

SCHALEN

Appendix



Appendix - Schalen

Katz-schaal voor BASALE activiteiten van het dagelijkse leven (ADL)

Definities

De ADL-index is gebaseerd op de beoordeling van de functionele (on)afhankelijkheid van personen voor zich wassen, zich kleden, WC-bezoek, zich verplaatsen binnenhuis, continëntie en zich voeden. Specifieke definities van (on)afhankelijkheid zijn als volgt te interpreteren: onafhankelijkheid betekent het uitvoeren van de functie zonder supervisie, of verbale of fysieke ondersteuning van derden, tenzij het uitdrukkelijk wordt gespecificeerd. De beoordeling wordt gebaseerd op de actuele status en niet op de mogelijkheden van de persoon. Dit betekent dat een persoon die weigert om een opdracht uit te voeren, beschouwd wordt als afhankelijk voor deze opdracht, ook al vermoedt men dat hij er wel toe in staat is.

<p>WASSEN (gewoon wassen of het nemen van een douche of bad)</p>	<p><input type="checkbox"/> Onafhankelijk: wast zichzelf volledig onafhankelijk of wordt slechts geholpen voor één onderdeel (bv. het wassen van de rug of een gehandicapt lichaamsdeel).</p> <p><input type="checkbox"/> Afhankelijk: heeft hulp nodig bij het wassen van meer dan één lichaamsdeel; heeft hulp nodig om in en uit het bad te komen of wast zichzelf helemaal niet.</p>
<p>KLEDEN</p>	<p><input type="checkbox"/> Onafhankelijk: neemt zelf de kledingsstukken uit de kast of lade, kleedt zichzelf aan en kan losse kledingsstukken zonder problemen aandoen. Het vastbinden van de schoenveters wordt niet beoordeeld.</p> <p><input type="checkbox"/> Afhankelijk: kleedt zichzelf niet aan of slaagt er slechts in om zich gedeeltelijk aan te kleden.</p>
<p>WC-BEZOEK</p>	<p><input type="checkbox"/> Onafhankelijk: kan zich zonder hulp verplaatsen naar of van het toilet, zich neerzetten en rechtkomen van het toilet en zichzelf reinigen. Hij kan eventueel zelfstandig 's nachts een bedpan of urinaal gebruiken. Gebruik van mechanische hulpmiddelen is toegelaten.</p> <p><input type="checkbox"/> Afhankelijk: De patiënt kan zich niet zonder gedeeltelijke hulp (stimulatie, controle) van derden verplaatsen naar of van het toilet en/of zich neerzetten en rechtkomen van het toilet. Hij heeft hulp nodig bij het gebruik van een bedpan.</p>
<p>VERPLAATSEN BINNENSHUIS</p>	<p><input type="checkbox"/> Onafhankelijk: kan zich volledig zelfstandig in en uit een bed of een fauteuil verplaatsen (mag hiervoor mechanische hulpmiddelen gebruiken).</p> <p><input type="checkbox"/> Afhankelijk: heeft hulp nodig om in en uit een bed of fauteuil te komen; doet geen zelfstandige verplaatsingen.</p>
<p>CONTINENTIE</p>	<p><input type="checkbox"/> Onafhankelijk: De patiënt heeft geen enkel probleem, noch voor urine noch voor feces.</p> <p><input type="checkbox"/> Afhankelijk: er bestaat een gedeeltelijke of volledige incontinentie voor urine of feces. Voor partiële of volledige controle van de continëntie worden lavementen, katheters of een bedpan/urinaal gebruikt.</p>
<p>VOEDEN</p>	<p><input type="checkbox"/> Onafhankelijk: neemt het voedsel zelf van het bord en eet zelfstandig. Voorbereidende handelingen zoals het snijden van vlees of het boteren van brood worden niet geëvalueerd.</p> <p><input type="checkbox"/> Afhankelijk: heeft hulp nodig bij de voeding of moet gevoed worden (ook artificieel).</p>

