
BIJLAGEN BIJ:

**BelRAI Revalidatie: De evaluatie van het
BelRAI Revalidatie instrument in een representatief
staal van de langetermijnrevalidatie in Vlaanderen**

Nils Knockaert, UGent
Prof. dr. Dominique Van de Velde, UGent
Prof. dr. Anja Declercq, KU Leuven
Prof. dr. Peter Feys, UHasselt

Inhoud

Bijlage 1	Overzicht van de voorzieningen geschikt voor inclusie	5
Bijlage 2	Overzicht van aantal in te vullen instrumenten per soort voorziening	25
Bijlage 3	Tips & tricks voor de zorgverleners bij het invullen van een BelRAI REVA beoordeling	29
Bijlage 4	Demografische fiche voor de beschrijving van de BelRAI-invullers	35
Bijlage 5	Toestemmingsformulier voor professionele deelnemers aan het onderzoek	37
Bijlage 6	Informatiebrief voor meerderjarige patiënten	43
Bijlage 7	Informatiebrief voor minderjarige patiënten	49
Bijlage 8	Samenvatting van de feedback uit de intervisiegesprekken	53
Bijlage 9	Samenvatting van de feedback uit de focusgroepen	63
Bijlage 10	Overzicht beslissingen m.b.t. specifieke secties en items van BelRAI REVA op basis van de dataverzameling	67

Lijst Tabellen

Tabel 1	Sp-bedden van revalidatieziekenhuizen geschikt voor inclusie	5
Tabel 2	Sp-bedden van algemene en universitaire ziekenhuizen geschikt voor inclusie	7
Tabel 3	CAR geschikt voor inclusie	13
Tabel 4	Overzicht van de geïncludeerde CAR met het aantal revalidanten in 2018 met een gehoorstoornis of NAH vanaf 15 jaar	21
Tabel 5	Low vision centra geschikt voor inclusie	23
Tabel 6	Verhouding van het aantal in te vullen instrumenten in de <i>revalidatieziekenhuizen</i>	25
Tabel 7	Verhouding van het aantal in te vullen instrumenten in de <i>AZ/UZ</i>	25

Tabel 8	Verhouding van het aantal in te vullen instrumenten in de <i>CAR</i>	26
Tabel 9	Verhouding van het aantal in te vullen instrumenten in de <i>Low Vision centra</i>	26
Tabel 10	Overzicht van alle thema's uit de intervisiegesprekken met een mogelijke oplossing	53
Tabel 11	Overzicht van de thema's met korte duiding uit de focusgroepen	63
Tabel 12	Overzicht van feedback over specifieke secties en items in de geteste versie van het basisinstrument van BelRAI REVA	67
Tabel 13	Overzicht van feedback over specifieke secties en items in de geteste versie van het elaboratie-instrument van BelRAI REVA	79
Tabel 14	Overzicht van alle items in de geteste versie van het BelRAI REVA instrument en beslissingen omtrent het behouden, verwijderen, aanpassen, toevoegen of verplaatsen van items op basis van de kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling	84

Bijlage 1

Overzicht van de voorzieningen geschikt voor inclusie

Tabel 1 Sp-bedden van revalidatieziekenhuizen geschikt voor inclusie

Naam	Adres	Erkende bedden ¹		Waarvan	Specialisatie(s) ²
Revalidatieziekenhuis RevArte	Drie Eikenstraat 659 2650 Edegem	194	142 ³	Sp-locomotorische (waaronder 20 jong- revalidanten)	Hersenletsels, amputatie, dwarslaesie, locomotorisch
951 conventie			52	Geriatric	
Revalidatieziekenhuis Inkendaal	Inkendaalstraat 1 1602 Vlezenbeek	178	25	Sp-cardio/pulmonair	(Chronisch) neurologisch, locomotorisch, Niet- aangeboren hersenletsel (NAH), kinderrevalidatie
771, 774, 7895, 7892, 785			30	Sp-locomotorische	
790 conventies		123	Sp-neurologische		
Partiële daghospitalisatie kinderen (PdH)		60	Dagziekenhuisplaatsen		
Koningin Elisabeth Instituut (KEI)	De Wittelaan 1 8670 Oostduinkerke	165	20	Sp-cardio/pulmonair	Cardiopulmonair, locomotorisch, neurologisch, psychogeriatric
951 conventie			60	Sp-locomotorische	
			50	Sp-neurologische	
			35	Sp-psychogeriatric	
Nationaal MS Centrum (NMSC)	Van Heylenstraat 16	120	120	Sp-neurologische	

¹ De bedden die niet geschikt waren voor inclusie werden hier doorstreept.

² Informatie werd verzameld via de websites van elke voorziening.

³ Hiervan zijn er ook 19 coma-bedden binnen het expertiseteam Permanent Vegetatieve Status (PVS). Deze populatie wordt in deze studie geëxcludeerd.

711 conventie	1820 Melsbroek				MS en gerelateerde pathologieën, acute neurologische problemen
Belgisch Zeeinstituut voor Orthopedie (BZIO), IMBO	Zeedijk 286-288 8400 Oostende	125	125	Sp-locomotorische	Aandoeningen zenuwstelsel, osteo-articulair letsel
950 conventie					
Revalidatie & MS centrum (RMSC)	Boemerangstraat 2 3900 Overpelt	120	120	Sp-neurologische	MS, NAH, locomotorisch, coma
Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren	Reebergenlaan 4 2242 Zandhoven	101	65,7	Neurologie	Epilepsie, NAH, aandoeningen van het zenuwstelsel, CP, respiratoire aandoeningen,
7765 conventie			30,3	Pulmonaire	
			5	Respijtzorg Lemmerik ⁵	SOLK ⁴
Provinciaal Zorgcentrum Lemberge	Salisburylaan 100 9820 Merelbeke	63	63	Sp-chronische ⁶	Geriatrisch profiel met NAH, orthopedie, cardiaal

⁴ Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten: Dit zijn lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening heeft aangetoond die de klachten voldoende verklaart.

⁵ Respijtzorg behoort niet tot de Vlaamse bevoegdheid en de doelgroep van deze studie. Pulderbos heeft dus 96 erkende bedden die geschikt zijn voor inclusie.

⁶ 1% van de patiënten zijn 41-60 jaar oud. 42,5% is 61-80 jaar (Nolis, 2015, p. 76). Er zijn geen cijfers beschikbaar voor patiënten tot en met 65. In de BelRAI REVA-projecten 1 en 2 (Van Regenmortel et al., 2018; Van Regenmortel et al., 2020) gaf RC Lemberge aan enkel mee te werken indien dit mogelijk was. Reactie tot deelname bleef toen echter uit. Hun specialisatie is wel patiënten met een geriatrisch profiel. De mogelijkheid bestond dus dat deze patiënten niet kunnen geïncludeerd worden in deze studie.

Tabel 2 Sp-bedden van algemene en universitaire ziekenhuizen geschikt voor inclusie

Naam ⁷	Adres	Verdeling Sp-bedden ⁸	Opmerking(en)
ASZ Aalst, Campus Wetteren	Wegvoeringstraat 73 9230 Wetteren	20 Sp-Cardiopulmonair 20 Sp-Locomotorisch 20 Sp-Chronisch	Revalidatiecentrum is gespecialiseerd in locomotorische revalidatie: aandoeningen van gewrichten en beendergestel. Mensen na een heup-, knie- of schouderprothese komen in aanmerking. Ook patiënten na fracturen, andere orthopedische aandoeningen of chirurgische ingrepen zijn hier welkom. Bieden ook ambulante revalidatie voor cardiopulmonaire problemen.
Ziekenhuisnetwerk Antwerpen, Campus ZNA Sint-Elisabeth	Leopoldstraat 26 2000 Antwerpen	88 Sp-Locomotorisch 27 Sp-Psychogeriatric	In de revalidatieafdeling gaat de aandacht onder andere naar revalidatie na orthopedische ingrepen en revalidatie na beroerte. Ook voor sportgeneeskunde kunnen mensen hier terecht. Daarnaast is er een revalidatieprogramma voor post-COVID-19 patiënten.
Ziekenhuisnetwerk Antwerpen, Campus ZNA Stuivenberg	Lange Beeldekenstraat 267 2060 Antwerpen	25 Sp-Locomotorisch	In de revalidatieafdeling gaat de aandacht onder andere naar revalidatie na orthopedische ingrepen en revalidatie na beroerte. Ook voor sportgeneeskunde kunnen mensen hier terecht. Daarnaast is er een revalidatieprogramma voor post-COVID-19 patiënten.

⁷ Deze gegevens werden verzameld op basis van volgende bronnen en de websites van de ziekenhuizen:
https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/p_v_i_im_020_e001_erkenningsbesluiten-_momenteel_geldend_per_ziekenhuis.pdf (24/01/2021, geraadpleegd op 1/3/2021)
https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/p_v_i_im_020_e002_erkenningsituatie-_hospitalisatiediensten-_huidig_aantal_erkende_bedden_per_vestigingsplaats.pdf (24/01/2021, geraadpleegd op 1/3/2021)
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/d1-_vlaanderen_38.pdf (24/02/2021, geraadpleegd op 1/3/2021)

⁸ Elke voorziening in deze lijst biedt ook minstens ambulante revalidatie aan voor de vermelde Sp-specialisaties. Dit wordt soms uitgebreid met andere specialisaties. Bij de berekening van het aantal bedden wordt hier geen rekening mee gehouden aangezien dit aantal patiënten moeilijk te achterhalen is.

Ziekenhuisnetwerk Antwerpen, Campus ZNA Hoge Beuken	Commandant Weynsstraat 165 2060 Hoboken	26 Sp-Locomotorisch 60 Sp-Neurologisch	Heeft een MS-centrum en erkende geheugenkliniek. Revalidatie voor letsels aan centraal en perifeer zenuwstelsel.
AZ Monica, Campus Antwerpen	Harmoniestraat 68 2018 Antwerpen	81 Sp-Locomotorisch	Vroeger APRA. Sinds 2004 fusioneerde het gerenommeerde revalidatiecentrum in AZ Monica. (Neuro-)locomotorische revalidatie.
OLV Ziekenhuis Aalst, Campus Medisch Centrum (Ninove)	Biezenstraat 2 9400 Ninove	30 Sp-Chronisch	Erkend revalidatiecentrum voor neurolocomotorische revalidatie.
AZ Nikolaas, Campus Beveren	Oude Zandstraat 99 9120 Beveren	46 Sp-Locomotorisch 8 Sp-Palliatieve	Maakt deel uit van Trev., dienst Fysische Geneeskunde en revalidatie AZ Nikolaas.
AZ Zeno, Campus Blankenberge	Dr. Verhaeghestraat 1 8370 Blankenberge	20 Sp-Cardiopulmonair 20 Sp-Locomotorisch	Centrum voor neurolocomotorische en cardiopulmonaire revalidatie.
Imelda Ziekenhuis	Imeldalaan 9 2820 Bonheiden	20 Sp-Neurologisch 20 Sp-Chronisch	Centrum voor geriatrisch en neurologische revalidatie. Er is revalidatie voor verschillende neurologische aandoeningen en complexe chronische aandoeningen (verlengde zorg)
AZ Rivierenland, Campus Bornem	Kasteelstraat 23 2880 Bornem	20 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
AZ Klina, Campus De Mick	Papestraat 30 2930 Brasschaat	56 Sp-Locomotorisch 40 Sp-Neurologisch 6 Sp-Palliatieve 20 Sp-Chronisch	6 van de 40 Sp-Neuro bedden zijn voor comapatiënten (exclusie) Bieden langetermijnrevalidatie tijdens hospitalisatie aan op een locomotorische, neurologische en chronische (hartfalen, longlijden, kanker, ...) afdeling
AZ Sint-Lucas Brugge	Sint-Lucaslaan 29 8310 Brugge	20 Sp-Locomotorisch 20 Sp-Neurologisch	Naast orthopedische en neurologische revalidatie is er ook sportrevalidatie en een rug- en nekschool.
AZ Sint-Jan, Campus Sint-Jan	Ruddershove 10 8000 Brugge	20 Sp-Neurologisch	Er wordt een strikte scheiding gehouden tussen fysische geneeskunde, revalidatie en sportgeneeskunde. Wel is er een nauwe samenwerking tussen de subdisciplines en diensten. Ruim aanbod aan soorten revalidatie.

AZ Sint-Jan, Campus Sint-Franciscus Xaverius (SFX)	Spaanse Loskaai 1 8000 Brugge	40 Sp-Locomotorisch 9 Sp-Palliatieve 30 Sp-Psychogeriatric	Idem Campus Sint-Jan, maar geen sportgeneeskunde.
AZ Sint-Vincentius	Schutterijstraat 34 9800 Deinze	20 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
AZ Sint-Blasius	Kroonveldlaan 50 9200 Dendermonde	20 Sp-Locomotorisch 6 Sp-Palliatieve	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
AZ Diest, Campus Statiestraat	Statiestraat 65 3290 Diest	20 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor fysieke geneeskunde voor aandoeningen van het bewegingsstelsel.
AZ Alma	Ringlaan 15 9900 Eeklo	20 Sp-Locomotorisch 25 Sp-Neurologisch	Afzonderlijke Sp-diensten voor locomotorische en neurologische revalidatie. Ook dienst voor sportgeneeskunde.
Ziekenhuis Geel (Sint-Dimpna)	J.B. Stessensstraat 2 2440 Geel	30 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
Ziekenhuis Oost-Limburg, Campus Sint-Barbara	Bessemerstraat 478 3620 Lanaken	22 Sp-Locomotorisch 30 Sp-Psychogeriatric	Sp-dienst voor fysieke geneeskunde voor aandoeningen van het bewegingsstelsel.
AZ Maria Middelaes, Campus AZ Maria Middelaes	Buitenring Sint-Denijs 30 9000 Gent	30 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie. Ook een sportmedische centrum. Er is ook een multidisciplinair team voor complexe spinale pathologieën (spine unit).
AZ Jan Palfijn	Watersportlaan 5 9000 Gent	29 Sp-Cardiopulmonair 27 Sp-Neurologisch 6 Sp-Palliatieve 47 Sp-Psychogeriatric	Afzonderlijke Sp-diensten voor neurolocomotorische revalidatie en locomotorische revalidatie in combinatie met cardio-pulmonaire revalidatie.
AZ Sint-Lucas Gent, Campus Sint-Lucas	Groenebriel 1 9000 Gent	23 Sp-Cardiopulmonair 50 Sp-Neurologisch 12 Sp-Palliatieve 30 Sp-Chronisch	3 afzonderlijke Sp-diensten voor cardio-pulmonaire, neurologische en chronische revalidatie. De chronische revalidatie focust zich niet alleen op revalidatie van een brede waaier aan chronische aandoeningen, maar ook op de voorbereiding op ontslag.

UZ Gent	Corneel Heymanslaan 10 9000 Gent	20 Sp-Locomotorisch 6 Sp-Palliatieve	Voornameijk locomotorische revalidatie. Ook patiënten met een neurologische aandoening, waarbij de locomotorische problematiek op de voorgrond staat, kunnen hier terecht. Er is ook een unit met 31 bedden voor dwarslaesiepatiënten en 31 bedden voor patiënten met hersenletsels. Dit zijn echter geen Sp-bedden.
AZ Sint-Maria Halle	Ziekenhuislaan 100 1500 Halle	30 Sp-Cardiopulmonair 29 Sp-Locomotorisch 6 Sp-Palliatieve 20 Sp-Psychogeriatric	Afzonderlijke Sp-diensten voor cardio-pulmonaire en neurolocomotorische revalidatie. Er zijn speciale trajecten voor rugrevalidatie en obesitas. Er is ook een dienst voor sportgeneeskunde.
AZ Herentals	Nederrij 133 2200 Herentals	30 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
Jessa Ziekenhuis, Campus St.-Ursula	Diestsesteenweg 5 3540 Herk-De-Stad	55 Sp-Locomotorisch 35 Sp-Neurologisch	Afzonderlijke Sp-diensten voor locomotorische en neurologische revalidatie. Bieden ook prothese-, rug- en nek- en Parkinsonrevalidatie.
Jan Yperman Ziekenhuis, Campus Ieper	Briekestraat 12 8900 Ieper	22 Sp-Locomotorisch 6 Sp-Palliatieve 30 Sp-Psychogeriatric	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
Jan Yperman Ziekenhuis, Campus Wervik	Steenakker 30 8490 Wervik	24 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
St-Jozefskliniek Izegem	Ommegangstraat 7 8870 Izegem	24 Sp-Cardiopulmonair	Hoewel er officieel enkel bedden zijn voor cardiopulmonaire revalidatie, wordt er ook neurolocomotorische revalidatie aangeboden aan gehospitaliseerde patiënten.
AZ Groeninge, Campus Kennedylaan	President Kennedylaan 4 8500 Kortrijk	25 Sp-Cardiopulmonair 30 Sp-Psychogeriatric	Sp-dienst voor cardiopulmonaire en gastro-enterologische aandoeningen.
AZ Groeninge, Campus Stadscampus	Reepkaai 4 8500 Kortrijk	30 Sp-Locomotorisch 10 Sp-Palliatieve 60 Sp-Chronisch	2 Sp-diensten voor locomotorische revalidatie en 1 voor neurologische revalidatie. Verschillende verpleegeenheden voor chronische aandoeningen.

Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart	Naamsestraat 105 3000 Leuven	20 Sp-Neurologisch 6 Sp-Palliatieve	Sp-dienst voor neurologische revalidatie.
UZ Leuven, Campus Pellenberg	Weligerveld 1 3212 Pellenberg	72 Sp-Locomotorisch	Afzonderlijke Sp-diensten voor neurologische revalidatie en voor patiënten met aandoeningen aan ruggenmerg, amputatie, polytrauma, brandwonden of aandoeningen van het perifeer zenuwstelsel.
AZ Heilig Hart Lier	Mechelsestraat 24 2500 Lier	22 Sp-Locomotorisch 6 Sp-Palliatieve 22 Sp-Chronisch	Afzonderlijke Sp-diensten voor neurolocomotorische revalidatie en revalidatie voor patiënten met diverse chronische aandoeningen.
Ziekenhuis Maas en Kempen	Diestersteenweg 425 3680 Maaseik	20 Sp-Locomotorisch	Neurolocomotorische revalidatie. Onderdeel van Ziekenhuis Oost-Limburg.
AZ Sint-Jozef Malle	Oude Liersebaan 4 2390 Malle	20 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
AZ Sint-Maarten	Liersesteenweg 435 2800 Mechelen	20 Sp-Cardiopulmonair 44 Sp-Locomotorisch 6 Sp-Palliatieve	Afzonderlijke Sp-diensten voor cardiopulmonaire en neurolocomotorische revalidatie.
AZ Delta, Campus Menen	Oude Leielaan 6 8930 Menen	20 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
AZ Delta, Campus Brugsesteenweg	Brugsesteenweg 90 8800 Roeselare	26 Sp-Locomotorisch 20 Sp-Neurologisch 60 Sp-Chronisch	3 afzonderlijke Sp-afdelingen voor neurolocomotorische en chronische revalidatie en 1 Sp-afdeling voor neurologische revalidatie.
AZ Delta, Campus Torhout	St.-Rembertlaan 21 8820 Torhout	20 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
GZA Ziekenhuizen, Campus Sint-Jozef	Molenstraat 19 2640 Mortsel	20 Sp-Locomotorisch 12 Sp-Palliatieve 22 Sp-Psychogeriatric	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
AZ Sint-Jan Oostende, Campus Henri Serruys	Kairostraat 84 8400 Oostende	20 Sp-Neurologisch	De specialismen fysische geneeskunde en revalidatie vallen onder één dienst. Vooral focus op onderzoek en conservatieve behandeling van neurolocomotorische aard.

AZ Damiaan	Gouwelozestraat 100 8400 Oostende	20 Sp-Locomotorisch 20 Sp-Neurologisch 6 Sp-Palliatieve 24 Sp-Psychogeriatric	Afzonderlijke Sp-diensten voor neurologische en locomotorische revalidatie.
AZ Oudenaarde	Minderbroedersstraat 3 9700 Oudenaarde	24 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
AZ Glorieux	Glorieuxlaan 55 9600 Ronse	35 Sp-Locomotorisch 6 Sp-Palliatieve	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
Sint-Trudo Ziekenhuis	Diestersteenweg 100 3800 Sint-Truiden	20 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie. Bieden ook cardiopulmonaire revalidatie aan, hoewel hier geen officieel erkende bedden voor zijn.
RZ Tienen, Campus St-Jan	Houtemstraat 115 3300 Tienen	27 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie, maar voor geriatrische patiënten. Deze voorziening nog niet excluseren, eventueel toch patiënten die geschikt zijn voor inclusie en geen uitgesproken geriatrisch profiel hebben.
AZ Vesalius, Campus AZ Vesalius Tongeren	Hazelereik 51 3700 Tongeren	30 Sp-Locomotorisch 6 Sp-Palliatieve 24 Sp-Chronisch	Afzonderlijke Sp-diensten voor neurolocomotorische en chronische revalidatie.
AZ Turnhout, Campus Sint-Elisabeth	Rubensstraat 166 2300 Turnhout	20 Sp-Neurologisch 8 Sp-Palliatieve	Sp-dienst voor neurologische revalidatie.
AZ Turnhout, Campus Sint-Jozef	Steenweg op Merksplas 44 2300 Turnhout	20 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor fysieke geneeskunde voor aandoeningen van het bewegingsstelsel.
AZ Jan Portaels – AZ Vilvoorde	Gendarmeriestraat 66 1800 Vilvoorde	30 Sp-Locomotorisch 6 Sp-Palliatieve	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
OLV Van Lourdes Ziekenhuis Waregem	Vijfseweg 150 8790 Waregem	20 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.
AZ Sint-Elisabeth	Godveerdegemstraat 69 9620 Zottegem	30 Sp-Locomotorisch	Sp-dienst voor neurolocomotorische revalidatie.

Tabel 3 CAR geschikt voor inclusie

Naam	Adres	Aantal patiënten	Doelgroep	Opmerking(en)
Revalidatiecentrum De Poolster	Groot-Bijgaardenstraat 430 1082 Sint-Agatha Berchem	91	<ul style="list-style-type: none"> - Kinderen met leer- en ontwikkelingsstoornissen en gehoorstoornissen - Volwassenen met een gehoorstoornis die nood hebben aan gehoorrevalidatie 	Eind december 2019, begin 2020 waren er 121 zorggebruikers, waarvan hoofdzakelijk kinderen
CAR Woluwe	Georges Henrilaan 278 1200 Sint-Lambrechts-Woluwe	82	<ul style="list-style-type: none"> - Kinderen met autismespectrumstoornissen (ASS), gehoorstoornissen, ADHD, complexe ontwikkelingsstoornissen, ontwikkelingsvertragingen en verstandelijke beperkingen - Volwassenen met een gehoorstoornis 	Sinds 01/01/2015 is vzw Zeplin het overkoepelend orgaan
Antwerps Revalidatiecentrum	Lange Elzenstraat 52-54 2018 Antwerpen	103 (geen cijfers voor 2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Kinderen met ASS, gehoorstoornissen, ADHD, complexe ontwikkelingsstoornissen, mentale handicap - Volwassenen met een gehoorstoornis 	
Revalidatiecentrum NAH Turnhout⁹	Korte Begijnenstraat 18 2300 Turnhout	Geen cijfers ter beschikking	Jongeren en volwassenen met een NAH tussen 16 en 65 jaar	
Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen UZA	Wilrijkstraat 10 2650 Edegem	Geen cijfers ter beschikking	Kinderen en volwassenen met: <ul style="list-style-type: none"> - Gehoorproblemen - (Vermoeden van) mentale handicap - Taalstoornissen - Spraakstoornissen - Stemstoornissen - Neurologische, oncologische en psychogene slikstoornissen - Complexe ontwikkelingsstoornissen - Aangezichtsverlamming en orofaciale afwijkingen (mond-gelaat) 	

⁹ Revalidatiecentrum NAH Turnhout valt onder de 7.71 conventie, maar wordt omwille van zijn ambulante karakter in deze studie opgenomen onder de CAR

			<ul style="list-style-type: none"> - Vertraagde (psycho)motorische ontwikkeling - Schoolrijpheidsproblemen - Problemen rond schoolse vaardigheden zoals lezen, schrijven, rekenen (tot en met 14 jaar) - Aandachts- en concentratieproblemen (AD(H)D) (tot en met 16 jaar) 	
UZ Gasthuisberg – Revalidatiecentrum voor Gehoor- en Spraakgestoorden	Herestraat 49 3000 Leuven	?	<ul style="list-style-type: none"> - Gehoorproblemen, inclusief cochleaire implantatie - Ontwikkelingsproblemen gerelateerd aan mondelinge taal bij kinderen tot en met het zesde leerjaar - Ontwikkelingsdysfasie bij kinderen tot en met het zesde leerjaar - Ernstige stem- of slikproblemen bij volwassenen 	
CAR DAT Aarschot	Houtemstraat 115B 3300 Tienen	84 (Aarschot)	<ul style="list-style-type: none"> - Baby's en peuters met ontwikkelingsstoornissen - Kinderen met complexe ontwikkelingsstoornissen - Kinderen met een verstandelijke beperking - Kinderen met ASS - Kinderen met ADHD - Kinderen met een ernstige gedragsstoornis 	Heeft een afdeling in Aarschot en Tienen. Adres Aarschot: Langdorpsesteenweg 129, 3200 Aarschot In het eerste BelRAI REVA-project (2018) was er een kleine groep van volwassenen met gehoorstoornis. Daarom opnieuw contacteren.
CAR Hasselt	Ilgatlaan 11/2 3500 Hasselt	154	<p>Kinderen en jongeren met:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASS - ADHD - Ernstige gedragsstoornissen - Mentale handicap - Gehoorstoornissen (ook ouder dan 15 jaar) - Stotterproblemen 	Groep LITP met CAR Hasselt en CAR Genk

CAR Genk	Welzijns-campus 23/1 3600 Genk	159	Kinderen en jongeren met: <ul style="list-style-type: none"> - ASS - ADHD - Ernstige gedragsstoornissen - Mentale handicap - Gehoorstoornissen (ook ouder dan 15 jaar) - Stotterproblemen 	Groep LITP met CAR Hasselt en CAR Genk. In 2018 geen patiënten die voldoen aan inclusiecriteria, maar aangezien zij samen met CAR Hasselt deel uitmaken van dezelfde groep, toch contacteren
Centrum voor Spraak- en Taalpathologie (CAR Bree)	Sint-Jobstraat 43 3960 Bree	64	Kinderen met: <ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkelingsstoornissen - Leerstoornissen - Verstandelijke beperkingen - ADHD - ASS - Gehoorstoornissen - Neuromotorische stoornissen - Spraak- en taalontwikkelingsstoornissen - Myofunctionele stoornissen - Motorische en psychomotorische stoornissen 	Leeftijdsgroep wordt niet gespecificeerd. In 2018 geen patiënten met gehoorstoornissen boven de 15 jaar. Desalniettemin contacteren.
Revalidatie- en Hoorcentrum Spermalie (CAR Spermalie)	Ruddershove 6 8000 Brugge	243	Kinderen en jongeren met: <ul style="list-style-type: none"> - ASS - Gedrags- en emotionele problemen - Slechtziendheid - Slechthorendheid - Sensorieel meervoudige beperking - Complexe ontwikkelingsstoornissen Volwassenen met: <ul style="list-style-type: none"> - Slechthorendheid - ASS Slechtziendheid	Valt onder de Kade vzw
Car De Klinker (CVDO, Centrum van de Oostkust vzw)	Heistlaan 123 8301 Knokke-Heist	Geen cijfers ter beschikking	Kinderen met: <ul style="list-style-type: none"> - Ernstige ontwikkelingsstoornissen - Gehoorstoornissen - ASS 	

			<ul style="list-style-type: none"> - ADHD - Complexe leerstoornissen - Ernstige taal- en spraakstoornissen 	
			Volwassenen met gehoorstoornissen	
CAR Stappie	Koninginnelaan 55-57 8400 Oostende	214 (geen cijfers voor 2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Peuters en kleuters (0-6jaar) met complexe ontwikkelingsstoornissen - Kinderen en jongeren (7-18jaar) met complexe ontwikkelingsstoornissen - Peuters, kleuters, kinderen, jongeren en volwassenen met gehoorstoornissen 	
Revalidatiecentrum Overleie (CAR Overleie vzw)	Overleiestraat 57 8500 Kortrijk	403	<ul style="list-style-type: none"> - Kinderen en jongeren met ontwikkelingsstoornissen (ontwikkelingsvertraging, ASS, ADHD, complex) - Kinderen en volwassenen met NAH - Kinderen en volwassenen met gehoorstoornissen 	
CAR Roeselare	Jules Lagaelaan 17 8800 Roeselare	156	<ul style="list-style-type: none"> - Baby's met gehoorstoornis - Peuters en kleuters met ADHD, ASS, complexe ontwikkelingsstoornissen, gedragsstoornis, gehoorstoornis en mentale handicap - Lagereschoolkinderen met ADHD, ASS, Complexe ontwikkelingsstoornissen, gedragsstoornis en gehoorstoornis - Adolescenten en volwassenen met gehoorstoornis 	
CAR Noordhoek (St. Rembert)	Aartrijkestraat 62 8820 Torhout	137	<ul style="list-style-type: none"> - Baby's met gehoorstoornis - Peuters, kleuters, kinderen en adolescenten tot 14 jaar met ASS, ADHD, mentale handicap, algemene ontwikkelingsvertraging, spraak- en taalontwikkelingsstoornissen, complexe 	

			<p>leerstoornissen, gehoorstoornissen, gedrags- en emotionele problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volwassenen met gehoorstoornissen 	
CAR De Klinker	Cartonstraat 53 899 Ieper	133 (geen cijfers voor 2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Kinderen en jongeren met complexe ontwikkelingsstoornissen, NAH, gehoorstoornissen, ADHD en ASS - Volwassenen met gehoorstoornissen 	
CAR Sint-Lievenspoort	Sint-Lievenspoort 129 9000 Gent	392	<ul style="list-style-type: none"> - Baby's en peuters met ASS, complexe ontwikkelingsstoornissen, gehoorstoornissen en mentale handicap - Kleuters met ADHD, ASS, complexe ontwikkelingsstoornissen, gehoorstoornissen en mentale handicap - Lagereschoolkinderen met ADHD, ASS, complexe ontwikkelingsstoornissen, gehoorstoornissen - Adolescenten met ADHD, ASS, gehoorstoornissen - Volwassenen met gehoorstoornissen 	Binnen netwerk van 5 organisaties: MFC Sint-Lievenspoort, BuBaO Sint-Lievenspoort, Kinderopvang, Thuisbegeleidingsdienst
UZ Gent Centrum voor gehoor- en spraakrevalidatie "Ter Sprake"	Corneel Heymanslaan 10 9000 Gent	260	<p>Kinderen met:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gehoorstoornissen (inclusief Cochleair implantaat) - Specifieke spraak- en taalontwikkelingsstoornissen - Lees-, schrijf- en rekenproblemen - Stemstoornissen <p>Volwassenen met:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spraak-, taal- en/of slikstoornissen na NAH - Spraak- en slikstoornissen na hoofd- en halschirurgie - Gehoorstoornissen - Stemstoornissen 	

