotherapeut in acht moet nemen (zie figuur II-2: CMCE). Deze punten worden gezien als de 'kernkwaliteiten' van de ergotherapeut.<sup>6</sup>



Figuur II-2: CMCE

Wanneer de kernkwaliteiten (zie tabel II-1: Kernkwaliteiten CMCE) niet gerangschikt liggen tussen de pijlen is de ergotherapeut niet in staat de cliënt tot handelen te laten komen (zie linker helft figuur 3.3: CMCE).

Wanneer al deze kernkwaliteiten gerangschikt liggen tussen de pijlen (zie rechter helft figuur II-2 CMCE) betekent dit dat de cliënt en de ergotherapeut gezamenlijk werken aan een doel. De kernkwaliteiten liggen in het midden, omdat er gezamenlijk mee gewerkt moet worden. De twee plaatsen waar de twee pijlen elkaar kruisen geven de grenzen aan van de therapeutische relatie. De onderste kruising van pijlen geeft de start van de behandeling weer, in het CPPF wordt dit enter/initiate genoemd. De bovenste kruising van de pijlen geeft het einde van de behandeling weer, in het CPPF wordt dit conclude/exit genoemd. Deze twee kruisingen kunnen een enkele ontmoeting weergeven, maar ze kunnen ook gezien worden als een dagelijks of wekelijks contact tussen cliënt en ergotherapeut. Na de bovenste kruising is te zien dat zowel cliënt als ergotherapeut zijn eigen route verder gaat.<sup>6</sup>

Tabel II-1: Kernkwaliteiten CMCE

Adapt	Aanpassen cliënt of ergotherapeut.
Advocate	Verdedigen, aanbevelen, steunen.
Coach	Het begeleiden en aanmoedigen van de cliënt om resultaten te bereiken in zowel zijn persoonlijke als zijn professionele leven, verbeteren van zijn handelen en de kwaliteit van leven.
Collaborate	Samenwerken aan behandeldoelen, iets voor je cliënt doen, om samen naar een gemeenschappelijk doel te werken.
Consult	Uitwisselen van visies, overleg plegen met externe partijen.
Coordinate	Coördineren van groepen of belanghebbende.
Design/build	Het ontwerpen of maken van producten, zoals technologische of orthopedische producten. Het ontwikkelen en implementeren van programma's en richtlijnen.
Educate	Les geven of opleiden van je cliënt of studenten.
Engage	Het betrekken van de cliënt in het handelen en laten deelnemen aan het maatschappelijk leven.
Specialize	Het gebruik van speciale technieken in bepaalde behandelingen/situaties of speciale therapeutische interventies en/of positioneringen.

## LITERATUUR

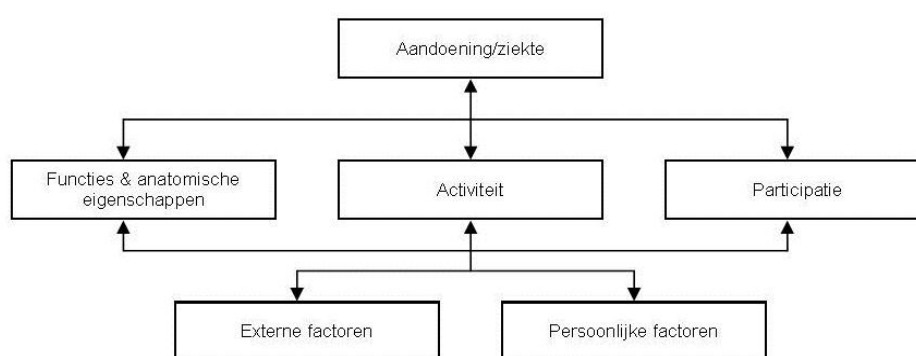
1. Le Granse M, van Hoey. De cliënt centraal. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. Grondslagen van de ergotherapie. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 242-63.
2. Cup EHC, Steultjens EMJ. Ergotherapie-richtlijn Beroerte. Utrecht: NVE; 2005.
3. Craik J, Davis J, Polatajko HJ. Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 229-46.
4. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the process. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 247-72.
5. Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L, et al. Specifying the domain of concern: occupation core. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 13-36.
6. Townsend EA, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J, Iwama M, Landry J, et al. Enabling: Occupational therapy's core competency. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p.88-135.

## BIJLAGE III COPM-E IN RELATIE TOT HET ICF

Aangezien ergotherapie deel uitmaakt van de gezondheidszorg is het belangrijk om te begrijpen hoe het COMP-E past binnen het in de medische wereld veel gebruikte International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Het ICF beschrijft de invloed van gezondheid(s)(problemen) op het leven van personen en illustreert de relatie tussen gezondheid, activiteit en participatie.<sup>1</sup>

Het ICF geeft een dynamische relatie weer tussen de cliënt zijn functioneren, zijn handicap en de omgevingsfactoren (figuur III-1: ICF). Het ICF bestaat uit twee delen.