Score	<i>A</i>	<i>Onafhankelijk voor de 6 items</i>
	<i>B</i>	<i>Afhankelijk voor 1 van de 6 items</i>
	<i>C</i>	<i>Afhankelijk voor wassen en 1 bijkomend item</i>
	<i>D</i>	<i>Afhankelijk voor wassen, kleden en 1 bijkomend item</i>
	<i>E</i>	<i>Afhankelijk voor wassen, kleden, WC-bezoek en 1 bijkomend item</i>
	<i>F</i>	<i>Afhankelijk voor wassen, kleden, WC-bezoek, verplaatsen en 1 bijkomend item</i>
	<i>G</i>	<i>Afhankelijk voor alle items</i>
	<i>Ander</i>	<i>Afhankelijk voor ten minste 2 functies maar niet te klasseren als C, D, E of F</i>

Evaluatie van de BASALE ADL-activiteiten

De ADL-schaal volgens Katz is gebaseerd op de evaluatie van de functionele (on)afhankelijkheid op het vlak van zich wassen, zich kleden, WC-bezoek, zich verplaatsen, continëntie en voeding. Men kan opteren om elke functie nog meer gedetailleerd te beschrijven op basis van het evaluatieformulier (zie hieronder). Dit is niet strikt noodzakelijk voor het scoresysteem. Wanneer men de resultaten wenst te gebruiken om ze om te zetten in een originele Katz-score dan moeten ze als volgt geïnterpreteerd worden. Het middelste niveau (score 2) voor de items zich wassen, zich kleden en zich voeden komt overeen met “onafhankelijk”. Voor de andere items daarentegen moet dit niveau gelijk gesteld worden met “afhankelijk.”

Evaluatie van de ADL-activiteiten (volgens KATZ)

Kies voor elk functie-item de meest passende beschrijving

WASSEN	<input type="checkbox"/> Geen hulp nodig <input type="checkbox"/> Heeft hulp nodig bij het wassen van één lichaamsdeel (rug of been) <input type="checkbox"/> Heeft hulp nodig bij meerdere lichaamsdelen
KLEDEN	<input type="checkbox"/> Neemt zelf de kleding uit de kast en kleedt zich volledig aan zonder hulp <input type="checkbox"/> Neemt zelf de kleding uit de kast en kleedt zich volledig aan zonder hulp, behalve het knopen van de schoenveters <input type="checkbox"/> Heeft hulp nodig om kleding te nemen en zich volledig aan te kleden
WC-BEZOEK	<input type="checkbox"/> Gaat zelfstandig naar het toilet, reinigt zichzelf en brengt zijn kledij in orde zonder hulp. Het gebruik van mechanische hulpmiddelen (stok, gangkader) is toegestaan. <input type="checkbox"/> Wanneer een bedpan/urinaal gebruikt wordt kan het zelf geledigd worden. <input type="checkbox"/> Heeft hulp nodig om naar het toilet te gaan, zich te reinigen of de kledij in orde te maken en om een bedpan/urinaal te gebruiken <input type="checkbox"/> Maakt geen zelfstandig gebruik van het toilet
VERPLAATSEN	<input type="checkbox"/> Kan zonder hulp in en uit een bed of fauteuil, eventueel met gebruik van mechanische middelen <input type="checkbox"/> Kan alleen met hulp in en uit een bed of fauteuil. <input type="checkbox"/> Komt niet uit bed
CONTINENTIE	<input type="checkbox"/> De patiënt heeft geen enkel probleem, noch voor urine noch voor feces. <input type="checkbox"/> Accidentele incontinentie <input type="checkbox"/> Supervisie is nodig voor controle van de continëntie; er wordt een katheter gebruikt of er is incontinentie
VOEDEN	<input type="checkbox"/> Heeft geen hulp nodig om zich te voeden <input type="checkbox"/> Heeft voorbereidende hulp nodig (vlees snijden, brood smeren) <input type="checkbox"/> Moet geholpen worden om zich te voeden of wordt gedeeltelijk of volledig artificieel gevoed (enterale of parenterale voeding)

Aangepaste schaal van KATZ met vier niveaus van ernst en rekening houdend met de oriëntatiestoornissen (In België gebruikte variante).

Deze versie wordt gebruikt om de categorie van zorgbehoevendheid van personen, in de thuiszorg of opgenomen in een rusthuis of RVT, vast te stellen en dient als basis voor de tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 34, 12 van de gecoördineerde wet wat de inrichtingen betreft.