CAR Oostakker	Wolfputstraat 110 9041 Gent	173 (geen cijfers voor 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Baby's, peuters en kleuters met ontwikkelingsstoornissen op vlak van taal, spraak, motoriek, gedrag en redzaamheid - Kinderen met complexe leerproblemen kaderend binnen bredere problematiek (ADHD, ASS, NAH, gedrags- en persoonlijkheidsproblemen, ernstige motorische problemen) - Kleuters, kinderen, jongeren en volwassenen die stotteren - Kleuters, kinderen, jongeren en volwassenen met een mild hersenletsel (NAH) 	
CAR De Steijger	Kerkham 3 9070 Destelbergen	145	<p>Baby's, peuters, kleuters en lagereschoolkinderen met:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASS - ADHD - Developmental coordination disorder (DCD; dyspraxie) - Cerebrale parese (CP) - Mentale beperking - Spraak- en taalontwikkelingsstoornissen - Gehoorstoornissen - Complexe stoornissen - Vroegrevalidatie <p>Volwassenen met gehoorstoornissen</p>	Vanaf januari 2018 biedt het centrum gehoorrevalidatie een volwassenen
CAR Het Veer vzw	Kazernestraat 35A 9100 Sint-Niklaas	245 (geen cijfers voor 2016)	<p>Kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASS - ADHD - Gehoorstoornissen - CP en NAH - Mentale handicap - Motorische stoornissen 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Gedragsstoornissen - Complexe taal- of leerstoornissen <p>Volwassenen met gehoorstoornissen</p>	
CAR 't Vlot	Kallobaan 5 9120 Beveren	221	<p>Kinderen en jongeren van 0 tot 19 jaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complexe ontwikkelingsstoornissen - Spraak- en taalontwikkelingsstoornissen - Leerstoornissen - Mentale retardatie - ADHD - Gedragsstoornissen - ASS - Centraal motorische stoornissen of verworven hersenletsel <p>Peuters, kleuters, kinderen, jongeren en volwassenen met:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gehoorstoornissen - Stotteren 	
CAR Kapelhof	Koenvliet 2A 9240 Zele	160 (geen cijfers voor 2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Baby's, peuters en kleuters (0 tot 6 jaar) met sociaal-communicatieve stoornissen, algemeen vertraagde ontwikkeling, taal- en spraakproblemen - Lagereschoolkinderen (6 tot 12 jaar) met leerproblemen (lees-, schrijf- en rekenproblemen alsook schrijfmotoriek), sociaal-communicatieve stoornissen - Adolescenten (12 tot 18 jaar) met ASS en ADHD - Kinderen, adolescenten en volwassenen met NAH 	
CAR Buggenhout	Klaverveld 3 9255 Buggenhout	207	<ul style="list-style-type: none"> - Baby's met NAH, CP en mentale handicap - Peuters en kleuters met ADHD, ASS, complexe ontwikkelingsstoornissen, 	

			gedragsstoornis, NAH, CP en mentale handicap - Volwassenen met NAH	
CAR Horizon	Oudenaardsestraat 215 9500 Geraardsbergen	208	- Baby's met gehoorstoornissen, hersenletsel, CP en mentale handicap - Peuters en kleuters met ADHD, ASS, complexe ontwikkelingsstoornissen, gedragsstoornissen, gehoorstoornissen, hersenletsel, CP en mentale handicap - Volwassenen met gehoorstoornissen en NAH	
CAR Wegwijs	Welzijnstraat 75-77 9620 Zottegem	170	- Baby's met gehoorstoornissen - Kinderen met ASS, ADHD, complexe ontwikkelingsstoornissen, gehoorstoornissen, hersenletsel, CP en mentale handicap - Volwassenen met gehoorstoornissen	
CAR Ter Kouter	Aalstersesteenweg 2 9800 Deinze	266	- Baby's met gehoorstoornissen, CP en mentale handicap - Kinderen met ASS, complexe ontwikkelingsstoornissen, gehoorstoornissen, hersenletsel, CP en mentale handicap - Volwassenen met gehoorstoornissen en NAH	

Tabel 4 Overzicht van de geïncludeerde CAR met het aantal revalidanten in 2018 met een gehoorstoornis of NAH vanaf 15 jaar

Naam	Gehoorstornis of NAH 15-18 jaar	Gehoorstornis of NAH 18+	TOTAAL	TOTAAL AANTAL PATIËNTEN 2018
Revalidatiecentrum De Poolster¹⁰	?	?	8	110
CAR Woluwe¹²	?	?	4	53
Antwerps Revalidatiecentrum	0	15	15	92
Revalidatiecentrum NAH Turnhout	0	50 ¹³	50	?
Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen UZA	Cijfers opgevraagd, niet ontvangen	Cijfers opgevraagd, niet ontvangen	?	?
UZ Gasthuisberg – Revalidatiecentrum voor Gehooren Spraakgestoorden	Cijfers opgevraagd, niet ontvangen	Cijfers opgevraagd, niet ontvangen	?	
CAR DAT Aarschot	1	0	1	71
CAR Hasselt	1	19	20	142
CAR Genk¹⁴	0	0	9	119
Centrum voor Spraak- en Taalpathologie (CAR Bree)¹⁵	0	0	3	47
Revalidatie- en Hoorcentrum Spermalie (CAR Spermalie)	1	4	5	227
Car De Klinker (CVDO, Centrum van de Oostkust vzw)¹⁶	?	?	?	?
CAR Stappie	6	11	17	181
Revalidatiecentrum Overleie (CAR Overleie vzw)	7	27	34	363

¹⁰ Bij RC De Poolster waren er geen gegevens omtrent de verdeling van leeftijd en pathologiegroep. Er is wel bekend dat er in 2018 in totaal 110 plaatsen werden ingenomen.

¹¹ Bij instellingen waarvan geen cijfers beschikbaar zijn (vraagteken), wordt een richtcijfer berekend aan de hand van gemiddelde verhoudingen tussen de leeftijdsgroepen en de geïncludeerde diagnoses (NAH en gehoorstoornissen) en het totaal aantal patiënten bij de andere centra.

¹² Bij CAR Woluwe waren er geen gegevens omtrent de verdeling van leeftijd en pathologiegroep. Er is wel bekend dat er in 2018 in totaal 53 plaatsen werden ingenomen

¹³ Dit cijfer werd verkregen in mei 2022 via de revalidatiearts van NAH Turnhout en stelt het aantal patiënten voor van 16 tot 65 jaar met een NAH.

¹⁴ Geen patiënten in 2018 die voldoen aan inclusiecriteria, maar desalniettemin includeren wegens het aanbieden van gehoorrevalidatie (volgens website). Ook hier wordt een richtcijfer bepaald op basis van verhoudingen onder de revalidanten bij andere centra.

¹⁵ Geen patiënten in 2018 die voldoen aan inclusiecriteria, maar desalniettemin includeren wegens het aanbieden van gehoorrevalidatie (volgens website). Ook hier wordt een richtcijfer bepaald op basis van verhoudingen onder de revalidanten bij andere centra.

¹⁶ Dit centrum gaf geen cijfers door aan de Federatie CAR.

CAR Roeselare	1	6	7	142
CAR Noordhoek (St. Rembert)	0	8	8	125
CAR De Klinker	0	4	4	144
CAR Sint-Lievenspoort	10	25	35	414
UZ Gent Centrum voor gehoor- en spraakrevalidatie "Ter Sprake"	?	34 ¹⁷	34	372
CAR Oostakker	0	15	15	139
CAR De Steijger¹⁸	0	0	10	141
CAR Het Veer vzw	0	1	1	197
CAR 't Vlot	0	10	10	161
CAR Kapelhof	0	8	8	140
CAR Buggenhout	0	22	22	175
CAR Horizon	1	7	8	197
CAR Wegwijs¹⁹	0	0	11	154
CAR Ter Kouter	1	37	38	259

¹⁷ Dit cijfer stelt het aantal patiënten met gehoorstoornissen voor boven 15 jaar. Het cijfer werd verkregen via e-mail op 05/05/2021 via de verantwoordelijke van het RC Ter Sprake.

¹⁸ Geen patiënten in 2018 die voldoen aan inclusiecriteria, maar desalniettemin includeren wegens het aanbieden van gehoorrevalidatie aan volwassenen vanaf januari 2018 (volgens website). Ook hier wordt een richtcijfer bepaald op basis van verhoudingen onder de revalidanten bij andere centra.

¹⁹ Geen patiënten in 2018 die voldoen aan inclusiecriteria, maar desalniettemin includeren wegens het aanbieden van gehoorrevalidatie (volgens website). Ook hier wordt een richtcijfer bepaald op basis van verhoudingen onder de revalidanten bij andere centra

Tabel 5 Low vision centra geschikt voor inclusie

Naam	Adres	Aantal revalidanten 15+	Opmerking(en)
Centrum voor Visuele Revalidatie De Markgrave	Broederminstraat 38 2018 Antwerpen	59 ²⁰	
Visuele revalidatie en low vision UZ Antwerpen	Wilrijkstraat 10 2650 Edegem	102 ²¹	De revalidatie wordt uitgevoerd door medewerkers van het UZA of door medewerkers van Blindenzorg Licht en Liefde.
UZ Leuven Revalidatiecentrum voor slechtzienden – Campus Gasthuisberg	Herestraat 49 3000 Leuven	57 ²²	
Centrum voor Visuele revalidatie en low vision UZ Gent	Corneel Heymanslaan 10 9000 Gent	83 ²³	

²⁰ In werkelijkheid 294 revalidanten in 2020 (cijfer verkregen via verantwoordelijke op 19/04/2021).

²¹ In werkelijkheid 512 revalidanten in 2020 (cijfer verkregen via verantwoordelijke op 23/04/2021).

²² In werkelijkheid 287 revalidanten in 2020 (cijfer verkregen via verantwoordelijke op 30/04/2021).

²³ In werkelijkheid 416 revalidanten in 2020 (cijfer verkregen via verantwoordelijke op 01/06/2021).

Bijlage 2

Overzicht van aantal in te vullen instrumenten per soort voorziening

Tabel 6 Verhouding van het aantal in te vullen instrumenten in de *revalidatieziekenhuizen*

Naam	Aantal Sp-bedden + verhouding tot totaal	Aantal in te vullen instrumenten o.b.v. bepaalde steekproef
Revalidatieziekenhuis RevArte	123 (12,9%)	29
Revalidatieziekenhuis Inkendaal	178 (18,6%)	40
Koningin Elisabeth Instituut (KEI)	130 (13,6%)	30
Nationaal MS Centrum (NMSC)	120 (12,6%)	28
Belgisch Zee-instituut voor Orthopedie (BZIO), IMBO	125 (13,1%)	29
Revalidatie & MS centrum (RMSC)	120 (12,6%)	28
Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren	96 (10%)	22
Provinciaal Zorgcentrum Lemberge	63 (6,6%)	15
TOTAAL	955 (100%)	221

Tabel 7 Verhouding van het aantal in te vullen instrumenten in de *AZ/UZ*

Naam	Aantal Sp-bedden + verhouding tot totaal	Aantal in te vullen instrumenten o.b.v. bepaalde steekproef
AZ Monica, Campus Antwerpen	81 (9,3%)	19
UZ Antwerpen ²⁴	0	Zelf te bepalen
AZ Nikolaas, Campus Beveren	46 (5,3%)	10
AZ Klina, Campus De Mick	110 (12,6%)	25
AZ Sint-Lucas Brugge	40 (4,6%)	9
AZ Sint-Jan, Campus Sint-Jan	20 (2,3%)	5
AZ Sint-Vincentius	20 (2,3%)	5
AZ Sint-Blasius	20 (2,3%)	5
Ziekenhuis Geel (Sint-Dimpna)	30 (3,4%)	7
Ziekenhuis Oost-Limburg, Campus Sint-Barbara	22 (2,5%)	5
AZ Sint-Lucas Gent, Campus Sint- Lucas	103 (11,7%)	23
UZ Gent	20 (2,3%)	5
Jessa Ziekenhuis, Campus St.- Ursula	90 (10,3%)	20
Jan Yperman Ziekenhuis, Campus Ieper	22 (2,5%)	5
Jan Yperman Ziekenhuis, Campus Wervik	24 (2,7%)	6

²⁴ UZ Antwerpen heeft officieel geen Sp-bedden volgens de overheidssites. Desalniettemin reageerde de dienst fysische geneeskunde om deel te nemen aan de informatiesessie via de uitnodiging van het RC voor communicatiestoornissen van het UZA. Zij beslisten achteraf om ook deel te nemen aan het project. Zij mogen zelf de haalbaarheid bepalen van het aantal in te vullen instrumenten (gemiddelde ligt hier op 10). Zij worden dus niet meegenomen in de berekening van de steekproef.

Ziekenhuis Maas en Kempen	20 (2,3%)	5
AZ Delta, Campus Menen	20 (2,3%)	4
AZ Delta, Campus Brugsesteenweg	106 (12,1%)	25
AZ Delta, Campus Torhout	20 (2,3%)	5
GZA Ziekenhuizen, Campus Sint-Jozef	20 (2,3%)	5
Sint-Trudo Ziekenhuis	20 (2,3%)	5
OLV Van Lourdes Ziekenhuis Waregem	20 (2,3%)	5
TOTAAL	874 (100%)	203

Tabel 8 Verhouding van het aantal in te vullen instrumenten in de CAR

Naam	Aantal patiënten + verhouding tot totaal	Aantal in te vullen instrumenten o.b.v. bepaalde steekproef
Revalidatiecentrum NAH Turnhout	50 (20,4%)	34
Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen UZA	?	Zelf te bepalen
Revalidatie- en Hoorcentrum Spermalie (CAR Spermalie)	5 (2%)	3
Car De Klinker (CVDO, Centrum van de Oostkust vzw)	?	Zelf te bepalen
CAR Roeselare	7 (2,9%)	5
CAR Noordhoek (St. Rembert)	8 (3,3%)	5
CAR De Klinker	4 (1,6%)	3
CAR Sint-Lievenspoort	35 (14,3%)	23
UZ Gent Centrum voor gehoor- en spraakrevalidatie "Ter Sprake"	34 (13,9%)	23
CAR Oostakker	15 (6,1%)	10
CAR Het Veer vzw	1 (0,4%)	1
CAR 't Vlot	10 (4%)	7
CAR Kapelhof	8 (3,3%)	5
CAR Buggenhout	22 (9%)	15
CAR Horizon	8 (3,3%)	5
CAR Ter Kouter	38 (15,5%)	25
TOTAAL	245 (100%)	164

Tabel 9 Verhouding van het aantal in te vullen instrumenten in de Low Vision centra

Naam	Aantal patiënten + verhouding tot totaal	Aantal in te vullen instrumenten o.b.v. bepaalde steekproef
Centrum voor Visuele Revalidatie De Markgrave	59 (41,5%)	39

Overzicht van aantal in te vullen instrumenten per soort voorziening

Centrum voor Visuele revalidatie en low vision UZ Gent	83 (58,5%)	56
TOTAAL	142 (100%)	95

Bijlage 3

Tips & tricks voor de zorgverleners bij het invullen van een BelRAI REVA beoordeling

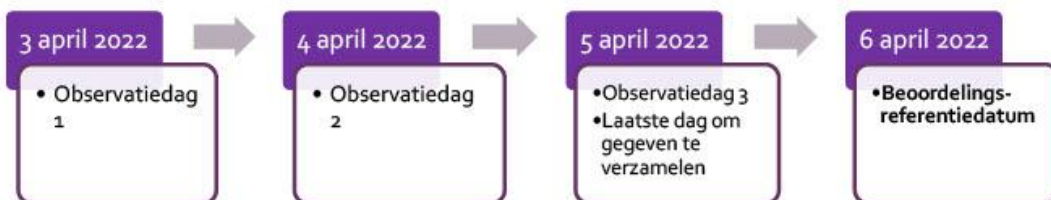


Algemene aandachtspunten

1. Beoordelingsreferentiedatum

Het specifiek eindpunt van de BelRAI REVA-beoordeling of observatieperiode. Bijna alle items verwijzen naar de toestand van de persoon gedurende een aangewezen tijdsperiode, meestal de laatste 3 dagen voor de datum van het einde van de observatieperiode. De beoordelingsreferentiedatum legt het aangewezen eindpunt van de gemeenschappelijke observatie- of beoordelingsperiode vast. Er zijn wel **uitzonderingen**, zo kan een beoordelingsperiode van sommige items uitgebreid worden naar 7, 30 of zelfs 90 dagen, maar dit staat telkens duidelijk aangegeven.

Bijvoorbeeld:



2. Hulpverlenersperspectief

Doorheen de BelRAI-beoordeling primeert het **professioneel oordeel** van de zorgverlener. In het geval van tegenstrijdige informatie of twijfel is het aan de beoordelaar om een correcte inschatting te maken. Overleg ook zeker met andere teamleden. In sommige items staat uitdrukkelijk vermeld indien de patiënt zelf bevraagd moet worden (zie verder). Leg in andere gevallen dus niet je eigen 'norm' op, wees steeds zo objectief mogelijk.

3. Hulpmiddelen

Patiënten gebruiken hulpmiddelen om sommige acties beter te kunnen uitvoeren, zoals een rolstoel of rollator om zich te verplaatsen of een bril om beter te kunnen zien. Dit leidt niet automatisch tot een zwaardere score. Iemand kan best zelfstandig om zonder hulp functioneren met zijn/haar hulpmiddel.

Wat nu als iemand de Nederlandse taal niet helemaal machtig is? Deze persoon is niet noodzakelijk hulpbehoevend. In deze situatie wordt er gekeken naar hoe iemand functioneert in de eigen moedertaal en of men dan hulpbehoevend is of niet.

4. Werkelijk functioneren

'Werkelijk functioneren' wil zeggen dat we niet uitgaan van een 'wat als'-scenario. Wanneer bijvoorbeeld iemand een knieblessure heeft, wordt het werkelijk functioneren met de blessure geobserveerd en niet het functioneren indien er geen blessure zou zijn.

Coderen van items

1. Uitvoering vs. mogelijkheden

Bij tal van items wordt het onderscheid gemaakt tussen 'uitvoering' en 'mogelijkheden'. '**Uitvoering**' (Performance in ICF) is de effectieve uitvoering van de patiënt. '**Mogelijkheden**' (Capacity in ICF) weerspiegelen de capaciteit van de patiënt indien hij/zij de activiteit zou uitvoeren. Dit laatste vergt dus enige inschatting van de persoon. Merk ook op dat de coderingsoptie 'Activiteit kwam niet voor' bij 'Mogelijkheden' niet bestaat.

2. Patiëntperspectief

Er is een beperkt aantal items in het BelRAI Revalidatie instrument waarbij de **patiënt zelf bevroegd** moet worden. Een voorbeeld hiervan is 'Zelfgemelde stemming'. Dit staat duidelijk aangegeven in zowel het handboek als het instrument in Qualtrics. Belangrijk is hierbij dat je bij het coderen alleen het **oordeel van de patiënt zelf** vastlegt. Codeer niet op basis van uw eigen conclusies en registreer ook niet wat familie, vrienden of andere informanten ervan vinden. Als de persoon niet tot zelfbeoordeling in staat is (bv. vanwege een cognitieve stoornis) of weigert te antwoorden, blijf dan niet te lang bij deze items stilstaan en bedenk niet zelf antwoorden voor de persoon. Codeer dan met 'Persoon kon niet (wilde niet) antwoorden'.

3. Codes IADL

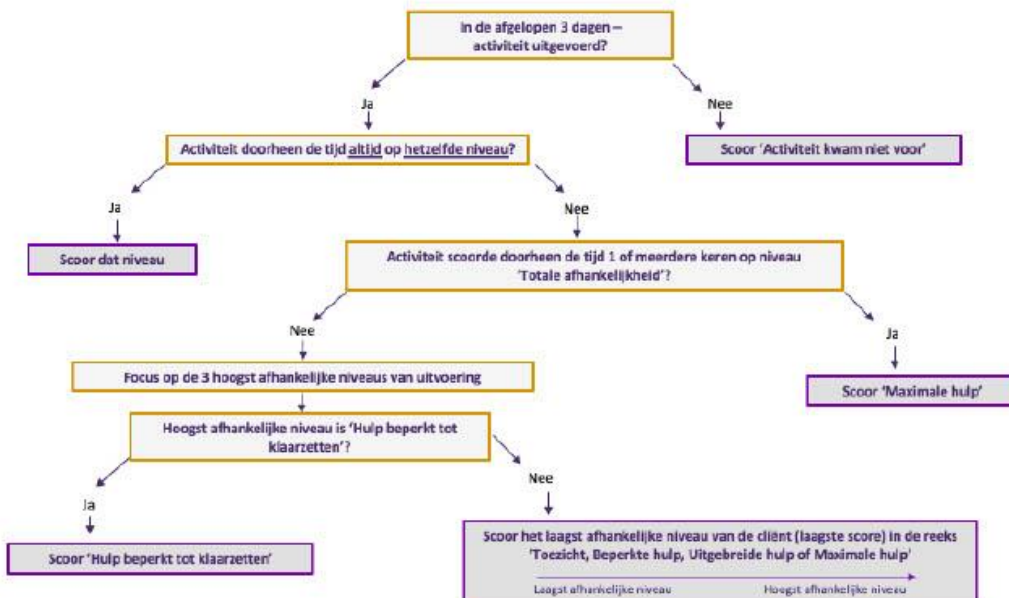
<p>LAAGST afhankelijke niveau</p> <p>↓</p> <p>HOOGST afhankelijke niveau</p>	<p>Cliënt voert de activiteit zonder hulp uit</p>	<p>0. Zelfstandig</p> <p>1. Hulp beperkt tot klaarzetten</p>	<p>Geen hulp, klaarzetten of toezicht nodig</p> <p>Voorwerp of apparaat bezorgd of binnen bereik geplaatst, bij geen enkele activiteit fysieke steun of toezicht nodig</p>
	<p>Er is een zorgverlener/ mantelzorger aanwezig tijdens de uitvoering van de activiteit</p>	<p>2. Toezicht</p> <p>3. Beperkte hulp</p> <p>4. Uitgebreide hulp</p> <p>5. Maximale hulp</p> <p>6. Totale afhankelijkheid</p>	<p>Toezicht of aanwijzingen geven</p> <p>Bij sommige gelegenheden hulp nodig</p> <p>Hulp nodig bij de taak, maar voert zelf nog minstens 50% van de taak uit</p> <p>Hulp nodig bij de taak, maar voert zelf minder dan 50% van de taak uit</p> <p>Activiteit wordt altijd volledig door anderen uitgevoerd</p>
		<p>8. Activiteit kwam niet voor</p>	<p>(niet bij mogelijkheden)</p>

4. Codes ADL

LAAGST afhankelijke niveau	Cliënt voert de activiteit zonder hulp uit	Zelfstandig	Bij geen enkele activiteit fysieke hulp, klaarzetten of toezicht nodig
		Hulp beperkt tot klaarzetten	Voorwerp of apparaat bezorgd of binnen bereik geplaatst, bij geen enkele activiteit fysieke steun of toezicht nodig
HOOGST afhankelijke niveau	Er is een zorgverlener/ mantelzorger aanwezig tijdens de uitvoering van de activiteit	Toezicht	Toezicht of aanwijzingen geven
		Beperkte hulp	Fysiek helpen of fysiek ondersteunen bij het bewegen van ledematen
		Uitgebreide hulp	De persoon voert zelf nog minstens 50% van de subtaken uit EN gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door 1 hulpverlener
		Maximale hulp	De persoon heeft hulp nodig bij meer dan 50% van de subtaken OF gewichtsondersteunende hulp (inclusief ledematen optillen) door 2 hulpverleners
		Totale afhankelijkheid	Activiteit wordt altijd volledig door anderen uitgevoerd
		Activiteit kwam niet voor	

5. Beslissingsboom coderen IADL- en ADL-items in de laatste 3 dagen

Gebruik onderstaande beslissingsboom bij het bepalen hoe de activiteit in de loop van de laatste 3 dagen werd uitgevoerd.



Items waarbij enkel en alleen bevraging van patiënt zelf

Hieronder volgt een lijst van items (met bijbehorende pagina in het handboek) waarbij de patiënt zelf **ALTIJD** moet bevraged worden. Bij deze items mag dus geen rekening gehouden worden met de mening van derden of van de zorgverlener zelf. Uiteraard kunt u er zelf voor kiezen om bij andere items ook de patiënt te bevragen, maar elk ander item kunt u in principe ook via derden/observaties/dossier/klinische oordeel scoren.

- B6: Doelen volgens de persoon (p. 24)
- E2: Zelfgemelde stemming (p. 45)
- F7: Doelen in de toekomst (p. 53)
- ELA-L4: Nieuwe rollen (p. 151)
- G14.a: Potentieel voor lichamelijke verbetering: persoon denkt in staat te zijn tot een grotere zelfstandigheid in lichamelijk functioneren (p. 69)
- J11: Zelfgemelde gezondheid (p. 80)
- N2: Libidoverandering (p. 92)
- N3: Intieme relaties (p. 92)
- P1: Persoon zegt een vertrouwenspersoon te hebben (p. 95)
- Q4: Bereidheid om de omgeving aan te passen (p. 101)
- U2.c+d: Ontslagbeleving (p. 109)
- U8: Doelen volgens de persoon (bij ontslag) (p. 112)

Tijdlijn en stappenplan BelRAI-invuller na opleiding

1. Tijdlijn



2. Kort stappenplan voor assessment



Bijlage 4

Demografische fiche voor de beschrijving van de BelRAI-invullers

Hartelijk dank voor uw deelname aan deze studie. Om een beeld te krijgen van het profiel van de deelnemers verzoeken wij u deze vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst is geen informed consent en wordt gebruikt voor statistische doeleinden. Alle gegevens worden anoniem en vertrouwelijk verwerkt, met respect voor uw privacy. Bij vragen kunt u de onderzoekers steeds contacteren.

Voor de kwaliteit van de studie is het belangrijk dat u alle vragen beantwoordt. Er zijn geen foute of juiste antwoorden.

1. Geslacht

Ik identificeer mij als:

Vrouw Man Ander:

2. Leeftijd

Ik ben jaar oud.

3. Zorgvoorziening

Ik werk in een:

- Sp-dienst of revalidatiecentrum verbonden aan een algemeen of universitair ziekenhuis
- Revalidatieziekenhuis of -centrum (niet verbonden aan AZ of UZ)
- Centrum voor Ambulante Revalidatie, NIET verbonden aan een UZ
- Centrum voor Ambulante Revalidatie, verbonden aan een UZ
- Low vision centrum

4. Locatie van de zorgvoorziening

Mijn voorziening bevindt zich in de provincie:

- West-Vlaanderen
- Oost-Vlaanderen
- Antwerpen
- Vlaams-Brabant
- Limburg

5. Opleiding en tewerkstelling

- Ik ben van basisopleiding (zelf in te vullen):

- Ik werk momenteel...:
 - in een functie op basis van mijn opleiding, eventueel met een bijkomende specialisatie/opleiding
 - als hoofd van de afdeling of andere leidinggevende functie
 - in het middenkader anders dan diensthoofd (zorgmanager, kwaliteitscoördinator, ...)
 - in het directiecomité
 - andere:

6. Ervaring

- In de gezondheidszorg heb ik in totaal jaren ervaring:
 - < 1 jaar
 - 1-2 jaar
 - 3- 5 jaar
 - 6-10 jaar
 - 11- 15 jaar
 - 16 – 20 jaar
 - 21 – 25 jaar
 - > 25 jaar
- Hiervan werk ik ... jaren in de revalidatiesector (eventueel bij verschillende werkgevers/zorgvoorzieningen)
 - < 1 jaar
 - 1-2 jaar
 - 3- 5 jaar
 - 6-10 jaar
 - 11- 15 jaar
 - 16 – 20 jaar
 - 21 – 25 jaar
 - > 25 jaar

Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

Nils Knockaert (nils.knockaert@ugent.be)

Promotoren: Prof. dr. Dominique Van de Velde (UGent), Prof. dr. Anja Declercq (LUCAS KU Leuven)

Copromotor: Prof. dr. Peter Feys (UHasselt)

Bijlage 5

Toestemmingsformulier voor professionele deelnemers aan het onderzoek

Informatiebrief voor professionele deelnemers

Titel van de studie: EF 06.05 (4): BelRAI Revalidatie: De evaluatie van het BelRAI revalidatie instrument in een representatief staal van de long term revalidatie in Vlaanderen

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. Beschrijving en doel van de studie

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin voert in samenwerking met UGent, LUCAS/KU Leuven en UHasselt een onderzoek uit naar de ontwikkeling van het BelRAI Revalidatie instrument. De BelRAI Revalidatie is een assessment instrument dat het functioneren van de patiënt weergeeft. Het instrument bestaat uit een aantal standaardvragen (core instrument modules) en een reeks van doelgroepspecifieke vragen (elaboratiemodules). Alle vragen zijn uniform opgesteld naar analogie met de interRAI-instrumenten.

interRAI is een organisatie die in de jaren 80 in de Verenigde Staten werd opgericht. Onderzoekers begonnen met het ontwikkelen van algemene beoordelingsinstrumenten om de kwaliteit van zorg in de woonzorgcentra te verbeteren. Al snel werd dit uitgebreid naar instrumenten voor personen met psychische kwetsbaarheid, palliatieve zorgnoden, nood aan revalidatie, ... Ze hebben als doel het verzamelen van gegevens over het functioneren van zorgafhankelijke personen. Deze gegevens kunnen dan gebruikt worden om het zorgplan te verbeteren. Intussen worden deze interRAI-instrumenten vandaag de dag in zo'n 35-tal landen gebruikt, zowel binnen als buiten Europa. In 2005 startte de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid in België met implementatieprojecten in de ouderenzorg, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, waaronder de interRAI-studies. Zo deed BelRAI zijn intrede, de Belgische vertaling van de interRAI-instrumenten, aangepast aan de lokale context.

BelRAI biedt een gemeenschappelijke taal om te communiceren, onafhankelijk van de voorziening of discipline van de zorgverlener. Hierdoor kan BelRAI gebruikt worden in verschillende voorzieningen en diensten, zoals de WZC, eerstelijnszorg, GGZ-voorzieningen, enz... Vanuit dit holistisch beeld kunnen de noden en behoeftes van een persoon bepaald worden in kader van de zorgplanning. BelRAI kan in dit opzicht doorheen de gehele gezondheidszorg en het volledige zorgtraject van de persoon gebruikt worden. Tot heden bestaan er onder andere al BelRAI-specifieke vragen voor de ouderenzorg (HC; HomeCare),

geestelijke gezondheidszorg (MH en CMH; Mental Health en Community Mental Health), ... Er bestaan echter nog geen gevalideerde vragen voor de revalidatiesector.

In voorgaande onderzoeken EF 06.05 (1) en EF 06.05 (2) werd een eerste versie van de BelRAI Revalidatie ontwikkeld en werd deze ingekort en verfijnd door het in de praktijk uit te testen en de randvoorwaarden voor implementatie in kaart te brengen. De deelnemers van deze studies gaven via intervisiegesprekken en focusgroepen spontaan informatie over aandachtspunten en voorwaarden voor de implementatie van het BelRAI revalidatie instrument in Vlaanderen. De eerste versie van het instrument werd in de tweede studie voor de eerste keer getest in een niet-representatief staal van patiënten in de Vlaamse revalidatiesector.