Het eerste deel bestaat uit het functioneren, de handicap waarbinnen ook de functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie vallen. Het tweede deel bestaat uit de externe factoren en persoonlijke factoren.



Figuur III-1: ICF

Het CMOP-E vertoont overeenkomsten met het ICF. De lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen van het ICF komen overeen met de handelingscomponenten (cognitief, affectief en fysiek met als kern 'spiritualiteit').

Binnen het ICF wordt participatie gedefinieerd als 'deelname aan maatschappelijke situaties'. Het wordt als probleem gezien wanneer een persoon beperkt wordt in zijn participatie. Binnen het CMOP-E wordt participatie gezien als de dynamische interactie tussen persoonlijke- en omgevingsfactoren. Het grootste verschil met het ICF is dat het CMOP-E de subjectieve ervaring van participatie weergeeft. Voor ergotherapeuten is de subjectieve betekenis die de cliënt geeft aan participatie en activiteiten een belangrijke factor. Vanuit het CMOP-E gezien is het niet voldoende om zonder subjectieve ervaring de participatie van de cliënt te bepalen zoals in het ICF.<sup>1</sup>

### LITERATUUR

1. Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L, et al. Specifying the domain of concern: occupation core. In: Townsend EA, Polatajko HJ, editors. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 13-36.



## BIJLAGE IV COGNITIEVE STOORNIS EN DE AANDACHTSPUNTEN

In tabel IV-1 zijn voor verschillende cognitieve stoornissen aandachtspunten geformuleerd, waar de ergotherapeut rekening mee kan houden tijdens de behandeling.

Tabel IV-1: Cognitieve stoornis en de aandachtspunten

Cognitieve stoornis	Aandachtspunten
Attentiestoornissen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laat de cliënt oefenen in een rustige ruimte;</li> <li>- Geef overzichtelijke, korte opdrachten;</li> <li>- Herhaal opdrachten steeds in dezelfde volgorde als de cliënt er moeite mee heeft zijn aandacht van het ene onderwerp naar het andere te verplaatsen;</li> <li>- Bereid een nieuwe taak zorgvuldig voor en houd er rekening mee dat het niet vanzelfsprekend is dat een cliënt de instructies direct opvolgt;</li> <li>- Besef tijdens de therapie dat de cliënt zijn aandacht moet verdelen wanneer er tijdens de behandeling wordt gepraat of wanneer een handeling verstoord wordt (bijvoorbeeld door een telefoon).<sup>1</sup></li> </ul>
Geheugenstoornissen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neem veel tijd voor de inprenting als het tempo vertraagd is. Laat de cliënt de opdracht hardop herhalen om de inprenting te bevorderen;</li> <li>- Laat de cliënt gebruik maken van hulpmiddelen om een geheugenstoornis zo goed mogelijk te compenseren;</li> <li>- Oefen een handeling totdat ze voor een groot deel automatisch verloopt;</li> <li>- Bespreek het resultaat van een oefening of activiteit direct na afloop. Iemand met een verminderd geheugen kan vaak niet praten over een oefening of activiteit die gisteren heeft plaatsgevonden;</li> <li>- Raak niet geïrriteerd als de instructie elke keer weer volstrekt nieuw voor de cliënt lijkt. Herkenning van een taak zal pas na meerdere malen optreden en dan nog alleen wanneer de instructie elke keer op dezelfde manier wordt gegeven.<sup>1</sup></li> </ul>
Stoornissen met betrekking tot het oplossen van problemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leer de cliënt allereerst zijn probleem te benoemen. Veelal is de cliënt er niet bewust van het feit dat er een probleem is dat oplosbaar is;</li> <li>- Weersta de verleiding om voor problemen van de cliënt pasklare oplossingen aan te dragen. Het is beter om de cliënt te helpen het probleem te analyseren en gezamenlijk een strategie te bepalen, waarmee het probleem kan worden opgelost.<sup>1</sup></li> </ul>
Stoornissen in de informatieverwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Probeer een sfeer van vertrouwen te scheppen en houdt steeds bewust rekening met de mogelijkheid dat de cliënt iets niet heeft begrepen;</li> <li>- Vraag na of de cliënt iets goed heeft begrepen;</li> <li>- Vermijd het gebruik van bijzinnen, het van de hak op de tak springen en het vervatten van meerdere boodschappen in één zin;</li> <li>- Verleng in het gesprek de adempauzes en geef de cliënt zo meer tijd om de informatie te verwerken;</li> <li>- Ondersteun de communicatie met praktische gebaren;</li> <li>- Ga zo zitten of staan dat de cliënt uw gezicht kan zien; dat helpt bij het vangen en vasthouden van aandacht;</li> <li>- Ondersteun het geheugen van de cliënt door het besprokene samen te vatten en aantekeningen van belangrijke gesprekken mee te geven.<sup>1</sup></li> </ul>