<p>WASSEN</p> <p><input type="checkbox"/> 1. wast zich volledig zonder hulp</p> <p><input type="checkbox"/> 2. heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel</p> <p><input type="checkbox"/> 3. heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven en onder de gordel</p> <p><input type="checkbox"/> 4. moet volledig geholpen worden om zich te wassen boven en onder de gordel</p>
<p>KLEDEN</p> <p><input type="checkbox"/> 1. kleedt zich volledig aan en uit zonder hulp</p> <p><input type="checkbox"/> 2. heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich aan te kleden onder de gordel (uitzondering gemaakt voor de schoenveters)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich aan te kleden boven en onder de gordel</p> <p><input type="checkbox"/> 4. moet volledig geholpen worden om zich aan te kleden boven en onder de gordel</p>
<p>VERPLAATSSEN</p> <p><input type="checkbox"/> 1. verplaatst zich zonder enige mechanische hulp of hulp van derden.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. staat onafhankelijk op uit stoel maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich autonoom te verplaatsen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. heeft hulp nodig van derden om op te staan en zich te verplaatsen</p> <p><input type="checkbox"/> 4. is bedlegerig of aangewezen op rolstoel en is afhankelijk van derden om zich te verplaatsen</p>
<p>TOILETBEZOEK</p> <p><input type="checkbox"/> 1. gaat alleen naar het toilet en reinigt zichzelf</p> <p><input type="checkbox"/> 2. heeft gedeeltelijke hulp nodig om naar het toilet te gaan en zich te reinigen</p> <p><input type="checkbox"/> 3. moet volledig geholpen worden om naar het toilet te gaan en zich te reinigen</p> <p><input type="checkbox"/> 4. kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de toiletstoel</p>
<p>CONTINENTIE</p> <p><input type="checkbox"/> 1. is continent zowel voor urine als feces</p> <p><input type="checkbox"/> 2. accidenteel incontinent (inclusief blaassonde of stomie)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. incontinentie voor urine (inclusief mictietraining)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. incontinentie voor urine en feces</p>
<p>ETEN</p> <p><input type="checkbox"/> 1. eet en drinkt alleen</p> <p><input type="checkbox"/> 2. eet en drinkt alleen maar met voorbereidende hulp</p> <p><input type="checkbox"/> 3. eet en drinkt alleen maar met hulp tijdens de maaltijd</p> <p><input type="checkbox"/> 4. wordt volledig geholpen met eten</p>
<p>ORIENTATIE IN TIJD</p> <p><input type="checkbox"/> 1. geen probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 2. nu en dan een probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 3. bijna elke dag een probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 4. volledig gedesoriënteerd</p> <p><input type="checkbox"/> 5. niet meer te testen vanwege de vergevorderde toestand</p>
<p>ORIENTATIE IN RUIMTE</p> <p><input type="checkbox"/> 1. geen probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 2. nu en dan een probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 3. bijna elke dag een probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 4. volledig gedesoriënteerd</p> <p><input type="checkbox"/> 5. niet meer te testen vanwege de vergevorderde toestand</p>

Categorieën van zorgbehoefte

Een afhankelijkheid wordt voor elk item gescoord als een score van 3 voor dit item wordt behaald.

CATEGORIE O	
Daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt die fysiek volledig onafhankelijk zijn en niet dement zijn.	
CATEGORIE A	
FYSIEK: afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;	
PSYCHISCH: gedesoriënteerd in tijd en ruimte, maar fysiek volledig onafhankelijk;	
CATEGORIE B	
FYSIEK afhankelijk:	om zich te wassen en te kleden, én om zich te verplaatsen en/of om te eten en/of wegens incontinentie
PSYCHISCH afhankelijk:	gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;
CATEGORIE C	
FYSIEK afhankelijk:	om zich te wassen en te kleden, én om zich te verplaatsen én voor toiletbezoek én wegens incontinentie en/of om te eten
PSYCHISCH afhankelijk	gedesoriënteerd in tijd én ruimte, afhankelijk om zich te wassen en te kleden, incontinent én om zich te verplaatsen en/of toiletbezoek en/of eten

Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven

De IADL activiteiten geven de capaciteiten van ouderen aan om te functioneren in verschillende domeinen van cognitie, sociale interactie, tijdsbesteding en welzijn. Dit wordt geëvalueerd met de IADL schalen.