Het doel van dit onderzoek is om de meest recente versie van het BelRAI Revalidatie instrument (31/10/2019) te gaan testen in een representatief staal van de longterm revalidatie. Samen met de zorgverleners van de revalidatiesector wordt opnieuw de werkbaarheid en hanteerbaarheid van het instrument geëvalueerd. Ook wordt er in dit onderzoek data verzameld om de inhoudsvaliditeit te beoordelen.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan onze informatiesessie, BelRAI Revalidatie opleiding en focusgroepen/expertgroepen. De informatiesessie en focusgroep/expertgroep zal ongeveer een halve dag van uw tijd in beslag nemen. Daarbij vragen wij ook om enkele vragenlijsten in te vullen om een beeld te krijgen van uw profiel, waarin o.a. leeftijd, beroep, jaren dienst, e-mailadres werk, ... bevraagd worden. De opleiding zal minstens een volledige dag en maximaal 2 dagen van uw tijd in beslag nemen. De exacte locatie en organisatie van de opleiding en focusgroepen zal u tijdig meegedeeld worden en is afhankelijk van de Coronamaatregelen op dat moment. Dit zal waarschijnlijk op een hybride manier gebeuren, waarbij een deel van de deelnemers fysiek aanwezig kan zijn en een ander deel online kan meevolgen. De locatie zal makkelijk bereikbaar zijn. Er zal gebruikt gemaakt worden van overheidsgebouwen, waaronder het Virginie Lovelinggebouw (Koningin Maria Hendrikaplein 70, 9000 Gent) en Dirk Boutsgebouw (Diestsepoort 6, 3000 Leuven).

Tijdens de studie (na de opleiding) zal u enkele BelRAI Revalidatie instrumenten elektronisch via Qualtrics, een software platform voor experience management en surveys, moeten invullen in kader van dataverzameling om de inhoudsvaliditeit van het instrument te kunnen beoordelen. De duur van het invullen van zo'n instrument is afhankelijk van verschillende variabelen (complexiteit van de casus, vertrouwdheid met het instrument, vertrouwdheid met ICT, ...) en kan dus niet exact vastgelegd worden. Voor het invullen van deze vragenlijst vragen wij u ook beroep te doen op uw persoonlijke expertise, de expertise van uw collega's en de ervaring van uw patiënt. Het is wel de bedoeling dat enkel u het instrument invult via Qualtrics. Enkel u krijgt dus toegang tot de vragenlijst.

De tijd die gespendeerd wordt aan dit onderzoek maakt, zoals in vorige BelRAI Revalidatie onderzoeken, deel uit van uw arbeidstijd. Dit wordt uitgebreid besproken met uw werkgever en werd ook duidelijk afgetoetst met de leden van de stuurgroep van het Steunpunt (SWVG).

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd door wetenschappelijk medewerker Nils Knockaert (UGent), dit onder supervisie van Prof. Dr. Dominique Van de Velde (UGent), Prof. Dr. Anja Declercq (LUCAS, KU Leuven) en Prof. Dr. Peter Feys (UHasselt).

2. Toestemming en weigering

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

3. Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot een nieuwe en meer efficiënte methode (BeRAI Revalidatie) om de communicatie tussen zorgverleners over de gezondheidszorgorganisaties heen te optimaliseren.

4. Kosten

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent ook dat we de gegevens, die u invult in de vragenlijsten op de opleidingsdagen, van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal geanonimiseerd worden. In deze studie kunnen ook gegevens verzameld worden via vragenlijsten aan de deelnemer. Daartoe zal u gevraagd worden een e-mailadres te bezorgen waarop u deze vragenlijst wenst te ontvangen. Daarnaast zullen ook gesprekken/focusgroepen met de deelnemers plaatsvinden. Deze zullen opgenomen worden om de gegevens te kunnen verwerken. Enkel de geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Dit betekent dus dat de input die u voorziet op geen enkel moment zal gekoppeld worden aan uw naam. Uw naam zal ook nergens vermeld worden. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. De persoonlijke gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar.

In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens.

Contactgegevens: Katya Van Driessche, dpo@uzgent.be

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot de gegevens om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit

kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. Verzekering

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, voorziet de opdrachtgever in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor professionele deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een exemplaar van gekregen. Ik heb op een begrijpelijke wijze uitleg gekregen over de aard, de methode en het doel van de studie en over wat men van mij verwacht.

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Men heeft mij ingelicht dat mijn persoonlijke gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

- 1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoekers
- 2) Ik ben akkoord dat er een audio-opname wordt gemaakt van de gesprekken en focusgroepen
- 3) Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studie geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is
- 4) Ik stem ermee in dat mijn email adres gebruikt wordt voor het versturen van vragenlijsten.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*** Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord**

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	X
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	X

Bijlage 6

Informatiebrief voor meerderjarige patiënten

Informatiebrief voor de deelnemers (patiënten)

Titel van de studie: EF 06.05 (4): BelRAI Revalidatie: De evaluatie van het BelRAI revalidatie instrument in een representatief staal van de long term revalidatie in Vlaanderen

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. Beschrijving en doel van de studie

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin voert in samenwerking met UGent, LUCAS/KU Leuven en UHasselt een onderzoek uit naar de ontwikkeling van het BelRAI Revalidatie instrument. De BelRAI Revalidatie is een beoordelingsinstrument dat een beeld geeft over hoe de patiënt, of in dit geval de revalidant, functioneert met zijn aandoening. Het instrument bestaat uit een aantal standaardvragen en een reeks van specifieke vragen indien men tot een bepaalde doelgroep behoort. Alle vragen zijn opgesteld op basis van de InterRAI-instrumenten.

InterRAI is een organisatie die in de jaren 80 in de Verenigde Staten werd opgericht. Onderzoekers begonnen met het ontwikkelen van algemene beoordelingsinstrumenten om de kwaliteit van zorg in de woonzorgcentra te verbeteren. Al snel werd dit uitgebreid naar instrumenten voor personen met psychische kwetsbaarheid, palliatieve zorgnoden, nood aan revalidatie, ... Ze hebben als doel het verzamelen van gegevens over het functioneren van zorgafhankelijke personen. Deze gegevens kunnen dan gebruikt worden om het zorgplan te verbeteren. Intussen worden deze InterRAI-instrumenten vandaag de dag in zo'n 35-tal landen gebruikt, zowel binnen als buiten Europa. In 2005 startte de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid in België met implementatieprojecten in de ouderenzorg, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, waaronder de InterRAI-studies. Zo deed BelRAI zijn intrede, de Belgische vertaling van de InterRAI-instrumenten, aangepast aan de lokale context.

BelRAI biedt een gemeenschappelijke taal om te communiceren, onafhankelijk van de voorziening of discipline van de zorgverlener. Hierdoor kan BelRAI gebruikt worden in verschillende voorzieningen en diensten, zoals de woonzorgcentra, de huisartspraktijk, voorzieningen voor Geestelijke Gezondheidszorg, enz... Vanuit dit totaalbeeld kunnen de noden en behoeftes van een persoon bepaald worden in kader van de zorgplanning. BelRAI kan in dit opzicht doorheen de gehele gezondheidszorg en het volledige zorgtraject van de persoon gebruikt worden. Tot heden bestaan er onder andere al BelRAI-specifieke vragen voor de

ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg, maar zijn er nog geen gevalideerde vragen voor de revalidatiesector.

Het doel van dit onderzoek is om de meest recente versie van het BelRAI Revalidatie instrument (31/10/2019) te gaan testen bij patiënten in de langetermijn revalidatie. Samen met de zorgverleners van de revalidatiesector wordt opnieuw geëvalueerd of het instrument nuttig is om te gebruiken in deze sector.

Daarom vragen wij u vriendelijk of één van uw zorgverleners een BelRAI Revalidatie vragenlijst over u mag invullen en deze nadien mag terugbezorgen aan de onderzoekers. De zorgverlener zal u tijdens de studie meermaals bevragen om deze zo goed mogelijk in te vullen. Ook zal hij/zij heel wat vragen kunnen invullen op basis van zijn/haar observatie, persoonlijke expertise en expertise van collega's. Uzelf zal hier dus persoonlijk geen hinder van ondervinden, aangezien dit perfect geïntegreerd kan worden in de therapie sessies. De vragenlijst zal ingevuld worden via internet in de vorm van een enquête en is volledig anoniem. De onderzoekers zullen dus op geen enkel moment van de studie weten wie u bent. Er worden dan ook geen vragen gesteld met betrekking tot personalia, zoals naam, adres, rijksregisternummer, enz...

Sommige vragen kan u echter als heel intiem en persoonlijk ervaren. Dit zijn ondermeer vragen met betrekking tot psychische problemen en seksualiteit. Indien u op deze vragen liever geen antwoordt geeft, mag u dit zeker meedelen aan uw zorgverlener.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd door wetenschappelijk medewerker Nils Knockaert (UGent), dit onder supervisie van Prof. Dr. Dominique Van de Velde (UGent), Prof. Dr. Anja Declercq (LUCAS, KU Leuven) en Prof. Dr. Peter Feys (UHasselt).

2. Toestemming en weigering

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

3. Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot een nieuwe en meer efficiënte methode (BelRAI Revalidatie) om de communicatie tussen zorgverleners in verschillende zorginstellingen te verbeteren.

4. Kosten

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal geanonimiseerd worden. Dit betekent dat er geen enkele terugkoppeling meer mogelijk is met uw persoonlijk dossier. De onderzoekers hebben er dus bewust voor gekozen om geen personalia, waaronder naam, adres en rijksregisternummer, op te nemen in de enquête. Ook uw zorgverlener zal op geen enkel moment in het onderzoek uw personalia meedelen aan de onderzoekers. Enkel de geanonimiseerde gegevens, de teruggestuurde formulieren, zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Na het afronden van het project zullen deze gegevens vernietigd worden.

In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker.

Gegevens uit het patiëntendossier worden verwerkt in het kader van de verbeteringsprocessen van de organisatie en de gezondheidszorg in het algemeen.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens.

Contactgegevens: Katya Van Driessche, dpo@uzgent.be

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot de gegevens om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. Verzekering

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, voorziet de opdrachtgever in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers (patiënten)" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een exemplaar van gekregen. Ik heb op een begrijpelijke wijze uitleg gekregen over de aard, de methode en het doel van de studie en over wat men van mij verwacht.

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

- 1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoekers.
- 2) Ik stem ermee in dat één van mijn zorgverleners een formulier via internet in verband met mijn algemeen functioneren invult en mij hierbij meermaals bevraagt
- 3) Ik ben ervan op de hoogte dat de deelname aan deze studie geen bijkomende kosten meebrengt en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*** Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord**

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	X
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	X

Bijlage 7

Informatiebrief voor minderjarige patiënten

Informatiebrief voor minderjarige patiënten

Titel van de studie: EF 06.05 (4): BelRAI Revalidatie: De evaluatie van het BelRAI revalidatie instrument in een representatief staal van de long term revalidatie in Vlaanderen

Beste,

Je wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Vooraleer je beslist of je wilt deelnemen aan deze studie, zal je samen met je ouders of voogd deze informatiebrief doornemen zodat je goed weet waarover dit onderzoek gaat. Zo kan je, wanneer je iets niet begrijpt, vragen stellen aan je mama, papa of voogd. Ook mag je altijd vragen aan je ouders/voogd om de onderzoekers te contacteren indien je nog meer informatie wil. Jouw ouders/voogd moeten ook beslissen of jij mag deelnemen. Alleen als jullie allemaal “ja” zeggen, mag jij jouw steentje bijdragen aan dit onderzoek.

1. Wat is de studie en waarom doen we deze?

In 1987 beslisten onderzoekers in Amerika om vragenlijsten te maken waarmee ze konden inschatten hoe het ging met patiënten in de rusthuizen. Ze wilden onder andere weten hoe goed ze nog konden wandelen, of ze zich nog alleen konden wassen, of ze nog genoeg aten/dronken, of ze nog gelukkig waren, ... Op die manier wisten de dokters en verplegers heel goed hoe het met de patiënten ging en waar ze moesten op letten bij de behandeling en verzorging.

Ook in België zijn we in 2005 begonnen met het opstellen van zo'n vragenlijsten. We noemen deze ook de BelRAI-instrumenten. Deze instrumenten moet je eigenlijk zien als een lang formulier dat ingevuld moet worden door iemand die werkt in een ziekenhuis, centrum of rusthuis en hiervoor gestudeerd heeft, zoals een verpleger of kinesist. Op dit moment zijn er al enkele van die instrumenten die gebruikt worden, onder andere in de woonzorgcentra. Onderzoekers blijven bezig met het ontwikkelen van nieuwe vragenlijsten, bijvoorbeeld voor mensen met psychische of mentale problemen, personen die veel zorg nodig hebben thuis, enz...

Ook wij zijn druk bezig met het maken van een vragenlijst voor mensen die moeten revalideren. Revalideren betekent eigenlijk herstellen. Dit kan voorvallen wanneer iemand bijvoorbeeld een auto-ongeluk meemaakt en voor een deel verlamd is. Dan moet die persoon in een ziekenhuis revalideren en leren om bijvoorbeeld opnieuw te wandelen. Ook jij bent op dit moment aan het revalideren, bijvoorbeeld door problemen met je ogen of oren of met je hersenen. Misschien heb jij ook wel een ongeluk gehad waardoor je sommige dingen minder goed kan.

Hoe kunnen dokters, verplegers, kinesisten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen, enz... nu weten wat jij als patiënt allemaal wel en niet kan? Zij kunnen dit allemaal apart gaan vragen aan jou, maar na een tijdje kunnen wij ons wel voorstellen dat dit voor jou en je ouders/voogd niet leuk is om altijd hetzelfde te moeten vertellen. Het zou toch veel handiger zijn als wij al deze informatie maar één keer moeten vragen

en dit in de computer kunnen zetten zodat alle mensen die voor jou zorgen of therapie aan jou geven dit kunnen bekijken, niet? Zo weet iedereen direct hoe ze jou het beste kunnen helpen.

Wel, goed nieuws. Zoals we al vertelden, zijn wij al enkele jaren bezig met het maken van een vragenlijst voor mensen die revalideren. Deze vragenlijst is al bijna volledig klaar, maar we moeten nu nog gaan testen of deze wel goed werkt. Wij gaan dit doen in heel wat ziekenhuizen in Vlaanderen met patiënten van 15 jaar en ouder. Jij zou dus ook jouw steentje kunnen bijdragen aan dit onderzoek. Hoe meer mensen meedoen aan dit onderzoek, hoe beter. Zo kunnen we de behandeling en het herstel van personen die revalideren zoals jij steeds beter maken.

Hoe zal dat nu in zijn werk gaan? Iemand die jou helpt om jou beter te maken (bijvoorbeeld jouw kinesist, logopedist, psycholoog, dokter, ...), zal een vragenlijst invullen over jou op de computer zoals een soort enquête. Sommige vragen zal hij/zij kunnen invullen door jou te observeren of door dit te vragen aan collega's of zelfs jouw ouders. Soms zal hij/zij ook aan jou enkele vragen moeten stellen, omdat alleen jij hier het juiste antwoord op weet. Dit zal enkel zo zijn als hij/zij het antwoord zelf niet weet. Eigenlijk zal jij er dus niet zoveel last van hebben en kan jij gewoon jouw therapie volgen zoals altijd. De antwoorden die worden ingegeven in de computer zullen wij, de onderzoekers, dan gebruiken om te weten of onze vragenlijst wel goed genoeg is om te gaan gebruiken in de toekomst. Wees gerust: we zullen deze informatie aan niemand tonen. Enkel de onderzoekers en de persoon die de antwoorden voor jou invult, zullen deze informatie zien. De onderzoekers zullen zelfs jouw naam niet weten, dus je blijft volledig anoniem voor ons.

Wij krijgen goedkeuring om deze studie te doen van een Commissie in het Universitair Ziekenhuis Gent (Commissie voor Medische Ethiek). Zij controleren of de studie volgens de regels verloopt en we jou zeker geen schade toebrengen.

Tot slot: Wie zijn wij, "de onderzoekers", nu? Het onderzoek wordt voornamelijk uitgevoerd door Nils Knockaert, die als wetenschappelijk medewerker voor de Universiteit Gent werkt. Hij is dus ook de contactpersoon voor verdere vragen. Nils voert dit onderzoek uit onder strikte begeleiding van drie professoren, namelijk Professor Dominique Van de Velde (Universiteit Gent), Professor Anja Declercq (Universiteit Leuven) en Professor Peter Feys (Universiteit Hasselt) Zij hebben heel veel ervaring in dit soort onderzoeken en zorgen ervoor dat alles prima verloopt.

2. Toestemming en weigering

Als jij liever niet wil deelnemen aan deze studie, is dat geen enkel probleem. Ook tijdens de studie mag je altijd zeggen als je het onderzoek wilt stopzetten. Dit heeft geen invloed op de therapie die je krijgt.

3. Voordelen

Jij krijgt geen extra voordelen door deze studie, maar je helpt wel mee aan het verbeteren van de vragenlijst voor revalidatie. Op die manier zorg je ervoor dat de zorg en therapie voor personen zoals jij verbetert.

4. Kosten

Jouw ouders/voogd hoeven voor deze studie niks te betalen en krijgen hier ook geen geld voor.

5. Vertrouwelijkheid

Volgens de Belgische wet mogen jouw ouders/voogd en jij op elk moment van de studie de informatie, die we over jou verzamelen, bekijken. Wees gerust: we zullen jouw gegevens zorgvuldig bewaren en enkel

gebruiken voor ons onderzoek. Je blijft volledig anoniem. Als we achteraf een samenvatting maken van alle verzamelde vragenlijsten zal niemand dus kunnen zien dat jij één van de deelnemers aan deze studie bent.

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor minderjarige deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een exemplaar van gekregen. Ik heb op een begrijpelijke wijze uitleg gekregen over de studie en over wat men van mij verwacht.

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder dat ik daar een reden moet voor geven. Ook mijn gewone therapie stopt hierdoor niet.

Ik weet dat de studie werd goedgekeurd door een speciale commissie die ervoor zorgt dat de studie voor de deelnemers op een correcte manier verloopt.

Ik ga ermee akkoord dat de ingevulde vragenlijsten 20 jaar worden bewaard, maar deze volledig anoniem zijn. Samen met mijn ouders/voogd mag ik op elk moment van de studie vragen om de informatie over mezelf te bekijken.

Ik heb samen met mijn ouders/voogd deze brief gelezen en hen vragen gesteld indien ik iets niet begreep.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik ga akkoord om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

- 1) Ik ga akkoord om volledig samen te werken met de onderzoekers.
- 2) Ik ga akkoord dat één van mijn zorgverleners een online formulier in verband met mijn revalidatie invult en hiervoor soms vragen aan mij stelt
- 3) Ik heb samen met mijn ouders/voogd deze brief overlopen en heb alles begrepen. Indien niet, heb ik voldoende vragen gesteld aan hen of aan de hoofdonderzoeker

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening ouder/voogd	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*** Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord**

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	X
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	X

Bijlage 8

Samenvatting van de feedback uit de intervisiegesprekken

Tabel 10 Overzicht van alle thema's uit de intervisiegesprekken met een mogelijke oplossing

Thema	Korte duiding	Mogelijke oplossing
a. Tijdinvestering en arbeidsintensiteit	Invullen van een BelRAI REVA en het verzamelen van de gegevens kost veel tijd, zeker als het een complexe case is.	<ul style="list-style-type: none">- In de toekomst zal dit instrument multidisciplinair ingevuld worden, wat de tijdsdruk per persoon zal verlagen- Vertrouwdheid met het instrument zal nog verhogen- Instrument dient nog ingekort en aangepast worden- Zorgverleners zullen hier extra tijd moeten voor krijgen
b. Timing: observatieperiodes	<ol style="list-style-type: none">1. Relevantie en toepassing van de beoordelingsperiode van drie dagen werd in twijfel getrokken. Voor patiënten met een korte ligduur is dit niet haalbaar. Ook voor de ambulante revalidatie ligt dit moeilijk.2. Wel nuttig om snelle verandering te capteren.3. De referentieperiodes van 90 en 180 dagen werken verwarrend.	<ol style="list-style-type: none">1. Het instrument wordt niet ontwikkeld voor patiënten met een acuter beeld en dus een korte ligduur.2. Periode van drie dagen is een vereiste van interRAI en kan dus niet aangepast worden. De zorgverleners moeten hier dus aan wennen en vertrouwd mee raken. Voor de ambulante voorzieningen zal het instrument slechts werkbaar zijn indien er reeds een instrument elders werd ingevuld, zodat zij deze beoordeling slechts moeten aanvullen of aanpassen.3. Periodes van 90 en 180 dagen worden foutief geïnterpreteerd, mede door het feit dat elke beoordeling in dit project een momentopname was, soms midden in het revalidatieproces. Indien de patiënt in de toekomst voor een eerste keer beoordeeld wordt, zal dit gaan om een opnamebeoordeling. De situatie van 90 dagen geleden slaat dan op de premorbide toestand van de patiënt, ruim voor het optreden van het probleem. Als de toestand echter verandert, moet er een "beoordeling wegens een significante toestandsverandering" gebeuren, waarbij er dus, zoals in de items ook vermeld staat, verwezen wordt naar de laatste beoordeling.
c. Toestand van en bevraging bij de patiënt	<ol style="list-style-type: none">1. Veel zorgverleners vulden het instrument in via bevraging aan de patiënt. Voor sommige populaties	<ol style="list-style-type: none">1. Het instrument dient vooral vanuit zorgverlenersperspectief ingevuld te worden. Enkel wanneer dit in het handboek aangegeven wordt, moet de patiënt zelf ook

	<p>was dit niet evident, zoals iemand met een cognitieve en/of talige beperking. Ook de vragen in verband met zelfgemelde status worden dan niet ingevuld, waardoor er informatie verloren gaat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sommige items worden in sommige populaties niet bevraagd en dit zou kunnen zorgen voor een breuk in de therapeut-patiëntrelatie. 3. Algemene aanpak van afname is nog niet altijd duidelijk, alsook de lijn tussen patiënt- en zorgverlenersperspectief. 4. De vragen met betrekking tot zelfgemelde toestand zitten te verspreid in het instrument. Deze zouden meer gebundeld moeten worden. 	<p>betrokken worden. Uiteraard is het zeker mogelijk om bepaalde items met de patiënt te bespreken, indien deze cognitief sterk genoeg is.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dit heeft betrekking op eventuele varianten van het instrument op basis van doelgroepbepaling en het multidisciplinaire aspect van een BelRAI-beoordeling. Uit zowel de kwalitatieve als kwantitatieve data blijkt dat sommige items niet relevant zijn voor bepaalde populaties. Deze zullen dan ook facultatief worden. De breuk in de therapeut-patiëntrelatie kan voorkomen worden door iets delictere items te laten beoordelen door de zorgverlener die de sterkste band heeft met de patiënt en aanvoelt dat hij/zij/die dit bespreekbaar kan maken. 3. De onzekerheid die er heerst over wat de meest efficiënte manier is om de items te beoordelen, is grotendeels te wijten aan het feit dat velen nog niet vertrouwd zijn met het BelRAI-instrumentarium. Het instrument leren kennen en gebruiken vraagt tijd en dat leerproces zal nog meer in gang gezet worden bij de implementatiefase van dit instrument. In de toekomst zal de opleiding ook veel uitgebreider zijn. 4. Dit is niet haalbaar. Deze vragen hebben namelijk betrekking op verschillende deelaspecten van het functioneren van de patiënt. Op die manier zou het instrument zijn structuur van de verschillende secties deels verliezen. We stelden wel voor aanvang van de dataverzameling, tijdens de opleiding, een lijst ter beschikking van alle items die men rechtstreeks aan de patiënt moet bevragen. In de toekomst zal men de items gericht kunnen invullen en dienen de zorgverleners zich niet aan een bepaalde volgorde te houden. Tijdens de uiteindelijke programmering van dit instrument in het BelRAI-platform dient de zichtbaarheid van deze vragen verhoogd te worden. De mogelijkheden dienen bekeken te worden met de programmeurs, maar het in de verf zetten van deze vragen door middel van een bepaalde kleur of andere trigger zou de bevraging kunnen faciliteren. Ook is het eventueel een optie om ze per sectie aan het begin te zetten.
<p>d. Doelgroep en selectie van patiënten</p>	<p>Sommige patiënten, zelfs binnen eenzelfde voorziening, zullen uit de boot vallen door de exclusiecriteria (borderline geriatrisch, anderstaligen,</p>	<p>Dit zal in toekomstprojecten moeten bekeken worden. Misschien dat de nieuwe versie van het instrument een oplossing zal bieden, aangezien de basisset van vragen voor elke doelgroep kan ingevuld worden.</p>

	<p>permanent vegetatieve status of laag responsief, complexe sociale situatie).</p>	
<p>e. Multidisciplinair invullen van BelRAI REVA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alleen invullen van het instrument is niet werkbaar. Multidisciplinair beoordelen zal de tijdsdruk verlagen, efficiëntie verhogen en kwaliteit van het assessment verhogen. 2. Dit kan ook een struikelblok zijn: meer discussiemomenten, elke zorgverlener opleiden kost tijd. 3. Het instrument kan hervormd worden naar verschillende tabbladen per discipline, maar sommigen vinden dit ook “hokjesdenken”. Input van alle stakeholders vragen hieromtrent. 4. Er dient een BelRAI-verantwoordelijke aangesteld te worden per patiënt afhankelijk van hoofdproblematiek, ook om kwaliteit van assessment te bewaren. 5. Er is ook samenwerking nodig tussen andere diensten die de patiënten ondersteunen. 6. Maatschappelijk werkers zullen in vele gevallen als verantwoordelijke worden aangesteld. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het multidisciplinair invullen van het instrument blijft een implementatievoorwaarde. Idealiter gebeurt dit tijdens overleg, zodat iedereen het volledige beeld meekrijgt. Uiteraard zal dit niet steeds mogelijk zijn. 2. Meer discussie hoeft niet per se negatief zijn. Dit kan alleen maar bijdragen aan het creëren van een totaalbeeld van de patiënt en zal een investering zijn bij het bepalen van de behandeling. Het opleiden van alle zorgverleners zal inderdaad tijd vragen, maar zal stelselmatig gebeuren tijdens de implementatiefase. 3. Dit is geen haalbare kaart. Er is veel overlap tussen disciplines en dit werkt het “hokjesdenken” inderdaad in de hand. Daarnaast is er weer geen duidelijke opdeling meer per functiedomein. Het voorstel om via focusgroepen de zorgverleners zelf te laten aangeven welke items zij vanuit hun expertise het best kunnen scoren, is een goede piste. Op die manier kunnen adviezen geformuleerd worden hieromtrent, zonder hierbij restricties op te leggen. De voorzieningen dienen uiteraard zelf te bepalen hoe ze dit instrument intern zullen implementeren. In de toekomst zullen de zorgverleners ook gericht een assessment kunnen invullen door middel van aangepaste software hiervoor. 4. Deze suggestie van de zorgverleners kan zeker een toegevoegde waarde zijn in het beoordelingsproces. De hoofd- of eindverantwoordelijke bewaakt het assessment en hakt knopen door indien men moeilijk tot een consensus komt. 5. Een nauwe samenwerking met bijvoorbeeld thuiszorg en therapeuten aan huis, zal inderdaad noodzakelijk zijn. Dit topic heeft meer betrekking op wie er toegang zal hebben tot het BelRAI-assessment en de link met het EPD (zie verder). Ook zorgverstrekkers die de patiënt in een andere voorziening of thuis opvolgen, zullen de mogelijkheid moeten hebben om deze gegevens te raadplegen en te wijzigen (nulde- en eerstelijnszorg). Dit zal een belangrijke implementatievoorwaarde zijn voor dit instrument (zie verder). 6. Het is niet de bedoeling dat er slechts één persoon aangesteld wordt om het volledige dossier in te vullen, zoals bijvoorbeeld een maatschappelijk werker. Zij staan op sociaal vlak wel dichtbij de patiënt, maar hebben vaak minder details over

		hoe de revalidatie van een patiënt er concreet uit ziet. Dit zal ten eerste afgeraden worden bij de implementatievoorwaarden van het instrument.
f. Lengte van het instrument	Het instrument is al een stuk korter. Opnieuw tweestrijd tussen schrappen en toevoegen van bepaalde items, naargelang casus.	Het al dan niet invullen van items op basis van bepaalde eigenschappen van de patiënt, zoals pathologie, setting en leeftijd, is een moeilijke taak, aangezien er heel wat uitzonderingen zijn. De nieuwe versie van het instrument op basis van de ICF Core Set kan hier een oplossing bieden (zie thema "Varianten van het instrument op basis van doelgroepbepaling").
g. Specifieke feedback m.b.t. bepaalde items	Sommige items zijn te gedetailleerd, anderen dan weer ongenueanceerd. Ook inhoudelijke opmerkingen met betrekking tot bepaalde items, secties en elaboratiemodules.	Deze feedback werd in bijlage 10, tabellen 12 en 13 per item opgelijst. De meest voorkomende feedback op inhoudelijk vlak, die ook vaak algemeen bleef, werd samengevat in aparte thema's.
h. Instrument schiet tekort voor sommige doelgroepen	De vragenlijst is onvoldoende aangepast voor de ambulante sector, de visus- en gehoorrevalidanten en de doelgroep van 15-18 jaar.	Op basis van de kwalitatieve en kwantitatieve data uit deze studie adviseren we dat de nieuwe versie van het BelRAI REVA instrument niet geschikt is voor jongeren onder 18 jaar en patiënten uit de gehoor- en visusrevalidatie. Voor de ambulante sector zal het noodzakelijk zijn dat zij kunnen werken met een instrument dat in een andere voorziening reeds werd ingevuld, waardoor zij enkel aanpassingen moeten doen waar nodig. Een goede samenwerking met thuiszorg en andere instanties, zoals een huisarts, zal hierbij noodzakelijk zijn.
i. Items m.b.t. ADL en IADL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verschillende graden van afhankelijkheid zijn hinderpaal: opdelen in subtaken is te arbitrair. Meer handvaten nodig. 2. Onderscheid tussen uitvoering en mogelijkheden: klinische inschatting is niet eenvoudig + een verschil met ICF 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Duidelijkere communicatie omtrent het opdelen in subtaken is een absolute must in de officiële opleiding van BelRAI REVA. Er kunnen richtlijnen geformuleerd worden over hoe deze subtaken kunnen opgedeeld worden, zodat iedereen op dezelfde golflengte zit. Aangezien de opleiding in de toekomst uitgebreider zal zijn, zal hiervoor ook ruimte zijn. 2. Deze klinische inschatting en het kleine verschil met ICF, is in het begin zeker geen makkelijke oefening. Het onder de knie krijgen van deze manier van beoordelen zal tijd vragen en is een kwestie van opbouwen van vertrouwen met het instrument.