### LITERATUUR

1. Nederlands Centrum voor Hersenletsel. Niet aangeboren hersenletsel, informatie voor paramedici. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV; 2001

## **BIJLAGE V THEORETISCHE KADERS; BASISTHEORIEËN**

### Neurologisch-cognitief

De neurologisch-cognitieve theorie wordt gebruikt als de handelingsproblemen in relatie staan tot problemen in waarneming, tactiele sensibiliteit, proprioceptie, evenwicht, visuele stoornissen, praxis en lichaamsschema. Wanneer beschadigingen in het centraal zenuwstelsel (CZS) zijn opgetreden, geven de cognitie, waarneming, motoriek en sensorische integratie beperkingen in het dagelijks handelen.<sup>2</sup>

### Fysieke revalidatie

De fysieke revalidatietheorie richt zich op de fysieke onderdelen van het handelen, namelijk de motorische, de sensorische en de proprioceptieve functies.<sup>3</sup>

Bij deze theorie zijn de interventies gericht op de fysieke activiteiten. Deze interventies moeten het activiteitsniveau van de cliënt verhogen of verbeteren.<sup>4</sup>

### Psycho-emotioneel

De psycho-emotionele theorie is gericht op psychologische en emotionele factoren van het handelen. Het verklaart waarom mensen bepaald gedrag en bepaalde gewoontes vertonen in hun dagelijks handelen.<sup>5</sup>

### Sociaal-cultureel

De sociaal-culturele theorie richt zich op de sociale omgeving van de cliënt en hoe de cliënt functioneert in zijn eigen cultuur. Dit staat allemaal in verband met de overtuiging, de houding, de rollen en het gedrag van de cliënt, die worden bepaald door opvoeding en socialisatie. Het achterhalen van de verschillende rollen die de cliënt heeft, staat centraal in deze theorie. Spiritualiteit en zingeving kunnen hier worden ondergebracht.<sup>6</sup>

Voor de ergotherapie is het van belang om te weten hoe de sociaal-culturele omgeving eruit ziet en hoe deze een plek inneemt in het dagelijks handelen van de cliënt.<sup>7</sup>

### Ontwikkeling

De ontwikkeling van de mens bevat groei en ontwikkeling, die voortkomen uit vaardigheden, taken en uitdagingen.<sup>1</sup> De mens ontwikkelt zich gedurende zijn hele leven. De cliënt maakt dus ook tijdens de behandeling een ontwikkeling door, vanaf het eerste contact tot aan het afsluiten van de behandeling.<sup>4</sup>

### Omgeving

De omgevingstheorie richt zich op de fysieke, sociale, culturele en/of institutionele omgeving van de cliënt. Door het gebruik van de omgevingstheorie wordt er geanalyseerd welke factoren van invloed zijn op het dagelijks handelen van de cliënt. Verandering in het handelen worden vaak veroorzaakt door veranderingen in de omgeving.<sup>8</sup>

## Literatuur

1. Mc Coll MA. Selecting a theoretical approach. In: Fearing VG, Clark J, editors. *Individuals in context: a practical guide to client-centred practice*. Thorofare: Slack; 2000. p. 45-55.
2. Doubt L. The cognitive-neurological determinants of occupation. In: Mc Coll MA, Law M, Steward D, Doubt L, Pollock N, Krupa T, editors. *Theoretical basis of occupational therapy*. Thorofare: Slack; 2003. p. 117-37.
3. Seward D. The physical determinants of occupation. In: Mc Coll MA, Law M, Steward D, Doubt L, Pollock N, Krupa T, editors. *Theoretical basis of occupational therapy*. Thorofare: Slack; 2003. p. 81-93.
4. Piskūr B, Daniēls R. Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) en Occupational Performance Process Model (OPPM). In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 425-56.
5. Krupa T. The psychological-emotional determinants of occupation. In: Mc Coll MA, Law M, Steward D, Doubt L, Pollock N, Krupa T, editors. *Theoretical basis of occupational therapy*. Thorofare: Slack; 2003. p. 93-117.
6. Mc Coll MA. The socio-cultural determinants of occupation. In: Mc Coll MA, Law M, Steward D, Doubt L, Pollock N, Krupa T, editors. *Theoretical basis of occupational therapy*. Thorofare: Slack; 2003. p. 137-55.
7. van Nes F, Heysman A, Désiron. De omgeving. In: Kinébanian A, le Granse M, redactie. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 303-29.
8. M Law. The environmental determinants of occupation. In: Mc Coll MA, Law M, Steward D, Doubt L, Pollock N, Krupa T, editors. *Theoretical basis of occupational therapy*. Thorofare: Slack; 2003. p. 155-79.