IADL-schaal (oorspronkelijke versie volgens Lawton & Brody)

	<i>Bekwaamheid om de telefoon te gebruiken:</i>	
1	bedient zich van de telefoon op eigen initiatief (zoekt nummers op, kiest ze enz.)	1
2	kiest slechts welbepaalde nummers	1
3	neemt de telefoon op, maar belt zelf niet op	1
4	gebruikt de telefoon helemaal niet	0
	<i>Winkelen:</i>	
1	doet zelfstandig alle boodschappen	1
2	gaat zelfstandig winkelen voor kleine aankopen	0
3	vergt begeleiding voor alle boodschappen	0
4	volledig onbekwaam om boodschappen te doen	0
	<i>Voedselbereiding:</i>	
1	plant, bereidt en serveert evenwichtige maaltijden op zelfstandige wijze	1
2	bereidt evenwichtige maaltijden indien hij/zij van ingrediënten voorzien wordt	0
3	warmt vooraf bereide maaltijden op en serveert ze, of bereidt maaltijden maar zorgt niet voor een voldoende evenwichtige voeding	0
4	de maaltijden moeten hem/haar bereid en geserveerd worden	0
	<i>Huishouden:</i>	
1	zorgt alleen voor het huishouden of doet het met occasionele hulp (bv. voor zwaar huishoudelijk werk)	1
2	voert lichte dagelijkse taken uit (vaat doen, bedden opmaken...)	1
3	voert dagelijkse taken uit, maar kan niet voor een aanvaardbare netheid zorgen	1
4	vergt hulp bij alle huishoudelijke taken	1
5	neemt helemaal niet deel aan de huishoudelijke taken	0
	<i>Was:</i>	
1	doet de was zelfstandig	1
2	wast klein linnengoed, sokken, kousen enz.	1
3	de was moet geheel door anderen gedaan worden	0
	<i>Vervoer:</i>	
1	reist zelfstandig met het openbaar vervoer of stuurt eigen wagen	1
2	regelt zelf haar/zijn verplaatsingen met de taxi, maar gebruikt geen openbaar vervoer	1
3	maakt gebruik van het openbaar vervoer, indien bijgestaan of begeleid	1
4	verplaatsing is beperkt tot taxi of wagen maar alleen met iemands bijstand	0
5	verplaatst zich helemaal niet	0
	<i>Verantwoordelijkheid voor eigen medicatie:</i>	
1	is verantwoordelijk voor het innemen van de medicatie in de juiste dosis en op de gepaste tijdstippen	1
2	neemt de verantwoordelijkheid indien de medicatie vooraf in afzonderlijke dosissen bereid is	0
3	is onbekwaam om zichzelf de medicatie toe te dienen	0
	<i>Bekwaamheid om financiën te beheren:</i>	
1	regelt zelfstandig financiële zaken (budget, uitschrijven van cheques, betalen van de huur & facturen, naar de bank gaan), controleert het inkomen.	1
2	zorgt voor de dagelijkse aankopen, maar heeft hulp nodig voor bankverrichtingen, belangrijke aankopen enz.	1
3	onbekwaam om geldzaken te regelen	0

Een score van 8 is volledig onafhankelijk voor IADL.

Een score van 0 is volledig afhankelijk voor IADL.

IADL: MAI (Multilevel Assessment Instrument volgens Lawton)

Het eerste antwoord op elke vraag geeft een volledige onafhankelijkheid aan, het tweede geeft aan dat lichte ondersteunende hulp nodig is en het derde dat hulp van derden vereist is. In principe scoort men 3, 2 of 1 op elk item, waarbij een maximale score van 27 een optimaal functioneren aangeeft. De score wordt vooral gebruikt om de evolutie van een individuele patiënt te volgen. De items 4 tot en met 7 zijn afhankelijk van het geslacht en minder geschikt om de IADL- activiteiten van mannen te beoordelen.