<p>j. Contextualisering</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sommige antwoordopties zijn te dichotoom, zwart-wit. Er is geen ruimte om extra nuances te leggen. Het toevoegen van opmerkingvakken bij enkele items of conclusievakken aan het einde van elke sectie zou een grote toegevoegde waarde zijn. 2. Te weinig informatie over premorbide toestand, wat belangrijk kan zijn bij het opstellen van doelstellingen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. We begrijpen de nood aan het kunnen duiden van bepaalde scores. Het toevoegen van een conclusievak aan het einde van elke sectie zou een oplossing kunnen zijn. Wel is het zo dat deze informatie enkel intern zal kunnen gedeeld worden en niet mee zal gaan over voorzieningen heen, omwille van GDPR-wetgeving. Het kan dus zeker wel een toegevoegde waarde zijn om de communicatie binnen de voorziening zelf te bevorderen. Daarnaast kan het echter ook een vergiftigd geschenk zijn. Sommige zorgverleners zullen misschien de neiging hebben om hier te veel informatie neer te schrijven, wat het invullen en doornemen van een BelRAI REVA opnieuw tijdsintensiever kan maken. 2. Bij een eerste beoordeling grijpt het instrument hier en daar terug op de premorbide toestand van de patiënt. Dit is niet heel uitgebreid, aangezien het de bedoeling is om met een BelRAI REVA voornamelijk het huidige functioneren in kaart te brengen. Indien zorgverleners van mening zijn dat de premorbide toestand belangrijk is voor het opmaken van de doelstellingen, kunnen ze dit expliciet bij de patiënt of zijn/haar/hun omgeving bevragen. Ook de zelfgeformuleerde doelstellingen kunnen hierbij een rol spelen. De premorbide toestand kan eventueel kort op het einde van elke sectie in het voorgestelde conclusievak neergeschreven worden.
<p>k. Frequent terugkerende feedback m.b.t. specifieke secties of items</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboratiemodule L: invulling van rollen moeilijk te bepalen in bepaalde contexten + moeilijke antwoordopties (volgens ADL en IADL) 2. Items m.b.t. kinesitherapie zijn schaars. De aanwezige items zijn niet grondig genoeg. Toevoegen van specifiekere items m.b.t. tot sensorimotorische functies is wenselijk 3. Secties R en S over opleiding en arbeid: onvolledig voor sommige doelgroepen, overbodig voor anderen 	<p>Voor bedenkingen en oplossingen hiervoor, verwijzen we naar het overzicht van de feedback m.b.t. specifieke secties en items in bijlage 10.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Vragen over sociale activiteiten: veel overlap, soms onduidelijk gedefinieerd en vaak niet van toepassing voor residentiële patiënten 5. Items over seksualiteit en financiële toestand: delicate vragen, vaak niet relevant 6. Ontbreken van item over hemianopsie 	
l. Hulpmiddelen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Link met Vlibank is nog onduidelijk 2. Gevaar voor onderquoting indien hulpmiddel niet als verzwarende factor mag beschouwd worden 3. Geen informatie over hoe het hulpmiddel gebruikt wordt en hoe die precies bijdraagt aan een bepaalde activiteit. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deze link komt er, maar is voorlopig nog niet vastgelegd. Bevoegde instanties moeten in een vervolgproject meer duidelijkheid scheppen rond deze connectie. 2. Hier komt nog heel sterk het stoornisgeoriënteerde gedachtegoed naar boven. Hoe de persoon, afhankelijk van zijn stoornis, een activiteit uitvoert en met welke hulpmiddelen, mag geen invloed hebben op het scoren van de graad van zelfstandigheid van de patiënt. Indien de patiënt de activiteit zelfstandig kan uitvoeren en hierdoor kan participeren in de maatschappij, heeft de bijbehorende beperking of stoornis geen toegevoegde waarde aan deze score. Heel veel zorgverleners zien dit ook vooral in het licht van een mogelijke financiering die aan dit instrument kan gekoppeld worden. 3. Het gebruik van een hulpmiddel en hoe de patiënt deze gebruikt moet ergens vermeld kunnen worden, aangezien dit nuttige informatie is voor het bepalen van het revalidatiepotentieel en het opstellen van de revalidatiedoelstellingen. Ook is het belangrijk om te weten of het hulpmiddel tijdelijk of noodzakelijk is voor de patiënt. Dit kan in het conclusievak vermeld worden.
m. Inhoud en gebruik van handboek	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soms ontbreken er nog definities en dient sommige informatie geüpdatet te worden 2. Bij frequent gebruik is het minder handig, aangezien het nu los van het instrument staat. Integreren van 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aan de hand van de kwalitatieve en kwantitatieve data zullen we het handboek nog reviseren. 2. Een automatische link met het handboek, aan de hand van pop-ups van bepaalde definities of directe links naar moeilijke secties in het handboek, zal de efficiëntie van een BelRAI-beoordeling verhogen. Het toevoegen van deze feature zal

	het handboek in het instrument is een oplossing	besproken worden met de personen die BelRAI REVA in de software zullen programmeren.
<p>n. Varianten van het instrument op basis van doelgroepbepaling</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eventueel schiftingsvragen toevoegen aan begin van de beoordeling. Schiften op basis van doelgroep en setting. 2. Schiften op basis van leeftijd is moeilijk, maar voor de twee uiterste leeftijdsgroepen (15-18 jaar en gepensioneerden) kunnen wel een aantal selecties gemaakt worden, bv. m.b.t. opleiding en arbeid. 3. Elke sectie aanvragen met de vraag of er indicatie is om deze sectie in te vullen. 4. Elke sectie starten met een aantal basisvragen over het domein van functioneren. Zo is er voor elke patiënt, ongeacht pathologie, dezelfde basisinformatie voorhanden. 5. Items onderling nog meer linken, door bepaalde scores automatisch te laten verschijnen op basis van eerder gegeven scores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dit is geen optimale oplossing om het assessment in te korten omdat je hierdoor elke patiënt in een bepaalde groep over dezelfde kam scheert. Op die manier bestaat het risico dat bepaalde informatie voor sommige patiënten verloren gaat. 2. Dit klopt. Men moet in de toekomst een volledig aangepast revalidatie-instrument voor kinderen en jongeren ontwikkelen. De nieuwe versie van het BelRAI REVA zal dus enkel geschikt zijn voor personen vanaf 18 jaar. 3. Dit is niet ideaal, want op die manier is er niets van basisinformatie over het functioneren van de patiënt in dat domein. Dit kan in de toekomst nog nuttig zijn en draagt bij tot het verzamelen van longitudinale informatie over het globale beeld van de patiënt. Weten dat iets niet gestoord is, is ook nuttige informatie. 4. Dit is de meest ideale piste. Op die manier is de basisinformatie voor elke patiënt dezelfde. Deze informatie kan dan per sectie uitgebreid worden met items die op dit moment al voorhanden zijn in het instrument. De keuze om deze extra items al dan niet in te vullen, ligt dan volledig bij de zorgverlener, die zich hiervoor baseert op zijn/haar/hun klinische expertise. De selectie van deze items zal gebeuren op basis van de ICF Core Set Rehabilitation. De basisvragen kunnen nog uitgebreid worden op basis van de pathologie van de patiënt. Per pathologie is er in het ICF ook een hoofdstuk met een core set van items. Het hervormen van deze basisset van items kan ook nuttig zijn voor het bepalen nieuwe CAP's en schalen en een aanzet geven voor een eerste inter-rater reliability van de BelRAI REVA. Het bepalen van deze set van items per pathologie maakt geen deel uit van dit project en moet in vervolprojecten opgenomen worden. 5. Het linken van bepaalde scores in het instrument, waardoor deze automatisch ingevuld worden, is minder evident, aangezien dan opnieuw het risico bestaat dat er gegevens verloren gaan. Aangezien het merendeel van de items facultatief zullen zijn, zal dit ook minder noodzakelijk zijn. In een implementatiefase kan men deze piste herbekijken.

o. Beschikbare output van BelRAI REVA	De CAP's en schalen kunnen een grote meerwaarde zijn, maar dienen revalidatiespecifiek te zijn.	De uitbreiding van de CAP's en schalen is één van de doelstellingen van dit project. Aan de hand van de kwalitatieve en kwantitatieve data willen we suggesties geven voor de ontwikkeling van revalidatiespecifieke output. Het idee om het basisinstrument te hervormen op basis van ICF Core Set Rehabilitation kan hierbij helpen. Deze items kunnen namelijk gebruikt worden om nieuwe output op te baseren, eventueel uitgebreid met een aantal facultatieve items. Ook is het bedoeling dat er een ICF-schema gegenereerd wordt met aandachtspunten over het functioneren van de patiënt.
p. Link met ICF	<ol style="list-style-type: none"> 1. De link tussen BelRAI-items en ICF-codes is duidelijk, maar er is nog geen conversie tussen de scores. 2. Mismatch tussen "uitvoering/mogelijkheden" in interRAI vs. "performance/capacity" in ICF 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De conversie van de scores werd op het einde van dit project gerealiseerd. 2. Het verschil tussen interRAI en BelRAI is niet zo groot. De ICF laat toe om de uitvoering met hulpmiddelen te scoren, wat ook bij interRAI het geval is. Een verschil bevindt zich wel in de scoring van het vermogen van de revalidant. De ICF stelt dat een gestandaardiseerde omgeving nodig is, terwijl men bij interRAI de effectieve omgeving gebruikt waar de persoon de laatste drie dagen heeft doorgebracht. Dit verschil moet zowel in het handboek als in de opleidingen duidelijk naar voren komen.
q. Voordelen en beperkingen van Qualtrics	Qualtrics is een enorme verbetering, maar in de praktijk zal een andere software moeten gebruikt worden.	We erkennen dat dit systeem voor vervolprojecten niet meer bruikbaar is. Idealiter wordt in vervolonderzoek reeds de software gebruikt die in de praktijk ook zal geïmplementeerd worden. Voor Vlaanderen zal dit de Vlaamse BelRAI-applicatie zijn en op federaal niveau de BelRAI 2.0-webapplicatie.
r. Informed consent voor de patiënt	Informed consent was een struikelblok en moet aangepast worden aan de doelgroep.	Een informed consent is altijd noodzakelijk in wetenschappelijk onderzoek waarbij persoonsgegevens verzameld en gebruikt worden. De dichte omgeving mocht dit formulier ook ondertekenen indien de patiënt hier niet toe in staat was. We zullen in vervolonderzoeken een vereenvoudigde versie van het informed consent opstellen. Indien men echter al de officiële applicaties zal kunnen gebruiken, is er wellicht geen informed consent meer nodig.
s. Motivatie van zorgverleners	Er zal enkel motivatie zijn als de zorgverleners de meerwaarde van dit	We vermoeden dat de motivatie van de zorgverleners zal verhogen na dit project, aangezien heel wat zaken conform de feedback van de deelnemers zullen aangepast worden om het instrument zo bruikbaar mogelijk te maken.

	instrument inzien, wat nu nog niet volledig het geval is.	
t. Tweestrijd in finaliteit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het doel van het instrument is nog niet duidelijk: revalidatieplanning vs. financiering. 2. Dit instrument dient niet voor het opstellen van een “zorgplanning” of het inschatten van “zorgzwaarte”. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. We beseffen dat de finaliteit van het instrument nog meer op punt moet staan om op basis hiervan het instrument verder vorm te geven. De hoofddoelstelling is dan ook nog steeds het ontwikkelen van een instrument dat bruikbaar is voor de zorgverleners om een revalidatieplanning op te stellen. In tweede instantie kan hier dan financiering aan gekoppeld worden, maar dit wordt niet in acht genomen bij het vastleggen van een definitieve versie van het instrument. 2. We erkennen het verkeerd gebruik van de term “zorgplanning” tijdens het opleiden en ondersteunen van de zorgverleners. Dit instrument beoogt namelijk geen zorgzwaarte te meten, maar op basis van de revalidatienoden en het revalidatiepotentieel van de patiënt een algemene output te voorzien op basis waarvan de zorgverlener zijn revalidatiedoelstellingen kan opstellen. In toekomstige projecten zal men dus steeds spreken over “revalidatieplanning”, “revalidatiezwaarte” of “revalidatiebehoefte”.
u. Opstellen van een revalidatieplanning op basis van de output: hoe?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het is niet helder hoe zo’n revalidatieplanning zal opgesteld worden op basis van de specifiekere output. 2. Sommige voorzieningen vrezen dat er een methode zal opgelegd worden. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. We dachten ook reeds na over hoe de output zichtbaar moet zijn voor de zorgverleners. Naast de standaardcores van de CAP’s en zorgschalen, zal er ook een ICF-schema te zien zijn met daarin de scores per item en de overeenkomstige qualifiers van de ICF. Boven dit schema zullen de doelen van de patiënt zelf vermeld staan. Op die manier kunnen de zorgverleners prioriteit geven aan deze doestellingen, maar ook op zoek gaan naar andere tekorten die als aandachtspunten in het ICF-schema zichtbaar zullen worden. Hierin zal ook plaats zijn voor de weergave van persoonlijke en externe factoren. 2. Er zal in geen geval een methode opgelegd worden aan de voorzieningen. De output zal standaard aanwezig zijn en de voorziening beslist zelf wat ze hiermee doen, zonder dat ze hun gebruikelijke manier van werken moeten veranderen.
v. Extra steunmaatregelen nodig	Extra financiële steunmaatregelen nodig voor het tijdsintensieve aspect van BelRAI (zorgverleners opleiden, extra tijd	Extra steunmaatregelen voor het opleiden van alle zorgverleners en het tijdsintensieve aspect van BelRAI REVA zullen zeker nodig zijn, maar het is nog koffiedik kijken hoe deze

	om BelRAI-beoordelingen te doen, administratieve overlast).	steun er zal uitzien. Dit zijn aspecten die men in vervolgonderzoeken nog grondiger moet exploreren.
w. Link met het EPD	Optimale wisselwerking tussen EPD en BelRAI is een absolute must. Welke software zal er gebruikt worden en hoe zal dat compatibel zijn met de verschillende softwares in de voorzieningen?	We zijn het eens met het feit dat deze link een absolute voorwaarde is om dit instrument efficiënt te kunnen gebruiken. We kunnen echter nog geen antwoorden bieden op de vragen van de zorgverleners hoe dit exact zal gebeuren. Hiervoor wordt er op input van de overheid gewacht.
x. Positieve gevolgen van een gecentraliseerd systeem en gemeenschappelijke taal	Indien alles op punt staat, zal dit zorgen voor een betere continuïteit van de opvolging van patiënten binnen en buiten de voorziening, waarbij iedereen dezelfde taal spreekt en er geen gegevens verloren gaan.	Geen. Positief punt vanuit de deelnemers.
y. BelRAI kan een verrijking zijn	Velen zien het als een opportuniteit om BelRAI met hun huidige manier van rapportering en assessment te vergelijken om zo extra elementen toe te voegen aan hun huidige verslaggeving.	Geen. We kunnen deze opportuniteit alleen maar beamen.
z. Terugkoppeling is gewenst	De zorgverleners zijn benieuwd naar de resultaten van het onderzoek en wensen een terugkoppelingsmoment na afloop van dit project.	We zullen een terugkoppelingsmoment organiseren waarbij we de resultaten van dit onderzoek zullen voorstellen aan alle stakeholders.

Bijlage 9

Samenvatting van de feedback uit de focusgroepen

Tabel 11 Overzicht van de thema's met korte duiding uit de focusgroepen

Kernvraag	Thema's	Korte duiding
a. Randvoorwaarden voor implementatie	<ol style="list-style-type: none">1. Globaal beeld van patiënt2. Lengte van het instrument3. Koppeling met EPD4. Observatieperiode van 3 dagen5. Afstemmen op verschillende doelgroepen6. Multidisciplinair invullen7. Financiële compensatie	<ol style="list-style-type: none">1. BelRAI REVA wordt als ideale tool gezien om een totaalbeeld van de patiënt te schetsen, waarbij iedereen met dezelfde taal over een patiënt communiceert.2. De uitgebreidheid van het instrument is goed, maar kan ook een zwakte zijn, aangezien het heel arbeidsintensief wordt om in te vullen. Het instrument dient nog ingekort te worden en de beoordeling moet gestroomlijnder gebeuren.3. Zoals in de intervisiegesprekken werd aangehaald, is de koppeling met het EPD een absolute vereiste om het instrument bruikbaar te maken. Het vertrouwen hierin is niet groot, aangezien er verschillende softwaresystemen zijn waar de voorzieningen op dit moment gebruik van maken. Iedereen op eenzelfde golflengte krijgen, zal een uitdaging worden.4. Deze periode is een hinderpaal en vooral in de ambulante sector niet bruikbaar.5. Het instrument is op dit moment vooral geschikt voor gehospitaliseerde patiënten. Voor de ambulante sector, visus- en gehoorgestoorden en jongere patiënten onder de 18 jaar is het instrument nog ontoereikend.6. De verschillende disciplines moeten volgens hun expertise bepaalde items invullen. Praktisch zal dit een moeilijke opdracht worden om iedereen op te leiden en op eenzelfde moment het instrument te laten invullen. Daarnaast zijn niet alle items éénduidig aan een bepaalde discipline gelinkt.7. Om het engagement in vervolgprojecten te garanderen, dient er ondersteuning te komen vanuit de overheid in de vorm van financiering. Op die manier kan de ontwikkeling van het instrument in een stroomversnelling raken. In de toekomst, bij implementatie van het instrument, zal er ook extra ondersteuning moeten komen.

	<ul style="list-style-type: none"> 8. Evolutie van patiënt 9. Finaliteit van instrument 	<ul style="list-style-type: none"> 8. In vervolgpogingen moeten de zorgverleners de mogelijkheid hebben om de evolutie van een patiënt te kunnen opvolgen met het instrument. Alleen op die manier kunnen ze inschatten of de beschikbare output op dat moment nuttig en bruikbaar is. 9. De tweeledige finaliteit, financiering en revalidatieplanning, zorgt voor onduidelijkheid en is volgens enkelen ook niet verenigbaar. De overheid moet hieromtrent meer duidelijkheid scheppen.
b. Bruikbare output en revalidatieplanning	<ul style="list-style-type: none"> 1. Multidisciplinair overleg 2. Zichtbaarheid van belangrijkste aandachtspunten 3. Administratieve vereenvoudiging 4. Weinig vertrouwen 	<ul style="list-style-type: none"> 1. BelRAI REVA inzetten als tool voor een MDO zou een grote toegevoegde waarde kunnen zijn. Dit zal de motivatie van zorgverleners en voorzieningen verhogen. 2. In de output zou er een overzicht moeten komen met de belangrijkste aandachtspunten over het functioneren van de patiënt. Er zijn reeds CAP's en schalen, maar deze volstaan niet en zijn zelfs onbruikbaar. Het ICF-schema zou hier een grote meerwaarde kunnen betekenen. 3. De output zou kunnen ingezet worden als verslaggeving om bepaalde aanvragen automatisch te kunnen doen, zoals een VAPH-dossier. Dit zou een grote administratieve last wegnemen. 4. De finaliteit van het instrument is voor velen nog te onduidelijk, waardoor ze geen duidelijk beeld hebben van hoe de output er zou moeten uitzien. Men is ook van mening dat een automatische output, die stoelt op klinisch redeneren, niet mogelijk is.
c. Evaluatie van het project	<ul style="list-style-type: none"> 1. Algemene aanpak 2. Persoonlijkere opvolging 3. Engagement 4. Terugkoppeling 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Deelnemers waren positief over de vlotte bereikbaarheid, open communicatie en luisterbereidheid van het onderzoeksteam. Ook de helpdesk werd als een groot pluspunt ervaren. 2. Sommige deelnemers hadden de dataverzameling al snel afgerond. Zij moesten dus lang wachten op het plaatsvinden van de focusgroepen, waardoor ze de feeling met het project wat verloren waren. In de toekomst zou er eventueel al een eerder moment kunnen gepland worden met deze personen. 3. Het engagement werd in dit onderzoek erg onderschat. Een meer gedetailleerde schets van het engagement dat men aangaat, is wenselijk. 4. Men wenst een terugkoppeling van de resultaten van dit onderzoek en duidelijkheid omtrent de toekomst van het instrument.

<p>d. Return on investment en vlotte in- en uitstroom van informatie</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minieme return on investment 2. Link met andere BelRAI-instrumenten 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het instrument is nog niet definitief, dus men kan nog niet goed inschatten of er in de toekomst een goede return on investment zal zijn. Een betere output is alvast nodig. 2. Een vlotte in- en uitstroom van informatie zal grotendeels afhangen van een optimale informatieoverdracht tussen verschillende BelRAI-instrumenten over voorzieningen heen. Die automatische transfer is een must.
<p>e. Link met ICF</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opportuniteiten en verbeterpunten 2. Vertrouwdheid met ICF 3. ICF in andere BelRAI-instrumenten 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Men vindt het positief dat ICF gebruikt wordt bij de ontwikkeling van BelRAI REVA. De link moet echter nog duidelijker zijn. De ICF Core Set moet nog meer als basis gebruikt worden om het instrument verder vorm te geven. Ook is er nog een scoreconversie nodig tussen beide systemen. 2. Enkele voorzieningen, die niet vertrouwd zijn met ICF, maken zich zorgen over de extra investering om zich in ICF in te werken. 3. Men stelt zich de vraag of ICF in andere BelRAI-instrumenten ook zo prominent aanwezig is. Zo niet, vreest men dat er informatie zal verloren gaan.
<p>f. Draagvlak voor deelname aan betrouwbaarheidsonderzoek</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Haalbaarheid 2. Methodologische zwaktes 3. Toekomstplannen op lange termijn 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deelnemers vinden het project niet echt haalbaar. Men vreest dat er onvoldoende instrumenten zullen ingevuld worden door de korte periode en dat er tijd zal verloren gaan door het opleiden van nieuwe zorgverleners. 2. Deze test zal slechts een indicatie zijn, maar nog geen definitief uitsluitel geven over de betrouwbaarheid. Weinig instrumenten zorgt voor minder sterkte. Daarnaast kan er inmenging zijn van de vertrouwdheid van de zorgverleners met het instrument (nieuw opgeleiden vs. opgeleiden uit dit project). Ten slotte zal het instrument nooit door één zorgverlener ingevuld worden, maar door een volledig team. Dit weerspiegelt de realiteit dus niet. 3. Dit soort onderzoek verhoogt de motivatie van de zorgvoorzieningen niet, aangezien de deelnemers zelf opnieuw niet veel terug zullen krijgen. Men vreest voor een afname in het draagvlak voor het instrument in het algemeen. Men wil meer duidelijkheid over de verdere toekomstplannen van het instrument.

Bijlage 10

Overzicht beslissingen m.b.t. specifieke secties en items van BelRAI REVA op basis van de dataverzameling

Tabel 12 Overzicht van feedback over specifieke secties en items in de geteste versie van het basisinstrument van BelRAI REVA

Item (soms verkorte verwoording)	Feedback
SECTIE A	
A3 – Geslacht (iA2)	Misschien eerder hoe de patiënt zichzelf identificeert?
A6 – Burgerlijke staat (iA4)	<ul style="list-style-type: none"> · Vreemd voor minderjarigen · “Nooit gehuwd”: vreemde verwoording
A9 – Verblijfplaats op het tijdstip van beoordeling (iA11a)	Voor minderjarigen kan je hier niet specifiek in kwijt bij wie ze inwonen (ouders, andere familie,...).
A12 – Beter af in ander woonverblijf (iA12c)	In handboek staat dat je zowel persoon zelf als familielid moet bevragen, maar wat moet dan gescoord worden?
SECTIE B	
B1 – Financiële problemen (iQ4)	<ul style="list-style-type: none"> · Dit wordt in visuele revalidatie niet actief bevraagd · Andere settings stellen zich ook vragen bij relevantie van dit item. De formulering van de vraag impliceert dat er al een probleem is.
B2 – Sociale interactie (iN13)	Dit kan heel breed geïnterpreteerd worden en is daardoor vaag. Gaat dit over hoe communicatie tot stand komt of eerder het sociale aspect?
B3a – Taalvaardigheid Nederlands: begrijpen (soc sup)	<ul style="list-style-type: none"> · Voor mensen met een logopedische problematiek is dit te beperkt · Optie ‘moedertaal’ werkt verwarrend. Neiging om bij een Nederlandstalige patiënt dit aan te duiden, maar als je dan gaat kijken in het handboek, is de interpretatie ervan anders. Eigenlijk zal deze optie toch bijna nooit aangeduid worden?

B3b – Taalvaardigheid Nederlands: spreken (soc sup)	Voor mensen met een logopedische problematiek is dit te beperkt.
B3c – Taalvaardigheid Nederlands: lezen (soc sup)	Voor mensen met een logopedische problematiek is dit te beperkt.
B3d – Taalvaardigheid Nederlands: schrijven (soc sup)	Voor mensen met een logopedische problematiek is dit te beperkt.
B6 – Doelen volgens persoon (bij intake) (n)	De uitleg in handboek is te complex, een patiënt formuleert zijn doelen nooit op die manier.
B7 – Datum waarop persoon in zorgvoorziening werd opgenomen (iB3)	Bij ambulante patiënten datum van eerste aanmelding?
SECTIE C	<ul style="list-style-type: none"> · Te veel geënt op geriatrische populatie, minder op jongere NAH-populatie · Vragen rond geheugen niet specifiek genoeg. Wat met verwevenheid van aandacht, executief probleem en geheugen? Geheugen kan perfect intact zijn, maar door een aandachtsprobleem toch uitvallen · Geen informatie over opslaan van declaratieve informatie
C1 – Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming (iC1)	Vaak hebben neurologische patiënten het probleem dat ze weldegelijk dagdagelijkse beslissingen kunnen nemen maar dat ze hiervoor gestimuleerd dienen te worden. Zonder activatie komt men tot niets. Maar mits activatie zijn de beslissingen veilig. Hoe score je dit dan?
C5 – Verandering in beslisbekwaamheid t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (iC5)	<ul style="list-style-type: none"> · '90 dagen geleden': niet sensitief genoeg. In principe zou je dan ook "nee" moeten antwoorden indien het nu aanwezig is en 90 dagen geleden ook al. Dan zou je geen informatie kwijt kunnen. · Kan er niet eerder gerefereerd worden naar opnamedatum? · Eventueel optie om antwoordmogelijkheid 'het was een probleem, maar het is gestabiliseerd naar...' toe te voegen
C6a – Oriëntatie in tijd (n)	Moeilijk om nuances in kwijt te kunnen. Persoon kan bijvoorbeeld wel weten dat er om 10u therapie is op die dag, maar toch telkens op een verkeerd uur er staan omdat ze dat niet goed kan inschatten door een onderliggen executief probleem.

Overzicht beslissingen m.b.t. specifieke secties en items van BelRAI REVA op basis van de dataverzameling

<p>C7 – Verwerkingssnelheid t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (n)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · '90 dagen geleden': niet sensitief genoeg. In principe zou je dan ook "nee" moeten antwoorden indien het nu aanwezig is en 90 dagen geleden ook al. Dan zou je geen informatie kwijt kunnen. · Kan er niet eerder gerefereerd worden naar opnamedatum? · Wat is relevantie van vooruitgang of achteruitgang? Dit zou je eigenlijk indirect uit andere items moeten kunnen halen zonder dit specifiek te moeten invullen. · Eventueel optie om antwoordmogelijkheid "het was een probleem, maar het is gestabiliseerd naar..." toe te voegen
<p>C8 – Aandachtstoornis aanwezig t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (n)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · '90 dagen geleden': niet sensitief genoeg. In principe zou je dan ook "nee" moeten antwoorden indien het nu aanwezig is en 90 dagen geleden ook al. Dan zou je geen informatie kwijt kunnen. · Kan er niet eerder gerefereerd worden naar opnamedatum?
<p>C9 – Waarnemingsstoornis (agnosie) t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (n)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · '90 dagen geleden': niet sensitief genoeg. In principe zou je dan ook "nee" moeten antwoorden indien het nu aanwezig is en 90 dagen geleden ook al. Dan zou je geen informatie kwijt kunnen. · Kan er niet eerder gerefereerd worden naar opnamedatum?
<p>C10 – Handelingsstoornis t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (apraxie) (n)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · '90 dagen geleden': niet sensitief genoeg. In principe zou je dan ook "nee" moeten antwoorden indien het nu aanwezig is en 90 dagen geleden ook al. Dan zou je geen informatie kwijt kunnen. · Kan er niet eerder gerefereerd worden naar opnamedatum?
<p>C11 – Organisatie en planning t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (n)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · '90 dagen geleden': niet sensitief genoeg. In principe zou je dan ook "nee" moeten antwoorden indien het nu aanwezig is en 90 dagen geleden ook al. Dan zou je geen informatie kwijt kunnen. · Kan er niet eerder gerefereerd worden naar opnamedatum?
<p>SECTIE D</p>	<p>Al rekening houden met omgeving bestaande uit stilte of achtergrondlawaai, afstand tot de spreker, mondbeeld zichtbaar al dan niet, ...</p>

D1 – Uiting: zichzelf duidelijk maken (iD1)	<ul style="list-style-type: none"> · Hoe score je een patiënt die wel kan spreken maar waarbij het lastig is om duidelijk te spreken. Het probleem ligt niet bij woordvinding of gedachten afmaken maar bij stemkracht, verlamming stembanden, foutieve adempauzes, ... Dit wordt niet vermeld in het handboek. · Voor mensen met een logopedische problematiek is dit te beperkt
D2 – Begrip: anderen kunnen begrijpen (iD2)	<ul style="list-style-type: none"> · Hier wordt geen rekening gehouden met de context. Stil, luid, druk, ... · Voor mensen met een logopedische problematiek is dit te beperkt
D4 – Hoorvermogen (met hoorhulpmiddel indien gebruikt) (iD3a)	Indien hier ‘minimale moeite’ wordt aangeduid, verschijnt de elaboratiemodule al. Die vragen zijn niet relevant, zeker als het gewoon om ouderdomsdoofheid gaat.
SECTIE E	<ul style="list-style-type: none"> · Moeilijk te scoren voor iemand met ernstige cognitieve of talige problemen · Te veel over stemming, te weinig over gedrag. Indien er een grensprobleem is, zou je eventueel “nee” kunnen aanduiden bij een gedragsprobleem, maar dan kan je niks specificeren omdat de elaboratiemodule niet opengaat · Voor gehoorgestoorden: deze sectie is te weinig gelinkt met het gehoorprobleem
E1d – Herhaaldelijk klagen over de gezondheid (iE1d)	Mensen praten in een zorgsetting sowieso over hun gezondheid.
E1f – Droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen (iE1f)	Je moet hier kunnen specificeren vanwaar de pijn/bezorgdheid komt.
E1j – Verminderde sociale omgang (iE1j)	Persoon wil wel naar buiten, sociale activiteiten uitvoeren, maar mag niet doordat hij de voorziening niet kan verlaten.
E1m – Hygiëne (iE1gg)	Niet direct duidelijk wat hier bedoeld wordt.
E2b – Zelfgemelde stemming: angstig, rusteloos of ongemakkelijk? (iE2b)	Niet concreet genoeg. Dit zijn drie verschillende zaken. De angst is al bevraagd, wat is het verschil hiermee?
E4 – Is er een indicatie voor een beperkt functioneren van het ziekte-inzicht? (n)	De vraagstelling is complex.
E6 – Zelfgemelde spiritualiteit of religie (n)	Veel deelnemers vinden dit irrelevant, zeker bij gehoorgestoorden.

<p>SECTIE F</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Moeilijk te scoren voor iemand met ernstige cognitieve of talige problemen · Vragen over sociale activiteiten en interactie is in een residentiële setting soms moeilijk in te schatten, omdat dit sterk afhankelijk is van context en soms minder van de toestand van de patiënt · Sommigen vinden dat er in alle vragen over sociale toestand, ook over secties heen, overlap zit · Voor gehoorgestoorden: deze sectie is te weinig gelinkt met het gehoorprobleem
<p>F1a – Deelname aan sociale activiteiten die de persoon al lang interesseren (iF1a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Voor patiënten op Sp-afdeling is dit niet van toepassing. Geeft een vertekend beeld als dit ingevuld wordt · De reden ervoor kan omwille van de gezondheidsproblemen zijn en niet omdat de patiënt dit niet wilt
<p>F3 – Tijd overdag alleen ('s morgens en 's namiddags) (iF3)</p>	<p>Voor patiënten op een Sp-afdeling geeft dit een vertekend beeld. De patiënt is quasi nooit alleen hier.</p>
<p>F4a – Voelt zich comfortabel in omgang met anderen (iF5a)</p>	<p>Vraagstelling in combinatie met antwoordmogelijkheden werkt verwarrend. “Voelt zich comfortabel...” en “niet aanwezig”. Voelt hij/zij/die zich dan comfortabel of niet?</p>
<p>F4b – Voelt zich comfortabel bij geplande of gestructureerde activiteiten (iF5b)</p>	<p>Vraagstelling in combinatie met antwoordmogelijkheden werkt verwarrend. “Voelt zich comfortabel...” en “niet aanwezig”. Voelt hij/zij/die zich dan comfortabel of niet?</p>
<p>F4c – Neemt uitnodigingen aan voor de meeste groepsactiviteiten (iF5c)</p>	<p>Sommige voorzieningen doen dit niet, waardoor je dan “niet aanwezig” aanduidt, maar dan lijkt het of de patiënt nooit uitnodigingen aanneemt.</p>
<p>F5 – Stressvolle levensgebeurtenissen: financiën (iY1ag)</p>	<p>Waarom wordt hier enkel financiën in acht genomen? Waarom geen andere stressvolle gebeurtenissen? Vreemde keuze.</p>
<p>F7 – Doelen in de toekomst (n)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · “Ja” zegt hier niet of deze doelen realistisch zijn. · Te zwart-wit. Wat indien persoon nog in dat bepalingsproces zit? Meer antwoordopties nodig
<p>F8 – Rollen (n)</p>	<p>Zal bij gehospitaliseerde patiënten altijd ‘ja’ zijn</p>

F9 – Verandering in sociale activiteiten in de laatste 90 dagen (of sinds laatste beoordeling) (iF2)	<ul style="list-style-type: none"> · “Verdrietig” is hier heel specifiek. Er kunnen ook andere emoties betrokken zijn bij een verandering. · Relevantie van expliciet invullen dat er achteruitgang is? Dat haal je indirect toch uit de verschillende beoordelingsmomenten en de andere items?
SECTIE G	Vele deelnemers hadden problemen met het feit dat ze niet specifiek de oorzaak van een probleem in functioneren kunnen aangeven of dat ze geen context kunnen aangeven waarin de taak wordt uitgevoerd of met welk hulpmiddel. In het licht van welk hulpmiddel bijvoorbeeld moet het ingevuld worden indien de persoon er meerdere gebruikt met verschillende graden van zelfstandigheid?
G1 – Dominantiewissel (n)	Relevantie vraag? Soms is de voorkeurshand ook de niet-aangedane zijde. Dit kan je hier niet in kwijt, wordt verwarrend. Waarom zou iemand spontaan zijn niet-voorkeurshand gebruiken als daartoe geen reden is?
G2 – Verplichte bedrust (iG13)	Over welke tijdsspanne gaat dit?
G3 – IADL: Uitvoering en mogelijkheden (iG1)	<ul style="list-style-type: none"> · Verschil tussen ‘uitgebreid’ en ‘maximaal’ te arbitrair. De deelstappen zijn te vaag. Iedereen gaat dit anders bepalen. Meer ondersteuning nodig bij het bepalen van die deeltaken zodat dit meer afgelijnd is en iedereen dit ook op eenzelfde manier scoort · De antwoordcategorieën zijn niet voor elk item handig. Soms te veel antwoordopties voor de taak. · Invulling van “mogelijkheden” soms nog onduidelijk. Gaat dit over het “nu” of over de toekomst?
G3a – Maaltijdbereiding (iG1a)	Warme maaltijd krijgt meer overwicht dan koude. Maar je kan hier dus geen nuances in kwijt, dat de patiënt wel bijvoorbeeld volledig zelf het ontbijt bereidt, maar niks van het middag- of avondeten.
G3g – Trappen (iG1f)	Moeilijk om nuances in kwijt te kunnen. Patiënt kan dit bijvoorbeeld met leuning wel, anders niet. Dit is belangrijke informatie om mee te geven bij ontslag bijvoorbeeld of naar andere therapeuten. Kan ook bijvoorbeeld afhankelijk zijn van context, afleiding, ...
G3i – Vervoer (iG1h)	Patiënt die zelf zijn vervoer kan regelen, hoewel hij rolstoelgebonden is, wordt hetzelfde gescoord als iemand die zelf kan rijden. Hier hebben velen het moeilijk mee.

G4 – ADL-functioneren (enkel uitvoeren) (iG2)	<ul style="list-style-type: none"> · Verschil tussen ‘uitgebreid’ en ‘maximaal’ te arbitrair. De deelstappen zijn te vaag. Iedereen gaat dit anders bepalen · De antwoordcategorieën zijn niet voor elk item handig. Soms te veel antwoordopties voor de taak.
G4a – Baden (iG2a)	<ul style="list-style-type: none"> · Bad en douche worden hier samengenomen, terwijl de uitvoering en mogelijkheden van die twee soms ver uit elkaar liggen. Dit kan je hier niet in kwijt. · Indien totaal afhankelijk, zouden een aantal andere zaken m.b.t. hygiëne moeten verdwijnen, want dit zou ook totaal afhankelijk zijn.
G4f – Wandelen (iG2e)	<ul style="list-style-type: none"> · Te vaag. Wat dan buitenshuis? Wat met therapeutisch wandelen? · Dit item meer linken met wandelafstand. 1m van A naar B wandelen zonder hulp, kan niet zelfstandig zijn. · Indien patiënt niet stapt, sommige andere vragen herbekijken of ze moeten verschijnen of niet
G4l – Veranderen van basale lichaamshouding (n)	Omvat heel veel en is hier dus te ruim. Moeilijk in te schatten hoe je dit dan moet beoordelen
G4m – Handhaven van lichaamshouding (n)	Omvat heel veel en is hier dus te ruim. In zit of stand is dit een groot verschil. Moeilijk in te schatten hoe je dit dan moet beoordelen
G5 – Advanced ADL (n)	<ul style="list-style-type: none"> · Best mogelijke optie is hier ‘in de laatste 7 dagen’. Dit is niet specifiek genoeg. · Wijze van beoordeling verandert hier naar “aantal dagen”, is verwarrend. · In handboek staat dat men moet beoordelen op de laatste 3 dagen, maar de antwoordopties bij uitvoering spreekt dit tegen.
G5a – Zorg dragen voor eigen gezondheid (n)	Omvat heel veel volgens handboek. Moeilijk om hier dus één score aan te geven omdat dit heel ruim gedefinieerd wordt. Mist nuance.
G5b – Basale tussenmenselijke interacties (n)	Onduidelijk. Dit kan heel veel omvatten.
G5c – Recreatie en vrije tijd (n)	Is heel breed en voor elke patiënt anders.

G5d – Besturen van door menskracht voortbewogen vervoermiddel (n)	Wat indien dit fysiek mogelijk is, maar niet mogelijk door zuurstofafhankelijkheid?
G5e – Besturen van gemotoriseerde voertuigen (n)	<ul style="list-style-type: none"> · Voor residentieel minder relevant. Meestal al even geleden en wat is het nut dan om dit te weten? · Voor NAH-populatie is deze vraag vaak niet relevant. Moeten wachten tot 6 maanden na letsel. Vraag toevoegen rond CARA/aangepaste mobiliteit?
G6 – ADL-toestand t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling daarna) (iG8a)	<ul style="list-style-type: none"> · '90 dagen geleden': niet sensitief genoeg. In principe zou je dan ook "nee" moeten antwoorden indien het nu aanwezig is en 90 dagen geleden ook al. Dan zou je geen informatie kwijt kunnen. '90 dagen geleden': niet sensitief genoeg. In principe zou je dan ook "nee" moeten antwoorden indien het nu aanwezig is en 90 dagen geleden ook al. Dan zou je geen informatie kwijt kunnen. · Kan er niet eerder gerefereerd worden naar opnamedatum? · Eventueel optie om antwoordmogelijkheid 'het was een probleem, maar het is gestabiliseerd naar...' toe te voegen
G7 – Wandelafstand (iG4)	Bij een rolstoeldossier, gebaseerd op ICF, moet je minimaal 1km kunnen wandelen om als zelfstandig gescoord te worden. BelRAI en ICF op een zelfde lijn zetten, zou het meest bruikbaar zijn.
G8 – In rolstoel afgelegde afstand (iG5)	<ul style="list-style-type: none"> · Vanaf iemand één keer een rolstoel heeft gebruikt, wordt de elaboratiemodule AA getriggerd. Voor veel patiënten zullen deze vragen niet van toepassing zijn. · Indien iemand rolstoelgebonden is, zouden er een aantal vragen moeten verdwijnen
G9 – Rijdt zelf met de wagen (al dan niet in aangepaste wagen) (n)	Er wordt geen tijdsspanne vermeld.
G13 – Werk: FCE (n)	<ul style="list-style-type: none"> · Voor velen niet van toepassing. Relevantie van deze vraag? · Toevoegen van mogelijkheid dat persoon reeds voor revalidatie op invaliditeit stond? Kan duidelijker beeld geven of de problemen m.b.t. tewerkstelling al dan niet premorbide aanwezig waren. · Op basis van deze vraag beslissen of er extra vragen nodig zijn over werk? Op basis hiervan dus elaboratiemodule openen.

Overzicht beslissingen m.b.t. specifieke secties en items van BelRAI REVA op basis van de dataverzameling

G14 – Potentieel voor lichamelijke verbetering (iG7)	Wat met mensen waarbij het al heel goed is? Indien er neen aangeduid wordt, kunnen hier verkeerde dingen uit geconcludeerd worden.
G15 – Werk: uitvoering en mogelijkheden (iG1i)	<ul style="list-style-type: none"> · Vraag weglaten indien persoon niet werkt of gepensioneerd is. · Te breed voor bepaalde casussen. Sommige beroepen hebben heel veel subtaken, waardoor je die nuance er niet in kwijt kan. FCE blijft nodig.
SECTIE J	
J1a – Mobiliteit van gewrichten (n)	Te beperkt volgens kinesitherapeuten: gaat het om passieve of actieve mobiliteit, compensatoire taken, ...?
J1b – Spiersterkte (n)	Te beperkt volgens kinesitherapeuten. Weinig onderscheid tussen bovenste en onderste lidmaat, hemiplegische zijde of niet?
J5d – Onzekere pas (iJ2d)	Wat indien een fysieke beperking van andere aard, zoals steunverbod?
J5e – Overgeven (iJ2n)	Relevantie?
J5f – Koorts (iJ2q)	<ul style="list-style-type: none"> · Relevantie als dit gewoon door een korte malaise is? · Relevant voor ambulant?
J5h – Diarree (iJ2l)	<ul style="list-style-type: none"> · Relevantie als dit gewoon voorvalt door een tijdelijke buikgriep? · Relevant voor ambulant?
J6 – Slaapproblemen (n)	Dichotome vraagstelling geeft onvoldoende informatie
J9 – Is er pijn aanwezig? (n)	Deze trigger is niet genuanceerd genoeg. Gevaar dat je dan vragen krijgt die niet relevant zijn of dat je deze vragen misloopt.
J10 – Terminaal stadium van ziekte (iJ6c)	Waarom de grens van 6 maanden?
J12b – Alcohol (iJ8b)	<ul style="list-style-type: none"> · Bij residentiële patiënten haal je hier niet voldoende informatie uit. Het antwoord zal altijd “geen” zijn. De antwoordopties bij “roken” en “middelengebruik” zijn beter. Gevaar, want je zou mogelijk alcoholmisbruik hier niet kunnen aangeven.

	<ul style="list-style-type: none"> · Niet relevant voor gehoorgestoorden
J12c – Middelengebruik (iJ8c)	<ul style="list-style-type: none"> · Moeilijk om dit bij oudere personen te bevragen. · Niet relevant voor gehoorgestoorden
J13 – Is er info nodig i.v.m. neurolocomotorische/neuromusculaire mogelijkheden en -beperkingen? (n)	Deze trigger is te vaag en omvat veel. Specifieker gaan waardoor ook sommige vragen in elaboratiemodule kunnen weggelaten worden of net extra kunnen toegevoegd worden?
SECTIE K	
K1a – Lengte (iK1ab)	<ul style="list-style-type: none"> · Niet relevant voor gehoorgestoorden · Relevant voor ambulante?
K1b – Gewicht (iK1bb)	<ul style="list-style-type: none"> · Niet relevant voor gehoorgestoorden · Relevant voor ambulante?
K3 – Voedingsproblemen (iK2)	Niet relevant voor gehoorgestoorden
K3a – Gewichtsverlies van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% of meer in de laatste 180 dagen (iK2a)	Geen mogelijkheid om gewichtstoename aan te geven. Kan invloed hebben op revalidatie, bv. transfers, gevoel van welbevinden, ...
SECTIE M	<ul style="list-style-type: none"> · Waarom staan vragen in verleden tijd? · Is het zicht op actueel medicatieschema niet wenselijk? Link met EPD
M2 – Houding van de persoon t.o.v. aangeboren of geadviseerde therapie, anders dan medicatie (n)	Indien persoon medicatie neemt doordat familielid of hulp dit voorziet, kan je dit hierin niet kwijt.
SECTIE N	<ul style="list-style-type: none"> · Moeilijk om dit bij jongeren (15-18 jaar) en oudere personen te bevragen · Niet relevant voor gehoorgestoorden · Sommige deelnemers vinden de stap te groot om deze vragen te stellen
N1 – Seksualiteit (iJ10b)	Problemen van de partner kan je hierin niet kwijt

SECTIE O	
O1d – Heeft een vertegenwoordiger die beslissingen neemt omtrent persoonlijke zorg of financiën (iA18d)	Wat indien procedure lopende is om vertegenwoordiging op te starten maar er nog geen vertegenwoordiger werd aangeduid?
SECTIE P	
P3 – Meerderjarige mantelzorger(s) in gezin (n)	<ul style="list-style-type: none"> · In het handboek staat bij P3 “potentieel” tussen haakjes. Als je hier dus “ja” invult met de gedachte dat die patiënt die optie heeft voor bijvoorbeeld binnen 10 jaar, dan vul je P7 ook in die gedachte in. Maar daardoor krijg je ook allerlei vragen extra die moeilijk in te vullen zijn doordat dit nog niet van toepassing is. Moet je dit dan invullen hoe het nu effectief is zonder rekening te houden met de toekomst? Die “potentiële” dan eventueel weg laten? · Wat indien patiënt vindt dat die er niet is, maar partner van de patiënt zelf vindt dat wel. · Indien hier “nee”, geen verdere vragen meer over mantelzorgers · Voor een minderjarige patiënt zal het antwoord hier vrijwel altijd “ja” zijn.
P4 – Aanwezigheid van en zorg voor huisdieren (n)	Niet relevant voor gehoorgestoorden
P7 – Kenmerken van de twee belangrijkste mantelzorgers – relatie tot de persoon (iP1a)	In het handboek staat bij P3 “potentieel” tussen haakjes. Als je hier dus “ja” invult met de gedachte dat die patiënt die optie heeft voor bijvoorbeeld binnen 10 jaar, dan vul je P7 ook in die gedachte in. Maar daardoor krijg je ook allerlei vragen extra die moeilijk in te vullen zijn doordat dit nog niet van toepassing is. Moet je dit dan invullen hoe het nu effectief is zonder rekening te houden met de toekomst? Die “potentiële” dan eventueel weg laten?
SECTIE Q	
Q2a – Persoon moet 2 of meer trappen doen om zijn vaste verblijfsruimte of belangrijke ruimtes in de woning te bereiken (iR6g)	“Trappen” werkt verwarrend. Dit kan verwijzen naar meerdere treden. Er wordt hier waarschijnlijk “treden” bedoeld, maar dit is niet duidelijk.
Q2b – Toegang tot noodhulp (iQ3a)	Meer specificeren

Q3 – Verblijfplaats is voldoende aangepast aan de zorgnood van de persoon (n)	<ul style="list-style-type: none"> · Geen optie dat dit niet nodig is. · Over welke verblijfplaats gaat dit?
SECTIE R	Voor sommige doelgroepen is dit te beperkt. Voor anderen dan weer irrelevant (gepensioneerden, invaliden).
R2 – Zorgcontinuüm (n)	Meer verklaring nodig. Relevantie?
SECTIE S	<ul style="list-style-type: none"> · Indien niet van toepassing, zouden deze vragen moeten verdwijnen · Voor sommige doelgroepen is dit te beperkt, voor anderen dan weer irrelevant · In andere secties komen ook nog vragen over arbeid terug. Overlap bekijken en groeperen
S2 – Tewerkstelling (uitgezonderd vrijwilligerswerk) (IBB2)	<ul style="list-style-type: none"> · Geen optie “gepensioneerd”. Je kan wel “werkloos” aanduiden, maar dat is niet sensitief genoeg. Je kan hier ook niet kwijt dat iemand op “invaliditeit” staat. · Moeilijk voor doelgroepen die al 20 jaar in opvolging zijn om de lijn “voor de revalidatie” te trekken. Teruggaan premorbide?
S3 – Is er een rendementsverlies op de werkvloer? (n)	Meer duiding nodig bij deze trigger. Is dubbelzinnig. Als de persoon niet aan het werk is, vul je hier “nee” in, maar kan het wel zijn dat de persoon in de toekomst wel terug wil werken. Dan heb je heel info hieromtrent niet meegegeven.
SECTIE U	
U4 – Ontslag naar (IT2)	VAPH-voorziening staat er niet tussen
U9 – Betaalde arbeid na ontslag (n)	De optie “andere functie bij een andere werkgever” ontbreekt hier

Tabel 13 Overzicht van feedback over specifieke secties en items in de geteste versie van het elaboratie-instrument van BelRAI REVA

Item (soms verkorte verwoording)	Feedback
Elaboratiemodule C	Persoon scoorde bij C8 'ja', maar vulde voor alle items in deze elaboratiemodule telkens 'nee' in.
Elaboratiemodule F	Al rekening houden met omgeving bestaande uit stilte of achtergrondlawaai, afstand tot de spreker, mondbeeld zichtbaar al dan niet, ...
F2a-F2p – Gebruikelijke communicatiemethode (iD22)	<ul style="list-style-type: none"> · F2p: Deelnemer gaf aan hierbij ingevuld te hebben: "Zich naar een stillere omgeving begeven om beter te kunnen communiceren, vermijden van rumoerige omstandigheden, vragen om mondmasker af te zetten en meer afstand nemen tot de persoon die spreekt op dat moment". Er ontbreken hier nog heel wat zaken. · F2p: Ook nog FM-systeem vermelden. Staat nu enkel bij hulpmiddelen bij elaboratiemodule gehoor.
Elaboratiemodule G	<ul style="list-style-type: none"> · Antwoordopties zijn soms te zwart-wit. Geen grijze zones. · Ontbreekt: tinnitus, evenwichtsorgaan, ziekte van Menière. · Sommige dingen te beperkt voor gehoor. · Sommige definities niet meer up-to-date met recente literatuur
G1 – Ziektebeelden: gehoor (n)	<p>Er staat: <i>"Er zal een koppeling voorzien worden met het EPD. Informatie over ziektebeelden van het gehoor zal via het EPD ingevuld worden."</i></p> <p>Dit impliceert dat er altijd een NKO-arts de BelRAI zal moeten invullen. Dan zullen alle revalidatiesettings over een EPD moeten beschikken voor hun artsen. Dit is nu nog niet het geval (er zijn daar ook geen subsidies voor zoals in huisartsenpraktijken).</p>
G3 – Aangeboren of verworven gehoorverlies (n)	<p>Arts: Tot op heden is er geen eenduidige definitie van prelinguale doofheid in de wetenschappelijke literatuur. Volgens Goorhuis-Brouwer en Schaerlaekens (2000) eindigt de prelinguale periode bij één jaar. Geers (2006) en Meadow-Orlans, Spencer en Koester (2004) zijn veel minder streng: Prelinguaal dove kinderen zijn voor hun derde verjaardag doof geworden. Andere onderzoekers beslissen dat de waarheid in het midden ligt en zij kiezen daarom voor twee jaar, zoals Quigley en Kretschmer (1982)</p>

	als eersten deden. Arts hanteert volgende grenzen: prelinguaal is 0-12 maanden, perilinguaal 13-36 maanden en postlinguaal vanaf 3 jaar.
G5 – Stabiliteit van het gehoorverlies (n)	Ook fluctuerend gehoorverlies includeren, dit bv. in kader van Ziekte van Menière, middenoorproblematiek)
G8 – Waarnemen – detecteren van geluid met hoorhulpmiddel (n)	<ul style="list-style-type: none"> · De combinatie van de vraagstelling en antwoordmogelijkheden werkt verwarrend: “Kan geluiden waarnemen...” en “Nee, niet beperkt in het dagelijks leven; Ja, beperkt in het dagelijks leven”. · Meer opties nodig hier: ‘ja, neemt geluiden waar maar ondervindt moeilijkheden in het dagelijks leven’ (1), ‘ja, neemt geluiden waar en ondervindt geen moeilijkheden in het dagelijks leven’ (2) en ‘nee, neemt helemaal geen geluiden waar (en is dus doof)’ (3) · G8c: Weer verwarrende antwoordmogelijkheden. Iemand heeft unilateraal CI links en is volledig doof rechts. Lokalisatie is dus niet mogelijk. Ik zou denken dat ik moet antwoorden ‘nee’ want het is niet mogelijk, maar dan staat erbij ‘niet beperkt in het dagelijks leven’. Meneer is wel beperkt in het dagelijks leven en het is bij meneer zeker van toepassing dus ik veronderstel dat ik moet antwoorden ‘ja, beperkt in het dagelijks leven (wat verwarrend is want je antwoordt ‘ja’ meneer kan dit, maar hij is beperkt?)
G9 – Lokalisatie van geluiden (iD17)	Ja/nee/geen bruikbaar gehoorvermogen: onderscheid nee en geen bruikbaar gehoorvermogen? Slechte verwoording, onduidelijk voor invuller. Meer gradaties?
G11a – Reageren op verschillende geluiden: stille geluiden binnen (iD18a)	Afstand tot geluidsbron, aanwezigheid van achtergrondlawaai, zien van mondbeeld, waar staat de persoon in de ruimte... Deze elementen spelen ook een rol, niet genuanceerd genoeg
G11b – Reageren op verschillende geluiden: stemmen met een normaal geluidsvolume binnen (iD18b)	Idem G11a
G11c – Reageren op verschillende geluiden: luide stemmen binnen (iD18c)	Idem G11a
G11d – Reageren op verschillende geluiden: geluiden die wijzen op gevaar binnen (iD18d)	Idem G11a

Overzicht beslissingen m.b.t. specifieke secties en items van BelRAI REVA op basis van de dataverzameling

G11e – Reageren op verschillende geluiden: geluiden die wijzen op gevaar buiten (iD18e)	Idem G11a
G12a – Verstaan van spraak in een ongunstige hooromgeving: achtergrondlawaaï buiten (n)	Idem G11a
G12b – Verstaan van spraak in een ongunstige hooromgeving: achtergrondlawaaï binnen (n)	Idem G11a
G12c – Verstaan van spraak in een ongunstige hooromgeving: conversatie met verschillende gesprekspartners (n)	Idem G11a
G13b – Gehoorvermoeidheid bij het uitvoeren van handelingen: op het werk/school (n)	Geen optie “werkloos”. Of vraag moet verdwijnen voor werkloze/niet-schoolgaande personen.
Elaboratiemodule H	<ul style="list-style-type: none"> · Voor neurologische patiënten zijn er veel irrelevante vragen en ontbreken er essentiële zaken m.b.t. neurologische verschijnselen. · Hemianopsie ontbreekt! · Voor visuspatiënten zijn deze items niet fijnmazig/sensitief genoeg. Gevaar op onderquoting. Sommige verwoordingen bij “ernstige moeite” wijzen al eerder op blindheid. · Voorziening wil graag suggesties doen voor aanvulling vanuit de DA-I-vragenlijst uit Visio in Nederland
H2b – Vormen van gezichtsbeperking: uitval centraal gezichtsveld (n)	Onderscheid tussen ‘centraal’ en ‘perifeer’ moet duidelijker. Dit is te algemeen. Persoon kan een deel van een centraal gezichtsveld kwijt zijn en ook een perifeer probleem hebben (hemianopsie ontbreekt!)
H2c – Vormen van gezichtsbeperking: uitval perifeer gezichtsveld (n)	Onderscheid tussen ‘centraal’ en ‘perifeer’ moet duidelijker. Dit is te algemeen. Persoon kan een deel van een centraal gezichtsveld kwijt zijn en ook een perifeer probleem hebben. (hemianopsie ontbreekt!)

Elaboratiemodule I	
I1a-i1x – Gedrag (IE3)	I1e: ‘bewust weigeren’ impliceert een oorzaak. Je kan niet altijd oordelen of iemand dit bewust doet of niet + onderliggende oorzaken zijn toch niet aan de orde?
Elaboratiemodule J	Meer uitdieping is nodig. Extra items: overdrijven/minimaliseren van problemen, confabuleren, ...).
Elaboratiemodule L	<ul style="list-style-type: none"> · Heel veel negatieve feedback m.b.t. deze module · Een rol omvat heel veel. Je kan er niet altijd de nuances in kwijt. Sommige dingen van de rol neemt de persoon wel nog op, andere dingen dan weer niet
L3 – Rollen opnemen (n)	<ul style="list-style-type: none"> · Antwoordopties zijn niet logisch (scoresysteem ADL). Moet herzien worden · Effectief uitvoeren van rollen is moeilijk na te gaan in residentiële situatie, zoals opnemen van ouderrol. · Wat indien een persoon de partner verloren is, maar toch nog heel veel waarde hecht aan het levend houden van deze rol? Hoe scoren?
Elaboratiemodule M	
M1 – Is er een inrijdbare douche? (n)	Op de Sp-afdeling is die mogelijkheid er wel vaak, maar in thuisituatie niet. Komt niet overeen dan. Komt niet uit de vragenlijst.
Elaboratiemodule O	
O4 – Incontinentiemateriaal (n)	Antwoordoptie “enkel overdag” niet aanwezig.
Elaboratiemodule R	<ul style="list-style-type: none"> · Niet uitgebreid genoeg volgens sommige deelnemers. Wat met prothesetraining? Hulp bij aandoen van voetopheffers en dergelijke? ... · Wat met gevolgen van epilepsie? · Voor kiné te beperkt
R4 – Grove motorische vaardigheden (n)	Foute ICF-codes moet b7600 (enkelvoudig) zijn
R5 – Fijne motorische vaardigheden (n)	Foute ICF-code: moet b7601 (complex) zijn

Overzicht beslissingen m.b.t. specifieke secties en items van BelRAI REVA op basis van de dataverzameling

R6 – Woning met drempels (alle drempels binnen en buiten de woning) (n)	Zou standaardvraag moeten zijn
R7 – Woning met trappen (n)	Zou standaardvraag moeten zijn
Elaboratiemodule S	Geen item over loszittend gebit
Elaboratiemodule T	
T1a-T1j – Ernst van het vermogen in de sensoriek (n)	Voor neurologische populatie is dit te vaag. Er kan niet weergegeven worden in welk deel van het lichaam de problematiek aanwezig is. Dit moet toegevoegd worden.
Elaboratiemodule X	Indien slechts minimale problematiek, komt dit tevoorschijn. Heel irrelevant dan.
X1a-X1g – Aantal minuten zorg door zorgverleners (iN3)	<ul style="list-style-type: none"> · X1g: Verpleeghulp: ADL kan verwarrend werken. Meer uitdiepen wat er bedoeld wordt, verpleeghulp bij iemand met gehoorproblemen? · Tijd is heel moeilijk om zo specifiek in te schatten
Elaboratiemodule Z	<ul style="list-style-type: none"> · Deze vragen dienen enkel ingevuld te worden indien de persoon effectief aan het werk is en er problemen zijn op de werkvloer. Deze vragen zouden in principe ook nuttig zijn voor iemand die premorbide werkzaam was en aan arbeidsre-integratie wil doen, al dan niet op diezelfde werkplaats. · Geen informatie over de cognitieve aspecten van werkhervatting
Z4 – Arbeidshandicaperkenning VDAB (n)	Geen optie dat dit ‘nog moet gebeuren’.
Elaboratiemodule AA	
AA7 – Voetproblemen (iL7)	Wat met mensen met bilaterale amputatie?

Tabel 14 Overzicht van alle items in de geteste versie van het BelRAI REVA instrument en beslissingen omtrent het behouden, verwijderen, aanpassen, toevoegen of verplaatsen van items op basis van de kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling

Item ²⁵	Basis/facultatief? ²⁶	Aanpassingen ²⁷
SECTIE A: Persoonlijke gegevens		
A1 – Identificatie van de persoon (iA5a)	Basis (essentie)	Geen
A2 – Naam (iA1a, iA1c)	Basis (essentie)	Geen
<i>A3 – Geslacht (iA2)</i>	/	Handboek: Definitie toevoegen waarin vermeld staat dat het om het biologische geslacht gaat. <i>In de toekomst moet er wel bekeken worden om dit item te veranderen naar hoe de persoon zichzelf identificeert.</i>
A4 – Geboortedatum (iA3)	Basis (essentie)	Geen
A5 – Postcode van de gebruikelijke woonomgeving (iA10)	Basis (essentie)	Geen
<i>A6 – Relatiestatus (iA4)</i>	<i>Basis (essentie)</i>	<i>Dit item werd aangepast volgens de meest recente bewerking van dit item.</i> Itemtitel: Burgerlijke staat => Relatiestatus Definities: <i>‘Nooit gehuwd/geen geregistreerd partnerschap’ verwijst naar personen die tijdens hun gehele leven nooit gehuwd zijn geweest of een geregistreerd partnerschap hebben</i>

²⁵ In sommige gevallen wordt de verkorte titel van het item weergegeven. Tussen haakjes staat de iCode van interRAI of “n” indien het een uniek BelRAI REVA item is.