Gebruikt u de telefoon	Ja Ja, maar alleen bekende nummers of antwoorden Neen	3 2 1
Verplaatst u zich over grotere afstanden buiten de eigen buurt	Ja Ja, maar alleen met wat hulp Neen	3 2 1
Doet u zelf uw boodschappen	Ja Ja, maar alleen de kleine aankopen Neen	3 2 1
Bereidt u zelf volledig uw maaltijden	Ja Ja, broodmaaltijden of opwarmen van een voorbereide maaltijd Neen	3 2 1
Doet u zelf volledig het huishouden	Ja Ja, maar alleen de lichtere dagelijkse taken Neen	3 2 1
Onderhoudt u volledig uw eigen woning	Ja Alleen kleine klusjes Neen	3 2 1
Doet u zelf de was	Ja Alleen het kleine linnengoed Neen	3 2 1
Neemt u zelf uw medicatie	Ja Ja, wanneer men de medicatie heeft klaargelegd Neen	3 2 1
Doet u volledig uw eigen financiën	Ja Alleen kleine verrichtingen voor de dagelijkse aankopen Neen	3 2 1

Barthel Index

Richtlijnen

1. De Barthel index moet gebruikt worden als een evaluatie van hetgeen de patiënt reëel doet, niet van hetgeen hij zou kunnen doen.
2. Het doel is om een niveau van onafhankelijkheid vast te stellen los van enige fysieke of verbale ondersteuning, hoe klein en om welke reden dan ook.
3. Wanneer een patiënt toezicht vergt voor een bepaalde handeling wordt hij hiervoor als afhankelijk beschouwd.
4. Het niveau van functioneren moet vastgesteld worden met de best beschikbare gegevens. Ondervraging van de patiënt, de familieleden en het zorgverstrekkend personeel zijn de meest gebruikte methoden, hoewel observatie en gezond verstand eveneens belangrijk zijn. Rechtstreekse evaluatie in een test situatie is niet vereist.
5. Meestal evalueert men de situatie over de laatste 48 uur, maar soms zijn langere periodes relevant.
6. Bij een tussenniveau neemt men aan dat de patiënt minstens 50 percent van de taak volbrengt.
7. Het gebruik van hulpmiddelen is toegelaten.

Eten	10 5 0	onafhankelijk hulp nodig bij het snijden, boteren...; vereist een aangepast dieet afhankelijk
Zich wassen	5 0	onafhankelijk, neemt zelf een bad/douche afhankelijk
Persoonlijk Toilet (wassen, kammen...)	5 0	onafhankelijk: wast zijn gezicht, kamt zijn haren, poetst zijn tanden, scheert zich afhankelijk/hulp nodig
Zich kleden	10 5 0	onafhankelijk: sluit knopen, rits... heeft hulp nodig, maar doet minstens de helft van het werk afhankelijk
Darmfunctie	10 5 0	continent accidenteel incontinent incontinent; lavementen moeten geplaatst worden
Blaasfunctie	10 5 0	continent accidenteel incontinent incontinent (urinesonde)
Toiletgebruik	10 5 0	onafhankelijk naar het toilet, beschermt zijn kledij en maakt zich schoon heeft hulp nodig maar kan zichzelf gedeeltelijk behelpen afhankelijk
Transfer (bed naar stoel en terug)	15 10 5 0	onafhankelijk, ook in gebruik van eventuele rolstoel licht toezicht (verbaal) fysieke hulp (1-2 mensen), kan zitten afhankelijk, geen zitbalans
Stappen/rolstoelgebruik op vlakke oppervlakten	15 10 5 0	onafhankelijk over een afstand van 50 m (mag stok gebruiken) licht toezicht over een afstand van 50 m (1 persoon) onafhankelijk in rolstoel over 50 m, inbegrepen hoeken immobiel of < 50 m
Trappen.	10 5 0	onafhankelijk hulp nodig (verbaal, fysieke ondersteuning, gebruikt hulpmiddel) afhankelijk
TOTAAL (0-100):		

MMSE: MINI MENTAL STATE EXAMINATION (naar oorspronkelijke versie)

De MMSE is de meest gebruikte test voor de evaluatie van de cognitieve functie. Over deze test is heel wat geschreven en verschillende aanpassingen (al dan niet gevalideerd) werden aangebracht. Ook werd de test in verschillende talen vertaald. Oorspronkelijk was de MMSE bedoeld om organisch hersenlijden te differentiëren van functioneel lijden. Het was de bedoeling om cognitieve stoornissen te kwantificeren en veranderingen te beschrijven, maar niet om hem te gebruiken in een diagnostische zin. De oorspronkelijke publicatie gaf aan dat het instrument een hulpmiddel was om psychiaters in opleiding te trainen in de evaluatie van cognitieve aspecten. De notie “MINI” gaf aan dat geen aspecten van affect of psychose werden geëvalueerd. De oorspronkelijke validiteit en betrouwbaarheid werd bepaald op een steekproef van 206 psychiatrische patiënten en gaf een goed discriminerend vermogen tussen patiënten met dementie, depressie en depressie met cognitieve stoornissen.