²⁶ In deze kolom wordt vermeld of het item deel zal uitmaken van de nieuwe basisset van items of niet verplicht (facultatief) in te vullen is in de nieuwe versie van het BelRAI Revalidatie instrument (31/03/2023). De reden voor het opnemen in de basisset wordt tussen haakjes gespecificeerd: Het item wordt opgenomen omwille van (1) de link met het ICF Core Set Rehabilitation (ICF), (2) omdat het gebruikt wordt voor de berekening van een interRAI-CAP of -schaal (CAP/schaal) of (3) het item is volgens de participanten en het onderzoeksteam essentieel voor het basisbeeld van de patiënt (essentie).

²⁷ De minieme aanpassingen, zoals tyfouten, worden hier niet vermeld. Enkel ingrijpende, inhoudelijke en/of vormelijke aanpassingen worden hier gerapporteerd.

		<p><i>afgesloten.</i></p> <p><i>Onder ‘Gehuwd/ander geregistreerd partnerschap’ vallen personen die wettelijk gehuwd zijn of een geregistreerd partnerschap hebben.</i></p> <p><i>Als de persoon een langdurige relatie heeft, die niet wettelijk erkend is als een huwelijk of een geregistreerd partnerschap, duid dan ‘Partner’ aan.</i></p> <p>Codering:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Nooit gehuwd/geen geregistreerd partnerschap</i> 2) <i>Gehuwd/ander geregistreerd partnerschap</i> 3) <i>Partner</i> 4) <i>Weduwe/weduwnaar</i> 5) <i>Feitelijk gescheiden</i> 6) <i>Wettelijk gescheiden</i>
<u>A7 – Werkstatuut (iBB1)</u>	<u>Basis (essentie)</u>	<p>ICF: Dit item krijgt de code “d850”.</p> <p>Handboek: Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd.</p> <p>Codering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Werkend</u> - <u>Niet werkend, werkzoekend</u> - <u>Niet werkend, niet werkzoekend</u>
A8 – Reden voor beoordeling (iA8)	Basis (essentie)	Geen
A9 – Beoordelingsreferentiedatum (iA9)	Basis (essentie)	Geen
<i>A10 – Verblijfplaats op het tijdstip van beoordeling (iA11b)</i>	<i>Basis (essentie)</i>	<p>Codering:</p> <p><i>De antwoordopties worden aangepast volgens de meest recente bewerking van dit item.</i></p> <p>ICF: <i>De code wordt gewijzigd naar “Persoonlijke factoren”. Initieel werd hier een externe factor aan gekoppeld maar in het geval van BelRAI gaat het hier niet over een bepaalde</i></p>

		<i>invloed van dit item op de persoon, maar enkel en alleen het vaststellen van bepaalde informatie over de persoon zelf.</i>
A11 – Gebruikelijk woonverblijf (iA11b_res)	Basis (essentie)	<p>Codering:</p> <p><i>De antwoordopties worden aangepast volgens de meest recente bewerking van dit item.</i></p> <p>ICF: <i>De code wordt gewijzigd naar “Persoonlijke factoren”. Initieel werd hier een externe factor aan gekoppeld maar in het geval van BelRAI gaat het hier niet over een bepaalde invloed van dit item op de persoon, maar enkel en alleen het vaststellen van bepaalde informatie over de persoon zelf.</i></p>
<u>A12a – Woonsituatie voor de opname (iA12a_res)</u>	<u>Basis (CAP/schaal)</u>	<p><u>Het oorspronkelijke BelRAI REVA item ‘Woonsituatie’ wordt opgesplitst in twee interRAI-items. Dit item dient enkel ingevuld te worden voor residentiële patiënten.</u></p> <p>Codering:</p> <p><u>De antwoordopties worden aangepast volgens de meest recente bewerking van dit item.</u></p> <p><u>In de programmering voor de CAP Informele ondersteuning moet gewijzigd worden dat dit item OF iA12a in rekenschap gebracht moet worden, afhankelijk van het feit of het een residentiële of ambulante patiënt is.</u></p> <p>ICF: <u>Dit item krijgt de code “Persoonlijke factoren”.</u></p>
<u>A12b – Woont (iA12a)</u>	<u>Basis (CAP/schaal)</u>	<p><u>Het oorspronkelijke BelRAI REVA item ‘Woonsituatie’ wordt opgesplitst in twee interRAI-items. Dit item dient enkel ingevuld te worden voor ambulante patiënten. Hier gaat het namelijk over de huidige woonsituatie, buiten de voorziening.</u></p> <p>Codering:</p> <p><u>De antwoordopties worden aangepast volgens de meest recente bewerking van dit item.</u></p> <p><u>In de programmering voor de CAP Informele ondersteuning moet gewijzigd worden dat dit item OF iA12a_res in rekenschap gebracht moet worden, afhankelijk van het feit of het een residentiële of ambulante patiënt is.</u></p>

Overzicht beslissingen m.b.t. specifieke secties en items van BelRAI REVA op basis van de dataverzameling

		ICF: Dit item krijgt de code "Persoonlijke factoren".
A13 – Beter af in ander woonverblijf (iA12c)	Basis (essentie)	Itemtitel: <i>Persoon of familielid denkt dat de persoon beter af zou zijn in een ander woonverblijf => Persoon of familielid denkt dat de persoon beter elders zou verblijven</i> <i>In de toekomst moet de dubbelzinnigheid van het perspectief van dit item herbekeken worden. Op dit moment moet men "ja" scoren als ofwel de persoon zelf of iemand in zijn dichte omgeving deze mening heeft. Dit is echter niet specifiek genoeg.</i>
A14 – Vorm van revalidatie of zorg (n)	/	Aangezien er geen grote schifting zal gebeuren op basis van het antwoord op deze vraag, wordt deze vraag verwijderd.
SECTIE B		
B1 – Financiële problemen (iQ4)	Facultatief	Geen
B2 – Sociale interactie (iN13)	/	Hoewel dit initieel gekoppeld werd met de Core Set van ICF Rehabilitation (d710), is de link na grondigere analyse niet ideaal. Dit item wordt in interRAI namelijk gebruikt in het Deaf/Blind Supplement. Dit is ook mogelijks de reden voor de verwarring met betrekking tot dit item. Aangezien de sociale aspecten in heel wat andere items bevraagd worden, kan dit item verwijderd worden.
B3a – Taalvaardigheid Nederlands: begrijpen (soc sup)	Facultatief	Handboek: Bij het "proces" van dit item werd verduidelijkt dat de antwoordoptie "moedertaal" hier betekent dat het taalbegrip van de persoon intact is en dat dit niet verwijst naar het feit of de moedertaal van de persoon Nederlands is. Er werd ook toegevoegd dat afasie wel degelijk een verzwarende factor is.
B3b – Taalvaardigheid Nederlands: spreken (soc sup)	Facultatief	Handboek: Bij het "proces" van dit item werd verduidelijkt dat de antwoordoptie "moedertaal" hier betekent dat de taalproductie van de persoon intact is en dat dit niet verwijst naar het feit of de moedertaal van de persoon Nederlands is. Er werd ook toegevoegd dat afasie wel degelijk een verzwarende factor is.

B3c – Taalvaardigheid Nederlands: lezen (soc sup)	Facultatief	Handboek: Bij het “proces” van dit item werd verduidelijkt dat de antwoordoptie “moedertaal” hier betekent dat de leesvaardigheden van de persoon intact zijn en dat dit niet verwijst naar het feit of de moedertaal van de persoon Nederlands is. Er werd ook toegevoegd dat afasie wel degelijk een verzwarende factor is.
B3d – Taalvaardigheid Nederlands: schrijven (soc sup)	Facultatief	Handboek: Bij het “proces” van dit item werd verduidelijkt dat de antwoordoptie “moedertaal” hier betekent dat de schrijfvaardigheden van de persoon intact zijn en dat dit niet verwijst naar het feit of de moedertaal van de persoon Nederlands is. Er werd ook toegevoegd dat afasie wel degelijk een verzwarende factor is.
<i>B4 – Eerste taal (soc sup)</i>	<i>Basis (essentie)</i>	Codering: <i>In het sociaal supplement werden de mogelijke talen reeds verminderd. Dit wordt in het BelRAI REVA instrument overgenomen. De opties zijn nu:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Nederlands</i> 2. <i>(Vlaamse) Gebarentaal</i> 3. <i>Frans</i> 4. <i>Duits</i> 5. <i>Andere taal</i>
B5 – Gebruik tolk (iB11)	Facultatief	Hoewel dit een triggervraag is en we deze in de nieuwe versie van het instrument zoveel mogelijk willen vermijden, wordt deze alsnog opgenomen in de nieuwe versie, aangezien dit een interRAI-item is en belangrijk kan zijn voor gegevensuitwisseling tussen andere instrumenten.
B5a – Taaltolk (n)	Facultatief	Geen.
B5b – Gebarentolk of tolk Vlaamse gebarentaal (n)	Facultatief	Geen.
B5c – Schrijftolk (n)	Facultatief	Geen.
B5d – Vertaler (n)	Facultatief	Geen.
<i>B6 – Doelen volgens persoon (bij intake) (n)</i>	<i>Basis (essentie)</i>	Proces:

		<i>Er werd benadrukt dat de doelen van de patiënt, indien mogelijk, door de zorgverlener in de vier verschillende niveaus kunnen opgedeeld worden, waarbij de letterlijke formuleringen van de patiënt nog altijd dienen gerespecteerd te worden. Het is niet aan de patiënt zelf om deze structuur te hanteren.</i>
<i>B7 – Datum waarop persoon in zorgvoorziening werd opgenomen (iB2)</i>	<i>Basis (essentie)</i>	<i>Bij grondiger onderzoek bleek dat de code iB3 niet overeenstemde met de itemtitel. De code werd daarom gewijzigd naar “iB2: Datum waarop de professionele zorg, ondersteuning of begeleiding is opgestart”. De bedoeling en het proces worden vanuit de meeste recente vertaling van BelRAI HC overgenomen. Deze wijziging zorgt er ook voor dat het voor een ambulante setting duidelijk welke datum moet ingegeven worden.</i>
SECTIE C		
C1 – Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming (iC1)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Het handboek werd aangepast aan de meest recente bewerking van dit item Er werd ook een extra voorbeeld gegeven naar aanleiding van de feedback over “activatie van de patiënt”.
C2a – Kortetermijngeheugen (iC2a)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
C2b – Procedureel geheugen (iC2b)	Facultatief	Geen.
C2c – Situationeel geheugen (iC2c)	Facultatief	Geen.
C2d – Langetermijngeheugen (iC2d)	/	Dit item wordt verwijderd, aangezien dit item te veel toegespitst is op de residentiële ouderenzorg en minder specifiek is voor de revalidatie.
C3a – Periodiek verward denken of bewustzijn: gemakkelijk afgeleid (iC3a)	Facultatief	Geen.
C3b – Periodiek verward denken of bewustzijn: Episoden van onsamenhangend praten (iC3b)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar een dubbele code, namelijk “b110: bewustzijn” en “b114: Oriëntatie”. Initieel werden hier de codes “b2304: Onderscheiden van spraak” en “b110: bewustzijn” aan gekoppeld, maar de code b2304 vertoont geen overeenkomst met het BelRAI-item.

C3c – Periodiek verward denken of bewustzijn: Geestelijk functioneren wisselt in loop van de dag (iC3c)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar een dubbele code, namelijk “b110: bewustzijn” en “b114: Oriëntatie”. Initieel werd hier de code “b140: Aandacht” aan gekoppeld, maar dit is geen goede match met het BelRAI-item.
C4 – Acute verandering in cognitief functioneren t.o.v. gewone functioneren (iC4)	Facultatief	<p>Het handboek werd aangepast aan de meest recente bewerking van dit item</p> <p>Itemtitel: Acute verandering in cognitief functioneren t.o.v. gewone functioneren => Mogelijke signalen van een acute verandering in het geestelijk functioneren</p> <p>ICF: De code wordt gewijzigd naar “b1101: Continuïteit van bewustzijn”. Initieel werd hier de code “b152: Stemming” aan gekoppeld, maar het BelRAI-item weerspiegelt geen enkele link met een bepaald stemmingsprobleem.</p>
<i>C5 – Verandering in beslisbekwaamheid t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (iC5)</i>	Facultatief	<p>ICF: De code wordt gewijzigd naar “b164: Hogere cognitieve functies”. Initieel werd hier de code “b177” aan gekoppeld, maar deze code bestaat niet in ICF.</p> <p>Proces: De beoordelingsperiode van 90 dagen wordt beter gekaderd volgens de meeste recente aanpassing.</p>
<i>C6a – Oriëntatie in tijd (n)</i>	Facultatief	<p>Codering:</p> <p>De verwoording “moeite” wordt aangepast naar “moeilijkheden” (betere vertaling van “difficulties”). De antwoordoptie “volledig gestoord” werd toegevoegd en de definitie van “ernstig gestoord” werd aangepast naar “Bijna altijd problemen bij het participeren in dagdagelijkse activiteiten. Mits maximale ondersteuning mogelijk”.</p> <p>Dit item is geen triggervraag meer.</p>
C6b – Oriëntatie in plaats (n)	/	Dit item overlapt met de vragen uit de oorspronkelijke elaboratiemodule “Oriëntatie”, die specifiek zijn. Zij zullen dit item vervangen. Dit item wordt dus geschrapt.
C6c – Oriëntatie van het geheel t.o.v. van elkaar – positionering (n)	/	Dit item komt eerder overeen met “Oriëntatie in ruimte” (b1144), een item uit de oorspronkelijke elaboratiemodule. Dit item wordt dus geschrapt.
<i>C6b – Oriëntatie in eigen persoon (n)</i>	Facultatief	<i>Idem C6a.</i>

C6c – Oriëntatie in andere personen (n)	Facultatief	Idem C6a.
C6d – Oriëntatie in de ruimte: vertrouwde binnenomgeving (n)	Facultatief	<p>Itemtitel: De specificering ‘binnen’ zal weggelaten worden. Het onderscheid tussen binnen en buiten zal niet meer gemaakt worden, aangezien “ruimte” eerder refereert naar binnen en “plaats” naar buiten.</p> <p>Codering: De scoring gebeurde initieel zoals men (I)ADL-items scoort. Deze manier van scoren is in de praktijk moeilijk toe te passen. Daarom worden de antwoordopties in navolging van de andere items m.b.t. oriëntatie aangepast naar de ICF qualifiers. Wel is het zo dat de verwoording van interRAI hierbij bewaard blijft (“minimaal” i.p.v. “licht”, “moeilijkheden” i.p.v. “stoornis”). Ook worden de qualifiers 8 “niet gespecificeerd” en 9 “niet van toepassing” niet gebruikt, aangezien dit bij interRAI zoveel mogelijk vermeden wordt. De codering verloopt dus als volgt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Voldoende 2. Minimale moeilijkheden 3. Matige moeilijkheden 4. Ernstige moeilijkheden 5. Volledig gestoord
C6e – Oriëntatie in de ruimte: vertrouwde buitenomgeving (n)	/	Het onderscheid tussen binnen en buiten zal niet meer gemaakt worden.
C6e – Oriëntatie in de ruimte: Niet vertrouwde omgeving (binnen of buiten) (n)	Facultatief	<p>Itemtitel: De specificering ‘binnen of buiten’ zal weggelaten worden.</p> <p>Codering: Idem C6d.</p>
C6f – Oriëntatie in plaats: vertrouwde binnenomgeving (n)	Facultatief	<p>Itemtitel: De specificering ‘binnen’ zal weggelaten worden.</p> <p>Codering: Idem C6d.</p>
C6h – Oriëntatie in plaats: vertrouwde buitenomgeving (n)	/	Het onderscheid tussen binnen en buiten zal niet meer gemaakt worden.

C6h – Oriëntatie in plaats: niet vertrouwde omgeving (binnen of buiten) (n)	Facultatief	<p>Itemtitel: De specificering 'binnen of buiten' zal weggelaten worden.</p> <p>Codering: Idem C6d.</p>
C7 – Verwerkingssnelheid t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (n)	Facultatief	<p>Itemtitel en codering: Bij "codering" staat dat er moet gescoord worden volgens het huidige functioneren met een beoordelingsperiode van 3 dagen. Dit lijkt in contradictie met de itemtitel. Men bedoelt hier echter dat de afgelopen 3 dagen vergeleken moeten worden met het moment van 90 dagen geleden. Dit wordt verduidelijkt in het handboek.</p> <p>De antwoordopties worden aangepast conform ICF.</p> <p>ICF: code b1442 "Oproepen en verwerken van informatie uit geheugen" wordt verwijderd. De andere code b1600 "Denktempo" (snelheid van het denkproces) komt ook beter overeen met de definitie uit het handboek.</p> <p>Dit item wordt niet verwijderd aangezien er geen andere items zijn m.b.t. verwerkingssnelheid of denktempo.</p>
C8 – Aandachtstoornis aanwezig t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (n)	/	<p>Deze triggervraag is overbodig, aangezien de aandachtsproblemen specifiek bevestigd worden in de oorspronkelijke elaboratie-items.</p> <p>De algemene definitie van "aandacht" wordt vermeld in de specifieke items m.b.t. aandacht.</p>
C8a – Gerichte aandacht (n)	Facultatief	<p>ICF: De code wordt gewijzigd naar "b1408: Aandacht, anders gespecificeerd." Initieel werd hier de overkoepelende code "b140: Aandacht" aan gekoppeld, maar dit omvat dan alle aspecten van aandacht.</p> <p>Codering: Dichotome antwoordopties worden vervangen conform ICF.</p>
C8b – Volgehouden aandacht (n)	Facultatief	<p>Codering: Idem C1a.</p>
C8c – Verdeelde aandacht (n)	Facultatief	<p>Codering: Idem C1a.</p>

Overzicht beslissingen m.b.t. specifieke secties en items van BelRAI REVA op basis van de dataverzameling

C8d – Flexibiliteit in aandacht (n)	Facultatief	<p>ICF: De codes “b1403” en “b1404” zijn fout. “b1403” gaat over het delen van aandacht, waarbij 2 of meer personen zich focussen op dezelfde stimulus. “b1404” bestaat niet. De code wordt aangepast naar b1401 “Veranderen van aandachtsgebied”.</p> <p>Codering: Idem C1a.</p>
C8e – Neglect (n)	Facultatief	<p>ICF: De code wordt gewijzigd naar b1408 “Aandacht, anders gespecificeerd.” Initieel werd hier de overkoepelende code “b140: Aandacht” aan gekoppeld, maar dit omvat dan alle aspecten van aandacht.</p> <p>Codering: Idem C1a.</p>
C9 – Waarnemingsstoornis (agnosie) t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (n)	/	<p>Deze triggervraag is overbodig, aangezien de waarnemingsproblemen specifiek bevroegd worden in de oorspronkelijke elaboratie-items.</p> <p>De algemene definitie van “agnosie” wordt vermeld in de specifieke items m.b.t. aandacht.</p> <p>De items uit de oorspronkelijke elaboratiemodule E “Perceptie – andere” m.b.t. smaak en geur werden ook aan deze vragenreeks toegevoegd wegens inhoudelijke overeenkomsten.</p>
C9a – Visuele agnosie (n)	Facultatief	<p>ICF: De code wordt gewijzigd naar “b1561: Visuele perceptie”. Initieel kreeg dit item de code “b1569: Perceptie, niet gespecificeerd”, maar in dit geval kan de perceptie wel specifiek aangegeven worden.</p> <p>Codering: Dichotome antwoordopties worden vervangen conform ICF.</p>
C9b – Tactiele agnosie (n)	Facultatief	<p>ICF: De code wordt gewijzigd naar “b1564: Tactiele perceptie”. Initieel kreeg dit item de code “b1569: Perceptie, niet gespecificeerd”, maar in dit geval kan de perceptie wel specifiek aangegeven worden.</p> <p>Codering: Idem C9a.</p>
C9c – Auditieve agnosie (n)	Facultatief	<p>ICF: De code wordt gewijzigd naar “b1560: Auditieve perceptie”. Initieel kreeg dit item de code “b1569: Perceptie, niet gespecificeerd”, maar in dit geval kan de perceptie wel specifiek aangegeven worden.</p>

		Codering: <i>Idem C9a.</i>
<i>C9d – Perceptie van smaak (n)</i>	<i>Facultatief</i>	Itemtitel: <i>De titel van dit item wordt aangepast naar “gustatorische agnosie”.</i> Codering: <i>Idem C9a.</i>
<i>C9e – Perceptie van geur (n)</i>	<i>Facultatief</i>	Itemtitel: <i>De titel van dit item wordt aangepast naar “olfactorische agnosie”.</i> Codering: <i>Idem C9a.</i>
<i>C10 – Handelingsstoornis t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (apraxie) (n)</i>	<i>Facultatief</i>	Itemtitel en codering: <i>Bij “codering” staat dat er moet gescoord worden volgens het huidige functioneren met een beoordelingsperiode van 3 dagen. Dit lijkt in contradictie met de itemtitel. Men bedoelt hier echter dat de afgelopen 3 dagen vergeleken moeten worden met het moment van 90 dagen geleden. Dit wordt verduidelijkt in het handboek.</i> <i>De antwoordopties worden aangepast conform ICF.</i> <i>Dit item wordt niet verwijderd aangezien er geen andere items zijn m.b.t. apraxie.</i>
<u>C11 – Executieve functies (n)</u>		<u>Op vraag van de deelnemers worden er meer executieve functies, naast organisatie en planning, in het instrument opgenomen (zie ook feedback op item “Oriëntatie in tijd”). Deze term wordt verklaard in het handboek. ICF werd gebruikt om extra items toe te voegen.</u> <u>OPGELET: Dit wordt de overkoepelende titel voor alle executieve items en bevat dus zelf geen scoringsoptie. Het krijgt de overkoepelende ICF-code b164 “Hogere cognitieve functies”.</u>
<i>C11a – Organisatie en planning t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling) (n)</i>	<i>Facultatief</i>	Itemtitel en codering: <i>De beoordelingsperiode van 90 dagen wordt hier weggelaten.</i> <i>De antwoordopties worden aangepast conform ICF.</i>
<u>C11b – Abstract denken (n)</u>	<u>Facultatief</u>	Handboek: <u>Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd.</u> Codering: <u>Conform ICF</u> ICF: <u>Dit item krijgt de code “b1640”.</u>

<u>C11c – Tijdmanagement (n)</u>	<u>Facultatief</u>	Handboek: <u>Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd.</u> Codering: Conform ICF ICF: Dit item krijgt de code “b1642”.
<u>C11d – Cognitieve flexibiliteit (n)</u>	<u>Facultatief</u>	Handboek: <u>Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd.</u> Codering: Conform ICF ICF: Dit item krijgt de code “b1643”.
<u>C11e – Inzicht (n)</u>	<u>Facultatief</u>	Handboek: <u>Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd.</u> Codering: Conform ICF ICF: Dit item krijgt de code “b1644”.
<u>C11f – Beoordelingsvermogen (n)</u>	<u>Facultatief</u>	Handboek: <u>Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd.</u> Codering: Conform ICF ICF: Dit item krijgt de code “b1645”.
<u>C11g – Mentale functies gerelateerd aan probleemoplossen (n)</u>	<u>Facultatief</u>	Handboek: <u>Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd.</u> Codering: Conform ICF ICF: Dit item krijgt de code “b1646”.
<u>C12 – Stoornis van de perceptie (n)</u>	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien de perceptieproblemen specifiek bevestigd worden in de oorspronkelijke elaboratie-items. De elaboratie-items m.b.t. perceptie van smaak en geur werden toegevoegd aan de vragenreeks over agnosie.
SECTIE D		
<i>D1 – Uiting: zichzelf duidelijk maken (iD1)</i>	<i>Basis (essentie)</i> <i>Basis (CAP/schaal)</i>	Proces: <i>Er wordt meer benadrukt dat alle aspecten van communicatie op vlak van expressie voor dit algemeen item in acht moeten genomen worden.</i>

		<i>Specifieke aspecten van taal- en spraakproductie worden toegevoegd als voorbeelden, maar er worden geen extra items toegevoegd. De specifieke taal- en spraakfuncties moeten getest worden door middel van gerichte logopedische testing.</i>
<i>D2 – Begrip: anderen kunnen begrijpen (iD2)</i>	<i>Basis (essentie) Basis (CAP/schaal)</i>	Proces: <i>Er wordt meer benadrukt dat alle aspecten van communicatie op vlak van begrip voor dit algemeen item in acht moeten genomen worden. Specifieke aspecten van taalbegrip worden toegevoegd als voorbeelden, maar er worden geen extra items toegevoegd. De specifieke taalfuncties moeten getest worden door middel van gerichte logopedische testing.</i>
<i>D3 – Is er meer info nodig i.v.m. communicatie? (n)</i>	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien de extra informatie over communicatie specifiekere bevraagd worden in de oorspronkelijke elaboratie-items.
D3 – Een of meer familieleden kunnen met de persoon communiceren in diens favoriete communicatiemethode (iD23)	Facultatief	Geen.
D4 – Gebruikelijke communicatiemethode (iD22)	Facultatief	Geen.
<i>D10 – Voorkeur contactname (n)</i>	/	Kwantitatieve analyse wees uit dat dit item vaak fout gescoord werd. Dit item draagt inhoudelijk weinig bij aan de vragenlijst, aangezien de gebruikelijke communicatiemethode reeds bevraagd wordt. Dit item wordt dus verwijderd.
D5 – Bewust zijn van anderen (iD21)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar “b1568: Perceptie, anders gespecificeerd”. Initieel kreeg dit items de codes “d1644” en “d7204: Bewaren van sociale afstand”. De code “d1644” bestaat niet in ICF en de definitie van “d7204” matcht niet met deze van BelRAI. Daarnaast wordt hiermee een activiteit aangeduid, terwijl het in BelRAI eerder om een functie gaat.
D6 – Hoorvermogen (met hoorhulpmiddel indien gebruikt) (iD3a)	Basis (essentie) Basis (CAP/schaal)	Geen. Alle items uit de elaboratiemodule “Gehoor”, die werden getriggerd door dit item, worden echter verwijderd uit het instrument. De derde versie van het instrument is niet geschikt voor gehoorrevalidanten.

Overzicht beslissingen m.b.t. specifieke secties en items van BelRAI REVA op basis van de dataverzameling

D12a – Ziektebeelden: gehoor (n)	/	Dit wordt een automatische link met het EPD en is geen item dat zal moeten ingevuld worden.
D12b – Hulpmiddelen of ondersteuning (iD19c)	/	/
D12c – Aangeboren of verworven gehoorverlies (n)	/	/
D12d – Plots of progressief gehoorverlies (n)	/	/
D12e – Stabiliteit van het gehoorverlies (n)	/	/
D12f – Fluctueren van het gehoorverlies (n)	/	/
D12g – Stabiliteit van het gehoorverlies in tijd (a tot c; 3 items) (iD24)	/	/
D12h – Leeftijd waarop de eerste symptomen van gehoorverlies zich hebben gemanifesteerd (iD16)	/	/
D12i – Waarnemen – detecteren van geluid met hoorhulpmiddel (a tot c; 3 items) (n)	/	/
D12j – Lokalisatie van geluiden (iD17)	/	/
D12k – Oriënteren in een gesprek (n)	/	/
D12l – Reageren op verschillende geluiden (a tot e; 5 items) (iD18)	/	/

D12m – Verstaan van spraak in een ongunstige hooromgeving (a tot c; 3 items) (n)	/	/
D12n – Gehoorvermoeidheid bij het uitvoeren van handelingen (a tot c; 3 items) (n)	/	/
D7 – Gezichtsvermogen bij voldoende licht (met bril of ander visueel hulpmiddel indien gebruikt) (iD4a)	Basis (essentie) Basis (CAP/schaal)	Geen. Alle items uit de elaboratiemodule “Visus”, die werden getriggerd door dit item, worden echter verwijderd uit het instrument. De derde versie van het instrument is niet geschikt voor visusrevalidanten.
D14a – Ziektebeelden: Visus	/	/
D14b – Vormen van gezichtsbeperking (a tot i; 9 items) (n)	/	/
D14c – Leeftijd waarop de eerste symptomen van gezichtsverlies zich hebben gemanifesteerd (iD9)	/	/
D14d – Verzien vermogen (iD11)	/	/
D14e – Aanpassing aan een ongunstige kijkomgeving (a tot e.; 5 items) (iD12)	/	/
D14f – Visuele vermoeidheid bij het uitvoeren van kijkhandelingen (iD13)	/	/
D14g – Stabiliteit van de gezichtsandoening (a tot c; 3 items) (iD14)	/	/
D14h – Hulpmiddelen of ondersteuning (a tot d; 4 items) (iD19)	/	/

D15 – Is er meer info nodig i.v.m. gehoor? (n)	/	Aangezien de specifieke items met betrekking tot gehoor werden verwijderd, is deze vraag overbodig.
D16 – Is er meer info nodig i.v.m. visus? (n)	/	Aangezien de specifieke items met betrekking tot visus werden verwijderd, is deze vraag overbodig.
SECTIE E		
E1a – Deed negatieve uitspraken (iE1a)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
E1b – Voortdurend boos op zichzelf of op anderen (iE1b)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
E1c – Uitingen, ook non-verbale, van wat onrealistische angsten lijken te zijn (iE1c)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
E1d – Herhaaldelijk klagen over de gezondheid (iE1d)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
E1e – Herhaaldelijk angstig klagen/bezorgd zijn (niet in verband met de gezondheid) (iE1e)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
E1f – Droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen (iE1f)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
E1g – Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten (iE1g)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.

E1h – Herhaaldelijk zeggen dat er iets vreselijks zal gebeuren (iE1h)	/	De kwantitatieve data-analyse wees uit dat dit item niet samenhangt met de reeks van items m.b.t. depressie, angst en droefenis. Vermoedelijk is dit item dus minder toepasselijk voor de revalidatiesector. We verwijderen dit item.
E1h – Zich terugtrekken uit belangrijke activiteiten (iE1i)	Facultatief	Dit item hoort volgens de data-analyse beter thuis bij sectie F, namelijk bij subitems over “Gevoel van betrokkenheid”. Desalniettemin blijft dit item toch in sectie E om te benadrukken dat de scoring in dit geval voornamelijk gelinkt is een indicator voor een mogelijk stemmingsprobleem.
E1i – Verminderde sociale omgang (iE1j)	Facultatief	Dit item hoort volgens de data-analyse beter thuis bij sectie F, namelijk bij subitems over “Gevoel van betrokkenheid”. Desalniettemin blijft dit item toch in sectie E om te benadrukken dat de scoring in dit geval voornamelijk gelinkt is een indicator voor een mogelijk stemmingsprobleem.
E1j – Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie) (iE1k)	Basis (ICF)	Geen.
E1k – Gebrek aan motivatie (iE1ee)	Basis (ICF)	Geen.
E1m – Hygiëne (iE1gg)	/	De kwantitatieve data-analyse wees uit dat dit item niet samenhangt met de reeks van items m.b.t. depressie, angst en droefenis. In de intervisiegesprekken haalde men ook aan dat de insteek van dit item niet duidelijk is en verwarrend werkt. Dit item wordt weggelaten.
E2a – Zelfgemelde stemming: weinig belangstelling voor of plezier in dingen waar u gewoonlijk van geniet? (iE2a)	Facultatief	Geen.
E2b – Zelfgemelde stemming: angstig, rusteloos of ongemakkelijk? (iE2b)	Facultatief	Geen.
E2c – Zelfgemelde stemming: bedroefd, depressief of hopeloos? (iE2c)	Facultatief	Geen.

E3 – Gedragssymptomen (n)	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien de gedragssymptomen specifiekere bevraagd worden in de oorspronkelijke elaboratie-items.
E3a – Verbaal geweld (iE3b)	Facultatief	Geen.
E3b – Lichamelijk geweld (iE3c)	Facultatief	Geen.
E3c – Sociaal ongepast of storend gedrag (iE3d)	Facultatief	Geen.
E3d – Verzet zich tegen zorg (iE3e)	Facultatief	Geen.
E3e – Bewust weigeren om verplichtingen of taken horende bij een rol op te nemen (n)	/	Dit item wordt op basis van de feedback van de zorgverleners verwijderd.
E3e – Ongepast openlijk seksueel gedrag of zich in het openbaar uitkleeden (iE3f)	Facultatief	Geen.
E3f – Zelfverwondend gedrag (iE3g)	Facultatief	Geen.
E3g – Impulsiviteit (n)	Facultatief	Geen.
E3h – Apathie (n)	Facultatief	Geen.
E3i – Psychomotorische vertraging (n)	Facultatief	Geen.
E3j – Obsessieve gedachten (n)	Facultatief	Geen.
E3k – Dranghandeling/drangmatig gedrag (n)	Facultatief	Geen.
E3l – Uitingen van hopeloosheid (iE1o)	Facultatief	Geen.
E3m – Ontremd gedrag (n)	Facultatief	Geen.
E3n – Compulsief gedrag (iE1x)	Facultatief	Geen.

E3o – Overdreven vrolijk (n)	Facultatief	Geen.
E3p – Verminderde energie (iE1l)	Facultatief	Geen.
E3q – Overdreven gevoel van eigenwaarde (iE1p)	Facultatief	Geen.
E3r – Prikkelbaarheid (iE1r)	Facultatief	Geen.
E3s – Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit (iE1s)	Facultatief	Geen.
E3t – Druk spreken of razende gedachten (iE1t)	Facultatief	Geen.
E3u – Affectlabiliteit (iE1u)	Facultatief	Geen.
E3v – Vlak of afgestompt affect (iE1v)	Facultatief	Geen.
E3w – Tekenen van laag zelfwaardegevoel, laag zelfbeeld, lage eigenwaarde (n)	Facultatief	Geen.
E4 – Is er een indicatie voor een beperkt functioneren van het ziekte-inzicht? (n)	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien het ziekte-inzicht specifiek bevestigd wordt in de oorspronkelijke elaboratie-items.
<i>E4a – Ziektebesef en ziekte-inzicht (n)</i>	<i>Facultatief</i>	Codering: Conform ICF
<i>E4b – Stelt realistische doelen (n)</i>	<i>Facultatief</i>	Codering: Conform ICF
E5 – Geweld (n)	Facultatief	Deze triggervraag is overbodig, aangezien informatie m.b.t. eventueel geweld specifiek bevestigd wordt in de oorspronkelijke elaboratie-items.
E5a – Intimidatie of dreigen met geweld (iX2b)	Facultatief	Geen.
E5b – Geweld tegenover anderen (iX2a)	Facultatief	Geen.

E5c – Overwegen van geweld (iX2c)	Facultatief	Geen.
<i>E6 – Zelfgemelde spiritualiteit of religie (n) –</i>	<i>Facultatief</i>	<i>ICF: De code wordt gewijzigd naar “Persoonlijke factoren”. Initieel werd hier de code “d930: Religie en spiritualiteit” aan gekoppeld, maar dit wijst eerder op het uitvoeren van religie. In de definitie van BelRAI gaat het eerder over de belemmerende of bevorderende impact van de eventuele religie of spiritualiteit van de persoon op zijn revalidatie. Dit item wordt behouden, maar is aan verbetering toe. De verwoording in het handboek moet in vervolgprojecten geoptimaliseerd worden.</i>
SECTIE F		
F1a – Deelname aan sociale activiteiten die de persoon al lang interesseren (iF1a)	Facultatief	ICF: De code werd gespecificeerd naar d9205 “Sociale activiteiten”. Initieel werd hier de overkoepelende code “d9: Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven” aan gekoppeld, maar dit is te algemeen.
F1b – Deelname aan sociale activiteiten die nieuw zijn voor de persoon (n)	Facultatief	ICF: De code werd gespecificeerd naar d9205 “Sociale activiteiten”. Initieel werd hier de overkoepelende code “d9: Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven” aan gekoppeld, maar dit is te algemeen.
F1c – Bezoek van familie of vrienden/kennissen (iF1b)	Facultatief	ICF: De codes “d7500: Omgaan met vrienden” en “d7502: Omgaan met kennissen” worden toegevoegd. Initieel werd hier enkel de code “d7603: Familierelaties in brede kring” aan gekoppeld, maar deze code omvat de omgang met vrienden en/of kennissen niet.
F1d – Andere omgang, bv. via telefoon of e-mail, met familie of vrienden/kennissen (incl. sociale media) (iF1c)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd “d7500: Omgaan met vrienden”, “d7502: Omgaan met kennissen” en “d7603: Familierelaties in brede kring”. Initieel werd hier de code “d7402: Omgaan met sociale gelijken” aan gekoppeld, maar dit maakt deel uit van de omgang in formele relaties. In BelRAI wordt uitdrukkelijk vermeld dat het over informele omgang gaat.
<i>F2 – Mate van eenzaamheid (iI17)</i>	<i>Basis (CAP/schaal)</i>	<i>Dit item werd in de vorige versie foutief gelinkt aan de CAP voor sociale functies. Voor deze CAP wordt namelijk het item iF1d “Zegt of geeft aan dat hij/zij/die zich eenzaam voelt” gebruikt. Om ervoor te zorgen dat de CAP correct berekend kan worden en</i>

		<i>gegevensoverdracht tussen verschillende BelRAI-instrumenten te verzekeren, wordt dit item vervangen door iF1d. Het handboek wordt conform andere BelRAI-handboeken aangepast.</i>
F3 – Tijd overdag alleen ('s morgens en 's namiddags) (iF3)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
F4a – Voelt zich comfortabel in omgang met anderen (iF5a)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
F4b – Voelt zich comfortabel bij geplande of gestructureerde activiteiten (iF5b)	Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar “d720: Complexe tussenmenselijke interacties”. Initieel werd hier de code “d710: basale tussenmenselijke interacties” aan gekoppeld, maar dit BelRAI-item is complexer dan iF5a.
F4c – Neemt uitnodigingen aan voor de meeste groepsactiviteiten (iF5c)	Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar “d920: Recreatie en vrije tijd”. Initieel werd hier de code “d710: basale tussenmenselijke interacties” aan gekoppeld, maar dit item gaat meer over het maatschappelijke aspect van interactie, meer specifiek vrije tijd.
F4d – Zoekt betrokkenheid in de instelling (iF5d)	Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar “d720: Complexe tussenmenselijke interacties”. Initieel werd hier de code “d710: basale tussenmenselijke interacties” aan gekoppeld, maar dit BelRAI-item is complexer dan iF5a.
F4e – Zoekt contact met anderen (iF5e)	Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar “d71040: Initiatief nemen tot sociale contacten”. Initieel werd hier de code “d710: basale tussenmenselijke interacties” aan gekoppeld, maar dit is te algemeen.
F4f – Gaat positief in op contact zoeken door anderen (iF5f)	Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar “d7200: Aangaan van relaties”. Initieel werd hier de code “d710: basale tussenmenselijke interacties” aan gekoppeld, maar dit is te algemeen en minder complex.
F5 – Stressvolle levensgebeurtenissen: financiën (iY1ag)	Facultatief	Geen.

F6 – Omgaan met stress en andere psychologische uitdagingen (n)	Basis (ICF)	Codering: Conform ICF
F7 – Doelen in de toekomst (n)	/	Naar aanleiding van de feedback van de zorgverleners en grondige analyse van dit item, besluiten we om dit item te verwijderen, aangezien deze overlap vertoont met het item “Stelt realistische doelen” in kader van de mate van ziekte-inzicht. In dit item kan men zowel vastleggen of de persoon doelen in de toekomst kan vastleggen en of deze realistisch zijn.
F8 – Rollen (n)	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien informatie m.b.t. rollen specifiek bevestigd wordt in de oorspronkelijke elaboratie-items.
F8a – Rollenverandering: plots of progressief (n)	/	Dit item is overbodig, aangezien de eventuele rollenverandering kan aangetoond worden met verschillende metingen van het item “Rollen opnemen”. Daarnaast vermoeden we dat dit item niet sensitief genoeg is en er dus bijna altijd zal gescoord worden dat er effectief een breuk in de levenslijn is. In dit onderzoek blijkt dat er bij ongeveer 90% van de patiënten waarvoor dit item werd ingevuld geen breuk werd vastgesteld.
F8a – Belang van rollen in het verleden (n)	/	Dit item werd grondiger geanalyseerd naar aanleiding van de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten van deze studie. Dit item bevestigt welke rollen de persoon uit het verleden nu nog relevant zou vinden. Hoewel het nuttig kan zijn om dit te weten, kan deze informatie gecapteerd worden door het item “Rollen opnemen”, mits kleine aanpassing in de bedoeling en het proces van het item. Dit item kan dus om die reden verwijderd worden.
F7 – Rollen opnemen (n)	Facultatief	Bedoeling: De beoordelingsperiode “sinds laatste beoordeling of in de laatste 90 dagen” werd gewijzigd naar de “laatste 3 dagen”, aangezien zorgverleners aangaven dat de beoordelingsperiode van 90 dagen voor verwarring zorgt. Lichte wijziging in verwoording: “... welke rollen [...] hij/zij/die terug kan en wil opnemen.” Proces: Hier wordt de link met het verleden en de toekomst (zie volgend item in de tabel) meer benadrukt. Codering: Conform ICF. In de vorige versie werd dit gecodeerd aan de hand van de (I)ADL-scoring, maar dit bleek niet werkbaar. Uitzonderlijk wordt hier wel de optie “niet van

		<i>toepassing" toegevoegd, zodat men duidelijk kan aangeven dat een bepaalde rol niet in de leefwereld van de persoon past.</i>
F8c – Nieuwe rollen (n)	/	Dit item werd grondiger geanalyseerd naar aanleiding van de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten van deze studie. Dit item gaat na of de persoon in de toekomst bepaalde nieuwe rollen zou willen opnemen. Ook dit wordt indirect gecapteerd via het item "rollen opnemen". Om die reden verwijderen we dit item.
<i>F8 – Verandering in sociale activiteiten in de laatste 90 dagen (of sinds laatste beoordeling) (iF2)</i>	<i>Basis (CAP/schaal)</i>	<i>Dit item wordt aangepast volgens de meest recente versie van dit item.</i>
SECTIE G		
G1 – Dominantiewissel (n)	/	Aangezien er veel verwarring was rond dit item en de relevantie in twijfel werd getrokken, wordt dit item verwijderd.
<i>G1 – Verplichte bedrust (iG13)</i>	<i>Facultatief</i>	Handboek: <i>Er wordt benadrukt dat het hier gaat om 24 op 24 in bed liggen (bedlegerigheid).</i>
G2 – IADL: Uitvoering en mogelijkheden (iG1)		Dit is een hoofdtitel van een aantal items.
G2a – Maaltijdbereiding (iG1a)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
G2b – Huishoudelijk werk (iG1b)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
G2c – Zwaarder huishoudelijk werk (n)	Basis (ICF)	Geen.
G2d – Financieel beheer (iG1c)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
G2e – Geneesmiddelenbeheer (iG1d)	Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar "d57020: Innemen van medicijnen en opvolgen van gezondheidsadviezen". Initieel werd hier de code "d570: Zorgdragen voor eigen gezondheid" aan gekoppeld, maar dit is te algemeen.

G2f – Telefoongebruik voor gesprekken (iG1e)	Basis (essentie)	ICF: De code wordt gewijzigd naar “d3600: Gebruik van telecommunicatieapparatuur”. Initieel werd hier de code “d360: Gebruik van communicatieapparatuur en -technieken” aan gekoppeld, maar dit is te algemeen.
G2g – Trappen (iG1f)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
G2h – Boodschappen (iG1g)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
G2i – Vervoer (iG1h)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
G3 – ADL-functioneren (enkel uitvoeren) (iG2)		Dit is een hoofdtitel van een aantal items.
G3a – Baden (iG2a)	Basis (ICF)	Dit item omvat zowel in bad gaan als douchen, waardoor het onderscheid niet kan gemaakt worden. In vervolgonderzoek moet bekeken worden of er een aanpassing mogelijk is van dit item in interRAI/BelRAI.
G3b – Rug wassen (n)	Basis (essentie)	Geen.
G3c – Persoonlijke hygiëne (iG2b)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
G3d – Kleden boven (iG2c)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
G3e – Kleden onder (iG2d)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
G3f – Wandelen (iG2e)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.

G3g – Zich verplaatsen (iG2f)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	ICF: De code “d450: Lopen” wordt toegevoegd, aangezien dit naast “d465: Zich verplaatsen met speciale middelen” ook deel uitmaakt van de definitie van het BelRAI-item.
<u>G3h – Zich verplaatsen, exclusief wandelen en met een speciaal middel (n)</u>	<u>Basis (essentie)</u>	<u>ICF: Dit item krijgt de code “d455: zich verplaatsen”. Op die manier heeft deze code uit de ICF Core Set Rehabilitation ook een item in BelRAI.</u> <u>Handboek: Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd.</u> <u>Antwoordopties: Volgens ADL-codering.</u>
G3i – Toilettansfer (iG2g)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
G3j – Toileetgebruik (iG2h)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
G3k – Bewegelijkheid in bed (iG2i)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar “d410: Veranderen van basale lichaamshouding”. Initieel werd dit aan de code “d420: Uitvoeren van transfers” gekoppeld, maar zich bewegen in bed is geen transfer.
G3l – Eten (iG2j)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
G3m – Veranderen van basale lichaamshouding (n)		Dit item wordt de hoofdtitel en wordt nog gespecificeerd in subitems volgens ICF en worden onderdeel van de basisset.
<u>G3m1 – Veranderen van lighouding naar andere houding (n)</u>	<u>Basis (ICF)</u>	<u>ICF: Dit item krijgt de code “d4100”.</u> <u>Handboek: Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd.</u> <u>Antwoordopties: Volgens ADL-codering.</u>
<u>G3m2 – Veranderen van zit naar andere houding (n)</u>	<u>Basis (ICF)</u>	<u>ICF: Dit item krijgt de code “d4103”.</u> <u>Handboek: Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd.</u>

		Antwoordopties: Volgens ADL-codering.
<u>G3m3 – Veranderen van stand naar andere houding (n)</u>	<u>Basis (ICF)</u>	ICF: Dit item krijgt de code “d4104”. Handboek: Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd. Antwoordopties: Volgens ADL-codering.
G3n – Handhaven van lichaamshouding (n)		Dit item wordt de hoofdtitel en wordt nog gespecificeerd in subitems volgens ICF en worden onderdeel van de basisset.
<u>G3n1 – Handhaven van liggende houding (n)</u>	<u>Basis (ICF)</u>	ICF: Dit item krijgt de code “d4150”. Handboek: Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd. Antwoordopties: Volgens ADL-codering.
<u>G3n2 – Handhaven van zittende houding (n)</u>	<u>Basis (ICF)</u>	ICF: Dit item krijgt de code “d4153”. Handboek: Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd. Antwoordopties: Volgens ADL-codering.
<u>G3n3 – Handhaven van staande houding (n)</u>	<u>Basis (ICF)</u>	ICF: Dit item krijgt de code “d4154”. Handboek: Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd. Antwoordopties: Volgens ADL-codering.
G3o – Autotransfer (n)	Basis (ICF)	Geen.
<u>G4o – Is er een inrijdbare douche? (n)</u>	/	Dit item wordt verwijderd aangezien dit eerder gaat om het vaststellen van een hulpmiddel. Daarnaast levert het in residentiële setting weinig informatie op, aangezien er vaak een inrijdbare douche aanwezig is, maar niks zegt over de situatie thuis. Het is nuttiger om de transfer in en uit douche te scoren (zie hieronder) en dan in een opmerking toe te voegen hoe die transfer precies plaatsvindt (al dan niet met een inrijdbare douche).

G3p – Transfer in en uit douche (n)	Basis (ICF)	ICF: De code wordt gewijzigd naar “d410: Veranderen van basale lichaamshouding”. Initieel werd hier de code “d420: Uitvoeren van transfers” aan gekoppeld, maar een transfer in ICF betekent het zich verplaatsen van het ene naar het andere oppervlak, zonder de lichaamshouding te veranderen. Dit komt dus niet overeen met de definitie in BelRAI.
G3q – Transfer in en uit bad (n)	Basis (ICF)	ICF: De code wordt gewijzigd naar “d410: Veranderen van basale lichaamshouding”. Initieel werd hier de code “d4208: Uitvoeren van transfers, anders gespecificeerd” aan gekoppeld, maar een transfer in ICF betekent het zich verplaatsen van het ene naar het andere oppervlak, zonder de lichaamshouding te veranderen. Dit komt dus niet overeen met de definitie in BelRAI.
G4 – Advanced ADL (n)		Dit is een hoofdtitel van een aantal items.
<i>G4a – Zorg dragen voor eigen gezondheid (n)</i>	<i>Basis (ICF)</i>	<i>Definities: Er wordt beter gespecificeerd volgens de onderverdeling in ICF wat met dit item bedoeld wordt. Codering: Volgens ICF kwalifiers.</i>
<i>G4b – Basale tussenmenselijke interacties (n)</i>	<i>Basis (ICF)</i>	<i>Definities: Er wordt beter gespecificeerd volgens de onderverdeling in ICF wat met dit item bedoeld wordt. Codering: Volgens ICF kwalifiers. <i>We kiezen dit item als link met ICF Core Set Rehabilitation (d710). Eerst was dit het item “Sociale interactie (iN13)”, maar na grondige analyse bleek dit item vooral toegespitst op de visus- en gehoorrevalidanten.</i></i>
<i>G4c – Recreatie en vrije tijd (n)</i>	<i>Basis (ICF)</i>	<i>Codering: Volgens ICF kwalifiers.</i>
<i>G4d – Besturen van door menskracht voortbewogen vervoermiddel (n)</i>	<i>Facultatief</i>	<i>Codering: Volgens ICF kwalifiers.</i>

G4e – Besturen van gemotoriseerde voertuigen (n)	Facultatief	Codering: Volgens ICF kwalifiers.
G5 – ADL-toestand t.o.v. 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling daarna) (iG8a)	Basis (CAP/schaal)	Proces: De beoordelingsperiode van 90 dagen wordt beter gekaderd. ICF: De code wordt gewijzigd naar de algemene code “d: Activiteiten en participatie”, aangezien elk onderdeel hier in verband kan gebracht worden met ADL. De initiële code “d6: Huishouden” omvatte slechts een klein onderdeel van ADL.
G6 – Wandelafstand (iG4)	Facultatief	Geen.
G7 – In rolstoel afgelegde afstand (iG5)	Basis (ICF)	Geen.
G8 – Rijdt zelf met de wagen (al dan niet in aangepaste wagen) (n)	Facultatief	Geen. Er wordt wel een extra item toegevoegd voor bepaalde doelgroepen om te bepalen of er reeds een aanvraag bij CARA werd gedaan in verband met rijgeschiktheid.
G9 – Werd er een aanvraag ingediend bij CARA?	Facultatief	ICF: Dit item krijgt de code “e5408: Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot vervoer, anders gespecificeerd”. Handboek: Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd. Codering: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nee en niet van toepassing</u> • <u>Nee, maar wordt nog gedaan</u> • <u>Ja</u>
G10 – Neemt openbaar vervoer zijnde de bus/belbus/tram/trein (n)	Basis (ICF)	Itemtitel: Het item wordt meer verwoord vanuit een activiteitsstandpunt. “De persoon is in staat het openbaar vervoer te nemen”. Handboek: De verschillende soorten openbaar vervoer worden hier vermeld. Codering: Conform ICF.

		<i>ICF: De code wordt gewijzigd naar d4702 "Gebruiken van gemotoriseerd openbaar vervoer". Initieel werd hier de code "d470: Gebruik van vervoermiddel" aan gekoppeld, maar dit was te algemeen. De codes van de externe factoren worden verwijderd.</i>
G11 – Minder mobiele centrale (n)	Facultatief	ICF: Enkel de code "e540: Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot vervoer" wordt bewaard. De codes "d470: Gebruiken van vervoersmiddelen" en "e1201: Ondersteunende producten en technologie voor verplaatsing van personen binnenshuis en buitenshuis en voor vervoer" worden verwijderd, omdat het hier niet gaat om een activiteit van de persoon en vervoer binnenshuis geen deel uitmaakt van de Minder mobiele centrale.
G12a – Totaal aantal uur lichamelijke activiteit of oefening (iG6a)	Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar "persoonlijke factoren". Initieel werd hier de code "d570: Zorgdragen voor eigen gezondheid" aan gekoppeld, maar hier gaat het niet over de activiteit op zich, maar eerder hoeveel uur de persoon aan deze activiteit besteed.
<i>G12b – Totaal aantal uur lichamelijke activiteit of oefening dat men aan één stuk kan uitvoeren (n)</i>	<i>Basis (ICF)</i>	<i>Itemtitel: Dit item wordt omgevormd naar een vraag over de status van het algemeen fysiek uithoudingsvermogen. Op die manier wordt een oplossing gevonden voor het ontbreken van een BelRAI-item dat overeenkomt met het ICF Core Set item b455.</i> <i>Handboek: Bedoeling, definitie en proces worden aangepast.</i> <i>Codering: Conform ICF.</i> <i>ICF: De code wordt aangepast naar b4550 "Algemeen fysiek uithoudingsvermogen", onderdeel van "Inspanningstolerantie".</i>
G13 – Werk: FCE (n)	/	Dit item werd door de deelnemers als irrelevant beschouwd. Er kan eerder een advies gegeven worden om een FCE af te nemen op basis van de beoordeling op item G15.
G13a – Potentieel voor lichamelijke verbetering – Persoon denkt in staat te zijn tot grotere zelfstandigheid (iG7a)	Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar "Persoonlijke factor". Initieel werd hier de code "b455: inspanningstolerantie" aan gekoppeld, maar het BelRAI-item gaat hier niet over een functie op zich, maar het geloof van de persoon zelf om tot een grotere zelfstandigheid te komen.

G13b – Potentieel voor lichamelijke verbetering – Zorgverlener denkt in staat te zijn tot grotere zelfstandigheid (iG7b)	Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar e450 “Persoonlijke attitudes van hulpverleners in de gezondheidszorg”. Initieel werd hier de code “b455: inspanningstolerantie” aan gekoppeld. Dit is om twee redenen niet correct. Eerst en vooral gaat het hier niet over een functie op zich, maar het geloof in deze functie. Ten tweede gaat het hier niet over de persoon zelf, maar over een buitenstaander, namelijk de zorgverlener.
G14a – Werk: uitvoering (iG1ia)	Basis (ICF)	Geen.
G14b – Werk: mogelijkheden (iG1ib)	Basis (ICF)	Geen.
G15 – Digitale vaardigheden: uitvoering en mogelijkheden (n)	Facultatief	Geen.
G17 – Is er meer info nodig over de digitale vaardigheden van de persoon? (n)	/	Deze triggervraag is overbodig en de items in de elaboratiemodule met betrekking tot digitale vaardigheden worden verwijderd. De basisinformatie in verband met digitale vaardigheden kan gegeven worden in G16.
G17a – Digitale vaardigheden: Blind typen of tikken of typen met één hand (n)	/	Geen.
G17b – Digitale vaardigheden: Administratieve handelingen online (n)	/	Geen.
G17c – Digitale vaardigheden: Opvolgen van e-mail (n)	/	Geen.
G17d – Digitale vaardigheden: Sociale media en draagwijdte kennen (n)	/	Geen.
G17e – Digitale vaardigheden: Internetvaardigheden (n)	/	Geen.
G17f – Digitale vaardigheden: Gebruik van multimedia op de computer (n)	/	Geen.

G17g – Digitale vaardigheden: Gebruik vaste computer (inclusief laptop) (n)	/	Geen.
G17h – Digitale vaardigheden: Gebruik tablet/smartphone (n)	/	Geen.
G17i – Digitale vaardigheden: Gebruik eHealth (consultatie, parameters, coaching programma's) (n)	/	Geen.
G17j – Digitale vaardigheden: Connecteren van hulpmiddel aan app (n)	/	Geen.
SECTIE H		
H1 – Is er vermoeden van een continëntieprobleem? (n)	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien men informatie m.b.t. continëntieproblemen in de oorspronkelijke elaboratie-items kan geven.
H1 – Urinecontinentie (iH1)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar b6202 "Urinecontinentie". Initieel werd hier de code "b620: Functies gerelateerd aan urinelozing" gekoppeld, maar dit is te algemeen.
H2 – Urineopvangsysteem (iH2)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
H3 – Stoelgangcontinentie (iH3)	Basis (essentie) Basis (CAP/schaal)	ICF: De code wordt gewijzigd naar b5253 "Fecale continëntie". Initieel werd hier de code "d5301: Zorgdragen voor defecatie" aan gekoppeld, maar dit is een activiteit. In dit BelRAI-item gaat het specifiek over de functie.
<i>H4 – Incontinentiemateriaal (n)</i>	<i>Facultatief</i>	Codering: <i>De optie "enkel overdag" werd toegevoegd.</i>
<u>H5a – Ondersteund ledigen van de blaas (n)</u>	<u>Facultatief</u>	Item: <u>Het oorspronkelijke item bevroeg zowel blaas als darmen, waardoor differentiatie in de scoring niet mogelijk is. Dit item werd dus in twee aparte items opgedeeld.</u> ICF: <u>De code werd gespecificeerd naar d53001 "Zorgdragen voor urineren op gepaste wijze".</u>

<u>H5b – Ondersteund ledigen van de darmen (n)</u>	<u>Facultatief</u>	Item: Het oorspronkelijke item bevroeg zowel blaas als darmen, waardoor differentiatie in de scoring niet mogelijk is. Dit item werd dus in twee aparte items opgedeeld. ICF: De code werd gespecificeerd naar d53011 “Zorgdragen voor ontlasting op gepaste wijze”.
H6 – Andere blaas- of darmproblemen (iH9)	/	Dit is een diagnostische vraag (ICD-11). Deze informatie moet uit het EPD op verpleegkundig dossier gehaald worden.
H6 – Behandelingen en diensten – blaasprogramma (n)	Facultatief	Geen.
SECTIE I		
I – Ziektebeelden	/	Dit zal geen in te vullen item zijn, maar een automatische koppeling met het EPD waarin de diagnoses zichtbaar zullen zijn.
SECTIE J		
<i>J1a – Mobiliteit van gewrichten (n)</i>	<i>Basis (ICF)</i>	<i>Definities: Er wordt gespecificeerd over welke soort gewrichten dit kan gaan. Dit item wordt verplaatst naar sectie G (zie kwantitatieve data-analyse).</i>
<i>J1b – Spiersterkte (n)</i>	<i>Basis (ICF)</i>	<i>Definities: Er wordt gespecificeerd over welke soort gewrichten dit kan gaan. Dit item wordt verplaatst naar sectie G (zie kwantitatieve data-analyse).</i>
J2a – Valincidenten in de laatste 30 dagen (iJ1g)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
J2b – Valincidenten tussen de 31-90 dagen geleden (iJ1h)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
J2c – Valincidenten tussen 91-180 dagen geleden (iJ1i)	Basis (CAP/schaal)	Geen.

J3 – Ernstige complicaties door een valincident in de laatste 90 dagen? (iJ21)	Facultatief	Geen.
J4 – Beperking in activiteiten door angst om te vallen (iJ22)	Facultatief	Geen.
J5 – Frequentie van gezondheidsproblemen (iJ2)		Dit is een hoofdtitel van een aantal items.
J5a – Kan moeilijk of niet zonder hulp staan (iJ2a)	Facultatief	Dit item werd verplaatst naar sectie G (kwantitatieve analyse). Dit zal deels overlappen met het nieuwe basisitem “Handhaven van staande positie”, maar de codering be vraagt hier de frequentie.
J5b – Kan zich moeilijk of niet omdraaien en de andere kant opkijken vanuit staande positie (iJ2b)	Facultatief	Dit item werd verplaatst naar sectie G (kwantitatieve analyse). ICF: De code wordt gewijzigd naar d429 “Veranderen en handhaven van lichaamshouding, anders en niet gespecificeerd”. Initieel werd hier de code “d410: Veranderen van basale lichaamshouding” aan gekoppeld, maar dit is te algemeen voor dit BelRAI-item.
J5c – Duizeligheid (iJ2c)	/	Dit is een diagnostische vraag (ICD-11). Deze informatie moet uit het EPD op verpleegkundig dossier gehaald worden. Kwantitatieve data-analyse bevestigde dit ook. De CAP “dehydratatie” zal ook verwijderd worden voor BelRAI REVA.
J5c – Onzekere pas (iJ2d)	Facultatief	Dit item werd verplaatst naar sectie G, in navolging van de andere items onder het hoofdititem “Frequentie van gezondheidsproblemen”. ICF: De code wordt gewijzigd naar “b770: Gangpatroon”. Initieel werd hier de code “d450: Lopen” aan gekoppeld, maar dit BelRAI-item gaat niet over de activiteit op zich, maar de manier van lopen”.
J5e – Overgeven (iJ2n)	/	Dit is een diagnostische vraag (ICD-11). Deze informatie moet uit het EPD op verpleegkundig dossier gehaald worden. Kwantitatieve data-analyse bevestigde dit ook. De CAP “dehydratatie” zal ook verwijderd worden voor BelRAI REVA.

Overzicht beslissingen m.b.t. specifieke secties en items van BelRAI REVA op basis van de dataverzameling

J5f – Koorts (iJ2q)	/	Dit is een diagnostische vraag (ICD-11). Deze informatie moet uit het EPD op verpleegkundig dossier gehaald worden. Kwantitatieve data-analyse bevestigde dit ook. De CAP “dehydratatie” zal ook verwijderd worden voor BelRAI REVA.
J5g – Constipatie (iJ2k)	/	Dit is een diagnostische vraag (ICD-11). Deze informatie moet uit het EPD op verpleegkundig dossier gehaald worden. Kwantitatieve data-analyse bevestigde dit ook. De CAP “dehydratatie” zal ook verwijderd worden voor BelRAI REVA.
J5h – Diarree (iJ2l)	/	Dit is een diagnostische vraag (ICD-11). Deze informatie moet uit het EPD op verpleegkundig dossier gehaald worden. Kwantitatieve data-analyse bevestigde dit ook. De CAP “dehydratatie” zal ook verwijderd worden voor BelRAI REVA.
J6 – Slaapproblemen (n)	Basis (ICF)	Codering: Conform ICF.
J7 – Dyspneu (iJ3)	Basis (CAP/schaal)	Dit is een diagnostische vraag (ICD-11). Deze wordt toch behouden in het instrument, aangezien dit invloed kan hebben op de fysieke mogelijkheden van de patiënt. Het item maakt ook deel uit van de “Decubitus risicoschaal”.
J8 – Vermoeidheid (iJ4)	Basis (ICF)	Geen.
J9 – Is er pijn aanwezig? (n)	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien men informatie m.b.t. pijn in de oorspronkelijke elaboratie-items kan geven.
J9 – Chronische pijn (n)	Facultatief	Handboek: Bedoeling en definitie werden aangevuld. Codering: Conform ICF
J10a – Pijnsymptomen: frequentie (iJ5a)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
J10b – Pijnsymptomen: intensiteit van de ergste pijn (iJ5b)	Basis (ICF) Basis (CAP/schaal)	Geen.
J10c – Pijnsymptomen: pijnpatroon (iJ5c)	Facultatief	Geen.

J10d – Pijnsymptomen: doorbraakpijn (iJ5d)	Facultatief	Geen.
J10e – Pijnsymptomen: pijnbestrijding (iJ5e)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar de codes “e198: Producten en technologie, anders gespecificeerd” en “e355: Hulpverleners in de gezondheidszorg”. Initieel werd hier de code “b280: Pijngewaarwording” aan gekoppeld, maar in de definitie van het BelRAI-item gaat het niet over de functie zelf, maar eerder over de externe factoren die ervoor zorgen of de pijn op een doeltreffende manier wordt aangepakt.
J11 – Fantoempijn (n)	Facultatief	<i>Codering: Conform ICF.</i>
J12 – Terminaal stadium van ziekte (iJ6c)	Facultatief	Deze triggervraag wordt bewaard, aangezien het deel uitmaakt van de CAP “Afspraak tandarts”. Alle items voor deze CAP worden facultatief (zie items over mond en tanden), waardoor de CAP ook enkel zal berekend worden als er indicatie om deze items in te vullen.
J12a – Prognose: geschatte levensverwachting (iA16a)	Facultatief	Geen.
J12b – Vraag naar euthanasie (n)	Facultatief	Geen.
J12c – Doorverwijzing naar palliatieve zorg (iA32d)	Facultatief	Geen.
J13 – Zelfgemelde gezondheid (iJ7)	Facultatief	Geen.
J14a – Rookt dagelijks tabak (iJ8a)	Facultatief	Geen.
J14b – Alcohol (iJ8b)	Facultatief	Geen. Er kwam feedback dat dit item overbodig is voor residentiële patiënten, aangezien daar altijd “geen” zal gescoord worden. Uit de data-analyse blijkt dat dit niet het geval is. Het is weliswaar een klein aantal, maar 11% van de residentiële patiënten had in de afgelopen 14 dagen minstens 1 alcoholische consumptie genuttigd. Dit item moet dus in zijn huidige vorm behouden worden.

J14d – Middelengebruik (iJ8c)	Facultatief	Geen.
J15 – Toestand van de huid		Dit is de hoofdtitel van enkele subitems. Dit zijn items die oorspronkelijk in de elaboratiemodule “Toestand van huid” verschenen, maar hier dus verplichte items worden door de berekening van de CAP “decubitus”. De andere items die niet bijdragen tot deze CAP (allen ICD-11-items) worden verwijderd.
J15a – Doorligwonde met hoogste ernstgraad (iL1)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
J15b – Eerder een doorligwonde gehad (iL2)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
J15c – Ander ulcus dan doorligwonde (iL3)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
J15d – Andere ernstige huidproblemen (iL4)	/	/
J15e – Skin tears of snijwonden, geen operatiewonden (iL5)	/	/
J15f – Andere huidproblemen of huidveranderingen (iL6)	/	/
J15g – Voetproblemen (iL7)	/	/
J15h – Behandelingen en diensten – wondzorg (iN2mm)	/	/
J16 – Is er info nodig i.v.m. neurolocomotorische/neuromusculaire mogelijkheden en beperkingen? (n)	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien men informatie m.b.t. neurologische en/of motorische beperking in de oorspronkelijke elaboratie-items kan geven.
J16 – Ziektebeelden: neurolocomotorische aard (n)	/	Dit zal geen in te vullen item zijn, maar een automatische koppeling met het EPD waarin de diagnoses zichtbaar zullen zijn.

J17 – Symptomen: neurolocomotorische aard (n)	/	Dit zal geen in te vullen item zijn, maar een automatische koppeling met het EPD waarin de diagnoses zichtbaar zullen zijn.
J16 – Steunverbod (n)	Facultatief	Geen.
J17 – Grove motorische vaardigheden (n)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar “b7602: Controle van willekeurige bewegingen”. Initieel werd hier de code “d131: Leren door handelingen met voorwerpen” aan, maar dit impliceert eerder een activiteit, terwijl het in BelRAI expliciet om het vermogen gaat.
J18 – Fijne motorische vaardigheden (n)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar “b7602: Controle van willekeurige bewegingen”. Initieel werd hier de code “d131: Leren door handelingen met voorwerpen” aan, maar dit impliceert eerder een activiteit, terwijl het in BelRAI expliciet om het vermogen gaat.
J21 – Woning met drempels (alle drempels binnen en buiten de woning) (n)	/	Dit item wordt verwijderd, aangezien dit eerder over een hulpmiddel gaat. In sectie Q “Beoordeling van de omgeving” wordt een algemene vraag gesteld of de verblijfplaats voldoende is aangepast aan de noden van de persoon. Met dit item kan aangegeven worden of de zorgverlener verder moet zoeken met patiënt en/of omgeving welke aanpassingen er nodig zullen zijn. Dit kan dan eventueel geduid worden in het opmerkingvak. Indien we elke mogelijk aanpassing binnens- of buitenshuis zouden moeten toevoegen aan BelRAI REVA, zou dit resulteren in een exhaustieve lijst van items, wat het invullen van de vragenlijst weer arbeidsintensiever zou maken.
J22 – Woning met trappen (n)	/	Dit item wordt verwijderd, aangezien dit eerder over een hulpmiddel gaat. In sectie Q “Beoordeling van de omgeving” wordt een algemene vraag gesteld of de verblijfplaats voldoende is aangepast aan de noden van de persoon. Met dit item kan aangegeven worden of de zorgverlener verder moet zoeken met patiënt en/of omgeving welke aanpassingen er nodig zullen zijn. Dit kan dan eventueel geduid worden in het opmerkingvak. Indien we elke mogelijk aanpassing binnens- of buitenshuis zouden moeten toevoegen aan BelRAI REVA, zou dit resulteren in een exhaustieve lijst van items, wat het invullen van de vragenlijst weer arbeidsintensiever zou maken.
SECTIE K		

K1a – Lengte (iK1ab)	Basis (CAP/schaal)	Geen. Een directe link met verpleegkundig dossier zou dubbele registratie kunnen vermijden. Heel wat zorgverleners hebben ook geen idee over de lengte van een patiënt. Dit moet in de toekomst bekeken worden.
K1b – Gewicht (iK1bb)	Basis (CAP/schaal)	Geen. Een directe link met verpleegkundig dossier zou dubbele registratie kunnen vermijden. Heel wat zorgverleners hebben ook geen idee over het gewicht van een patiënt. Dit moet in de toekomst bekeken worden.
K2 – Zijn er problemen in de mond of aan de tanden? (n)	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien men informatie m.b.t. problemen aan de mond of tanden in de oorspronkelijke elaboratie-items kan geven.
K2a – Kauwen (n)	Facultatief	Geen.
K2b – Ongemak en pijn (n)	Facultatief	Geen.
K2c – Droge mond (n)	Facultatief	Geen.
K2d – Hygiëne van de uitneembare gebitsprothese (n)	Basis (CAP/schaal)	ICF: De codes werd aangepast naar s3200.
<u>K2e – Loszittende gebitsprothese (n)</u>	<u>Facultatief</u>	<p><u>Handboek:</u> Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd.</p> <p><u>Codering:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Nee</u> 2. <u>Ja, maar op te lossen met kleefpasta</u> 3. <u>Ja en opvullen (rebasen) van gebitsprothese nodig</u> 4. <u>Ja en nieuwe gebitsprothese nodig</u> 5. <u>Niet te beoordelen</u> <p><u>ICF:</u> Dit item krijgt de code “s3200”.</p>
K2f – Mondhygiëne: tanden (n)	Basis (CAP/schaal)	Geen.
K2g – Toestand van de tanden (n)	Facultatief	Geen.

K2h – Toestand van het tandvlees (n)	Facultatief	Geen.
K2i – Toestand van de tong (n)	Facultatief	Geen.
K2j – Toestand van het gehemelte en van de binnenzijde van wangen en lippen (n)	Facultatief	Geen.
K3 – Voedingsproblemen (iK2)		Dit is een hoofdtitel van een aantal items.
K3a – Gewichtsverlies van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% of meer in de laatste 180 dagen (iK2a)	Basis (essentie) Basis (CAP/schaal)	Geen.
<u>K3b - Gewichtstoename van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% of meer in de laatste 180 dagen (n)</u>	<u>Basis (essentie)</u>	Handboek: Bedoeling, definitie en proces worden toegevoegd. Antwoordopties: 1. <u>Nee</u> 2. <u>Ja</u> ICF: Dit item krijgt de code “b530”.
K3c – Gedehydrateerd (iK2b)	Basis (essentie)	Geen.
K3d – Minder dan 1 liter vochtinname per dag (iK2c)	Facultatief	Geen.
K3e – Meer vochtverlies dan vochtinname (iK2h)	Facultatief	Geen.
K4 – Speciale dieetbehoefte (iK7)	Facultatief	Geen.
K5 – Slikstoornissen (n)	Basis (essentie)	Codering: Conform ICF.
K6 – Manier van voedselinname (iK3)	Facultatief	Geen.
K7 – Parenterale of enterale voeding (iK5)	Facultatief	Geen.

SECTIE L		
L1 – Stoornis van de sensorische functies – sensibiliteit (n)	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien men informatie m.b.t. de sensoriek in de oorspronkelijke elaboratie-items kan geven.
L1a – Sensoriek: Smaak (n)	Facultatief	Handboek: Het onderscheid tussen dit item en de items met betrekking tot agnosie wordt verduidelijkt. Antwoordopties: Volgens ICF kwalifiers
L1b – Sensoriek: Reuk (n)	Facultatief	Handboek: Het onderscheid tussen dit item en de items met betrekking tot agnosie wordt verduidelijkt. Antwoordopties: Volgens ICF kwalifiers
L1c – Proprioceptie of kinesthesie (n)	Basis (essentie)	Antwoordopties: Volgens ICF kwalifiers
L1d – Interoceptie (n)	/	Dit item wordt verwijderd wegens te gedetailleerd.
L1e – Exteroceptie (n)	/	Dit item wordt verwijderd wegens te gedetailleerd.
L1d – Sensoriek: Tast (n)	Facultatief	Handboek: Het onderscheid tussen dit item en de items met betrekking tot agnosie wordt verduidelijkt. Antwoordopties: Volgens ICF kwalifiers
L1g – Temperatuurwaarneming (thermoceptie) (n)	/	Dit item wordt verwijderd wegens te gedetailleerd.
L1h – Waarneming van trillingen (n)	/	Dit item wordt verwijderd wegens te gedetailleerd.
L1i – Waarneming van druk (n)	/	Dit item wordt verwijderd wegens te gedetailleerd.
L1j – Waarneming van schadelijke stimuli (n)	/	Dit item wordt verwijderd wegens te gedetailleerd.
SECTIE M		

M1 – Houding van de persoon t.o.v. voorgeschreven geneesmiddelen (iM3)	Basis (essentie)	Geen.
M2 – Houding van de persoon t.o.v. aangeboden of geadviseerde therapie, anders dan medicatie (n)	Basis (essentie)	Dit was een triggervraag, maar geeft zelf ook nog belangrijke informatie weer. Deze wordt hier dus wel behouden. De items uit de elaboratiemodules m.b.t. therapietrouwheid worden in dit instrument verwijderd (zie hieronder).
M3a – Obstakels/barrières voor volgen bewegingsprogramma: functionele beperkingen (iEE7b)	/	De items m.b.t. obstakels/barrières worden verwijderd omdat het obstakels betreft die reeds bevraagd worden door andere items in het instrument. Bovendien omvat het verschillende potentiële obstakels in één item, waardoor het moeilijk is om een onderscheid te maken in welke zaken nu wel een obstakel vormen en welke niet.
M3b – Obstakels/barrières voor volgen bewegingsprogramma: gebrek aan kennis over hoe aan de slag te gaan (iEE7c)	/	Zie M3a.
M3c – Obstakels/barrières voor volgen bewegingsprogramma: fysieke beperkingen (iEE7h)	/	Zie M3a.
M3d – Obstakels/barrières voor volgen bewegingsprogramma: schemawijziging (iEE7i)	/	Zie M3a.
M3e – Obstakels/barrières voor volgen bewegingsprogramma: georganiseerd op een moment dat niet past (iEE7j)	/	Zie M3a.
M3f – Obstakels/barrières voor volgen bewegingsprogramma: sociale beperkingen (n)	/	Zie M3a.

M3g – Obstakels/barrières voor volgen bewegingsprogramma: gebrek aan motivatie (iEE7d)	/	Zie M3a.
M3h – Obstakels/barrières voor volgen bewegingsprogramma: Pijn tijdens de (bewegings)therapie en/of het sporten (n)	/	Zie M3a.
M3i – Obstakels/barrières voor volgen bewegingsprogramma: gebrek aan steun vanuit de naaste omgeving (n)	/	Zie M3a.
SECTIE N		
N1 – Seksualiteit (iJ10b)	Basis (ICF)	Geen.
N2 – Libidoverandering (n)	Facultatief	Geen.
<i>N3 – Intieme relaties (n)</i>	<i>Basis (ICF)</i>	<i>Antwoordopties: Volgens ICF qualifiers</i>
SECTIE O		
O1 – Bekwaamheid (iA18)	/	Dit is een hoofdtitel van een aantal items.
O1a – Bekwaam om toestemming voor behandelingen te geven (iA18a)	Basis (essentie)	Geen.
O1b – Bekwaam om met zijn/haar bezittingen om te gaan (iA18b)	Basis (essentie)	Geen.
O1c – Bekwaam om informatie uit zijn/haar medisch dossier vrij te geven (iA18c)	Basis (essentie)	Geen.

O1d – Heeft een vertegenwoordiger die beslissingen neemt omtrent persoonlijke zorg of financiën (iA18d)	Basis (essentie)	Geen.
SECTIE P		
P1 – Persoon zegt een vertrouwenspersoon te hebben (iP8)	Facultatief	Geen.
P2a – Gezinssituatie – kinderen (n)	Facultatief	Geen. Dit item is een triggervraag, maar geeft zelf ook belangrijke informatie weer. Het item uit de elaboratiemodule werd als facultatief item in dit instrument opgenomen (zie hieronder).
P2b – Gezinssituatie – Inwonende kinderen die zelf nog zorg nodig hebben? (n)	Facultatief	Geen.
P3 – Meerderjarige mantelzorger(s) in gezin (n)	/	Dit item zorgde voor verwarring bij de zorgverleners. In de definitie wordt namelijk “potentiële” tussen haakjes aan de vraag toegevoegd. Hierdoor weet men niet meer zeker of men de volgende vragen moet invullen met een potentiële mantelzorger in het achterhoofd of met een effectieve mantelzorger, indien die er is. Een oplossing zou zijn om het woord “potentiële” weg te laten, maar dan zou deze vraag overlappen met P7 “Kenmerken van de twee belangrijkste mantelzorgers”. In dit item wordt tegelijkertijd gescoord of er een mantelzorger is en wat de relatie is. Aan de hand van deze argumenten verwijderen we dit item.
P4a – Aanwezigheid van huisdieren (n)	/	Dit item wordt verwijderd aangezien dit irrelevant is voor het bepalen van de revalidatieplanning.
P4b – Zorg voor huisdieren (n)	/	Dit item wordt verwijderd aangezien dit irrelevant is voor het bepalen van de revalidatieplanning.

P5 – Getraind dier: assistentiedier	/	Dit item wordt verwijderd aangezien dit vooral toegespitst is op de visusrevalidanten en zij geen deel meer uitmaken van de doelgroepen van dit instrument.
P6 – Persoon is een primaire mantelzorger voor een andere persoon (i119)	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien men in de oorspronkelijke elaboratie-items kan aangeven of de persoon een primaire mantelzorger is voor een andere persoon.
P3a – Assisteren van anderen (n)	Basis (ICF)	Codering: Conform ICF. Codering volgens ADL-scoring werkt hier niet.
P3b – Relatie tot persoon (waar meeste zorgen aan gegeven wordt) (soc sup)	Facultatief	Geen.
P3c – Uren per week besteed aan mantelzorg (soc sup)	Facultatief	Geen.
P3d – Gevolg van het bieden van mantelzorg (soc sup)	Facultatief	Geen.
P4 – Kenmerken van de twee belangrijkste mantelzorgers – relatie tot de persoon (iP1a)	Basis (essentie) Basis (CAP/schaal)	Geen. De items die mogelijks door deze vraag werden getriggerd, worden hieronder als facultatieve items in het instrument opgenomen. Deze vragen worden wel enkel getoond in een ontslagassessment.
P5a – Mantelzorger(s) is (zijn) niet in staat om met de zorgactiviteiten verder te gaan (iP2a)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar “e340: Persoonlijke verzorgers en assistenten”. Initieel werd hier de code “d710: Basale tussenmenselijke interacties” aan gekoppeld, maar dit impliceert een activiteit vanuit de persoon zelf, terwijl het hier uitdrukkelijk gaat over de mantelzorger(s).
P5b – Primaire mantelzorger uit gevoelens van droefheid, woede of depressie (iP2b)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar “e440: Persoonlijke attitudes van persoonlijke verzorgers en assistenten”. Initieel werd hier de code “d710: Basale tussenmenselijke interacties” aan gekoppeld, maar dit impliceert een activiteit vanuit de persoon zelf, terwijl het hier uitdrukkelijk gaat over de mantelzorger(s).

P5c – Familie of naaste vrienden geven aan erg van streek te zijn door de ziekte van de persoon (iF7d)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar de codes “e410: Persoonlijke attitudes van naaste familieleden” en “e420: Persoonlijke attitudes van vrienden”. Initieel werd hier de code “d710: Basale tussenmenselijke interacties” aan gekoppeld, maar dit impliceert een activiteit vanuit de persoon zelf, terwijl het hier uitdrukkelijk gaat over de familie of naaste vrienden.
P5d – Primaire mantelzorg is ontevreden met de steun die hij/zij van de familie en vrienden krijgt (n)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar “e440: Persoonlijke attitudes van persoonlijke verzorgers en assistenten”. Initieel werd hier de code “d710: Basale tussenmenselijke interacties” aan gekoppeld, maar dit impliceert een activiteit vanuit de persoon zelf, terwijl het hier uitdrukkelijk gaat over de mantelzorg(s).
P5e – Zorgverleners melden blijvende frustratie in omgang met de persoon (iF7c)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar “e450: Persoonlijke attitudes van hulpverleners in de gezondheidszorg”. Initieel werden hier de codes “e3: Ondersteuning en relaties” en “e4: Attitudes” aan gekoppeld, maar dit is te algemeen.
P5f – Relatie met de familie is sterk en ondersteunend (iF8a)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar “e310: Naaste familie”. Initieel werden hier de codes “e3: Ondersteuning en relaties” en “e4: Attitudes” aan gekoppeld, maar dit is te algemeen.
P6 – Steun en woonsituatie (iR6b)	Facultatief	Geen.
P7a – Mantelzorg en steun (familie/naaste vrienden) bij ontslag: hulp bij zorg voor kind of andere afhankelijke personen (iR8a)	Facultatief	Geen.
P7b – Mantelzorg en steun (familie/naaste vrienden) bij ontslag: toezien op persoonlijke veiligheid (iR8b)	Facultatief	Geen.
P7c – Mantelzorg en steun (familie/naaste vrienden) bij ontslag: hulp bij ADL of IADL (iR8d)	Facultatief	Geen.

P7d – Mantelzorg en steun (familie/naaste vrienden) bij ontslag: hulp bij behandeling, medische of psychiatrische zorg (iP13e)	Facultatief	Geen.
P11 – Mantelzorg bij een persoon met een beperking van visus en/of gehoor	/	Aangezien deze module specifiek voor de gehoor- en visusrevalidatie is en ze geen doelgroep meer zijn voor BelRAI REVA, worden alle items in deze oorspronkelijke elaboratiemodule verwijderd.
P11a – Aantal minuten zorg door zorgverleners: Tussenpersoon (iN3ma/iN3mb)	/	
P11b – Aantal minuten zorg door zorgverleners: Tolk (iN3na/iN3nb)	/	
P11c – Aantal minuten zorg door zorgverleners: Visuele revalidatie (iN3pa/iN3pb)	/	
P11d – Aantal minuten zorg door zorgverleners: Gehoorrevalidatie (iN3qa/iN3qb)	/	
P11e – Aantal minuten zorg door zorgverleners: Oriëntatie- en mobiliteitsbegeleiding (iN3ra/iN3rb)	/	
P11f – Aantal minuten zorg door zorgverleners: Lees- en schrijfbegeleiding (iN3sa/iN3sb)	/	
P11g – Aantal minuten zorg door zorgverleners: Verpleeghulp (iN3ta/iN3tb)	/	

P8a – Familieleden of naaste vrienden hebben de mogelijkheid niet om mantelzorgtaken op te nemen (n)	Facultatief	Geen.
P8b – Familie of vrienden eisen ongewoon veel tijd van zorgverleners op (iF7h)	Facultatief	Geen.
SECTIE Q		
Q1 – Is er een prikkelarme omgeving wenselijk? (n)	Facultatief	Geen.
Q2a – Persoon moet 2 of meer trappen doen om zijn vaste verblijfsruimte of belangrijke ruimtes in de woning te bereiken (iR6g)	/	Dit item wordt verwijderd, aangezien dit eerder over een hulpmiddel gaat. In deze sectie wordt een algemene vraag gesteld of de verblijfplaats voldoende is aangepast aan de noden van de persoon. Met dit item kan aangegeven worden of de zorgverlener verder moet zoeken met patiënt en/of omgeving welke aanpassingen er nodig zullen zijn.
Q2b – Toegang tot noodhulp (iQ3a)	/	Zie Q2a.
Q2c – Zonder hulp toegang tot voedingswinkel (iQ3b)	/	Zie Q2a.
Q2d – Thuisbezorging van voedingsmiddelen is mogelijk (iQ3c)	/	Zie Q2a.
Q2 – Verblijfplaats is voldoende aangepast aan de zorgnood van de persoon (n)	Basis (essentie)	Geen.
Q3 – Bereidheid om de omgeving aan te passen (n)	Facultatief	ICF: De code wordt gewijzigd naar “Persoonlijke factoren”. Initieel werd hier de code “b126: Temperament en persoonlijkheid” aan gekoppeld, maar dit item gaat niet echt over een bepaalde functie van een persoon, maar eerder over bereidwilligheid.

Overzicht beslissingen m.b.t. specifieke secties en items van BelRAI REVA op basis van de dataverzameling

Q5 – Arbeids-, studie- of vrijwilligersomgeving (n)	/	Dit is een triggervraag en wordt overbodig in het nieuwe instrument. De items m.b.t. de productiviteitsomgeving uit de oorspronkelijke elaboratiemodule worden als facultatieve items in het instrument in sectie S opgenomen.
SECTIE R		In deze sectie werd de volgorde van de items aangepast. De vragen “Ingeschreven voor een formele opleiding” en “Volgt opleiding” werden aan het begin van de sectie geplaatst.
R1 – Ingeschreven voor een formele opleiding (iBB4)	Basis (essentie)	Geen.
R2 – Volgt opleiding (n)	Basis (essentie)	Geen.
R3 – Herscholingsmogelijkheden (n)	Facultatief	Geen.
<i>R4 – Onderwijstraject – in het gewone onderwijs (n)</i>	<i>Facultatief</i>	Handboek: <i>Bedoeling, definities en proces worden toegevoegd.</i> Codering: <i>De verschillende antwoordopties worden aangepast en uitgebreid, meer geënt op volwassenen.</i>
R5 – Zorgcontinuüm (n)	/	Dit item is toegespitst op de jongerenpopulatie. Aangezien zij geen doelgroep meer zullen zijn voor BelRAI REVA, kan dit item verwijderd worden.
SECTIE S		Indien de persoon volgens het item in sectie A “Werkstatuut (iBB1)” niet werkend en niet werkzoekend is, hoeft men enkel eventueel het item “Doet vrijwilligerswerk (iBB3)” in te vullen. De andere items verschijnen niet.
S1 – Doet vrijwilligerswerk (iBB3)	Facultatief	Geen.
S2 – Tewerkstelling (uitgezonderd vrijwilligerswerk) (iBB2)	Basis (essentie)	Geen.
S3 – Is er rendementsverlies op de werkvloer? (n)	/	Deze triggervraag is overbodig, aangezien men informatie m.b.t. eventueel rendementsverlies in de oorspronkelijke elaboratie-items kan geven.

S3 – Taakaanpassingen (n)	Facultatief	<p>Codering: Zorgverleners vonden dat hier onvoldoende het verschil tussen cognitieve en fysieke taakaanpassingen naar voren kwam. Daarom worden de antwoordopties aangepast:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nee 2. Ja, op cognitief vlak 3. Ja, op fysiek vlak 4. Ja, op cognitief en fysiek vlak
S4a – Aanpassingen naar arbeids-, studie- of vrijwilligersomgeving – Fysiek toegankelijk (n)	Facultatief	Codering: Conform ICF (belemmerende factor).
S4b – Aanpassingen naar arbeids-, studie- of vrijwilligersomgeving – Organisatorisch toegankelijk (n)	Facultatief	Codering: Conform ICF (belemmerende factor).
S5a – Aanwezigheid parkeervoorziening (n)	/	Dit item gaat eerder over een hulpmiddel. Aanpassingen in de werkomgeving worden reeds bevraagd in S4a en S4b. Deze items moeten als indicatie dienen om de patiënt verder te bevragen hieromtrent.
S5b – Aanwezigheid toegankelijk sanitair (n)	/	Dit item gaat eerder over een hulpmiddel. Aanpassingen in de werkomgeving worden reeds bevraagd in S4a en S4b. Deze items moeten als indicatie dienen om de patiënt verder te bevragen hieromtrent.
S5 – Arbeidshandicaperkenning VDAB (n)	Facultatief	Geen.
S6 – Goedkeuring bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen (n)	Facultatief	Dit item verschijnt enkel als het antwoord op S6 “Ja” is.
S7 – De Vlaamse ondersteuningspremie (een loonsubsidie voor de werkgever) (n)	Facultatief	<p>Dit item verschijnt enkel als het antwoord op S7 “Ja” is.</p> <p>Handboek: Bedoeling en definitie worden toegevoegd.</p>

S8 – Een tegemoetkoming in de aanpassing van de arbeidsomgeving (incl. kledij en gereedschap) (n)	Facultatief	Dit item verschijnt enkel als het antwoord op S7 “Ja” is. Itemtitel: Dit wordt licht aangepast naar “Tegemoetkoming in de aanpassing van de werkplek”. Handboek: Bedoeling en definitie worden toegevoegd.
S9 – Een tegemoetkoming in vervoers- en verblijfskosten (n)	Facultatief	Dit item verschijnt enkel als het antwoord op S7 “Ja” is. Itemtitel: Dit wordt licht aangepast naar “Tegemoetkoming in vervoerskosten”. De verblijfskosten zijn vooral van toepassing voor personen die een opleiding volgen. Handboek: Bedoeling en definitie worden toegevoegd.
S11 – Schrijf-, oraal- en gebarentaaltolken voor doven en slechthorenden (n)	/	Dit item wordt verwijderd omdat het toegespitst is op de gehoorrevalidanten en zij geen deel meer uitmaken van de doelgroep van dit instrument.
S10 – Het recht om te werken in een beschermde werkplaats (maatwerkbedrijf) (n)	Facultatief	Dit item verschijnt enkel als het antwoord op S7 “Ja” is. Itemtitel: Dit wordt licht aangepast naar “Toelating om te werken in een maatwerkbedrijf”. Handboek: Bedoeling en definitie worden toegevoegd.
SECTIE T		Deze sectie wordt volledig verwijderd.
T1 – Betrokkenheid in de gemeenschap (iF8d)	/	Dit item wordt verwijderd, aangezien de betrokkenheid van de patiënt al uitgebreid bevraagd wordt in sectie F.
T2 – Tijd gemiddeld bezig met ontspanningsactiviteiten (iS1b)	/	Dit item wordt verwijderd, aangezien een participatieprobleem in recreatie en vrije tijd reeds bevraagd wordt. De tijd die men hieraan gemiddeld spendeert, is minder relevant voor revalidatieplanning.
SECTIE U		Deze sectie verschijnt enkel als het gaat om een ontslagassessment.
U1 – Laatste dag van zorgverlening (iT1)	Basis (essentie)	Geen.
U2 – Ontslagbeleving (n)	Basis (essentie)	Geen.

U3 – Oplossingen voor toekomstige behoeften (iP9)	Facultatief	Geen.
<i>U4 – Ontslag naar (iT2)</i>	<i>Basis (essentie)</i>	Codering: <i>De antwoordopties werden aangepast conform de opties in sectie A, met toevoeging van “Overleden”.</i>
U5a – Ontslag is een definitieve, passende oplossing (n)	Facultatief	Geen.
U5b – Ontslag is een tijdelijke oplossing, nog zoekende naar een passende oplossing	Facultatief	Geen.
U6 – Beslissing van ontslag is genomen (iT5exBEL)	Basis (essentie)	Geen.
U7 – Persoon vertrok tegen medisch advies in (iT5)	Basis (essentie)	Geen.
<i>U8 – Doelen volgens de persoon (bij ontslag) (iA10)</i>	<i>Basis (essentie)</i>	<i>iCode: De iCode “iA10” komt niet overeen met dit item. Conform het item “Doelen volgens de persoon (bij intake)” in Sectie B, wordt dit aangeduid als een nieuw item.</i>
<i>U9 – Betaalde arbeid na ontslag (n)</i>	<i>Facultatief</i>	Codering: <i>De opties “andere functie bij een andere werkgever, zonder bijscholing of herscholing” en “andere functie bij een andere werkgever, mits bijscholing of herscholing” ontbraken en werden toegevoegd.</i>
Sectie V		
V1 – Handtekening en datum waarop de beoordeling volledig was afgerond (iU1, iU2)	Basis (essentie)	Geen.

Legende lay-out:

- Vetgedrukt: Het originele item uit de versie '19 wordt behouden in de versie '23

- Schuin: Het originele item uit de versie '19 wordt behouden in de versie '23, maar bevat aanpassingen (exclusief wijziging ICF-codes en verplaatsingen)
- Onderstreept: Dit item werd nieuw toegevoegd aan de versie '23
- Doorstreept: Dit originele item uit de versie '19 werd verwijderd en wordt dus niet opgenomen in de versie '23