De MMSE heeft een maximale score van 30 punten, die bekomen wordt door de evaluatie in verschillende cognitieve deelgebieden:

Oriëntatie in tijd en ruimte	10 punten
Registratie van 3 woorden	3 punten
Aandacht en rekenen	5 punten
Heroproepen van de 3 woorden	3 punten
Taal	8 punten
Visueel-constructieve praxis	1 punt

Hierna worden vertalingen gegeven van de oorspronkelijke MMSE test en een tweede versie (SMMSE: Standardized Mini Mental State Examination) die ontwikkeld werd om de objectiviteit van de oorspronkelijke test te verbeteren. Het verschil is dat er meer specifieke instructies gegeven worden om de schaal toe te passen en te scoren. Ook wordt de voorkeur gegeven aan de spellingstaak boven de rekentaak.

Enkele bemerkingen bij de vertaling.

Verschillende versies geven andere woorden voor de inprenting en heroproepingstaak. In de oorspronkelijke versie worden de woorden niet gespecificeerd maar aangeduid als “voorwerpen”. Drie korte woorden met een voldoende verschil in betekenis (behorend tot een verschillend semantisch veld) kunnen hier gebruikt worden.

Er centreert zich ook een discussie rond het gebruik van de rekensommen (serial 7*) of de spellingsoefening met het omgekeerd spellen van een woord. In de oorspronkelijke versie wordt het rekenen gebruikt en zal men de omgekeerde spelling alleen maar toepassen bij weigeren van de patiënt om het rekenen uit te voeren. Het oorspronkelijke woord (“world”) bestaat uit vijf letters, is monosyllabisch en bevat 1 klinker. Dit komt niet overeen met het meest gebruikte woord in de Nederlandstalige versie “kamer” dat twee lettergrepen en twee klinkers bevat. Beter zou zijn om een woord te nemen als “worst”.

Bij veel vertalingen stelt zich een specifiek probleem met het oorspronkelijke “No ifs, ands or buts”. Dit is namelijk in het Engels een relatief moeilijk spreekwoord dat aangeeft dat er geen uitvluchten moeten gezocht worden. In sommige versies wordt dit letterlijk vertaald (in “Geen als, en of maar”) hetgeen echter geen spreekwoord is en eerder een losse reeks woorden zonder verband voorstelt. De oorspronkelijke bedoeling gaat aldus verloren en de normale score kan hierdoor beïnvloed worden. Beter zou zijn om dit item te vervangen door een spreekwoord dat niet te gemakkelijk is om te herhalen. “Oost west, thuis best” dat soms wordt teruggevonden vertoont een te hoog automatisme om hier te voldoen. “Als twee honden vechten voor een been, loopt een derde er mee heen” vertoont een betere moeilijkheidsgraad bij het herhalen en is een spreekwoord dat algemeen voldoende gekend is. Een andere mogelijkheid is “nu eens dit en dan weer dat”, hetgeen meer in de lijn ligt van het oorspronkelijke Engelse voorbeeld.

Bij de kopieertaak wordt gevraagd om een figuur na te tekenen. Deze figuur bestaat uit 2 gelijkzijdige vijfhoeken die elkaar snijden en waarbij de intersectie een vierhoekige figuur vormt. Deze figuur verdient de voorkeur boven andere figuren met ongelijkzijdige vijfhoeken. Voor het interpreteren van het resultaat dienen de tien hoeken aanwezig te zijn en dienen 2 ervan elkaar te snijden. Tremoren en rotatie in de figuur worden niet beoordeeld.

* *Het getal 7 aftrekken van 100 en daarna nog 4 maal tot 65.*

MMSE: Oorspronkelijke versie (volgens Folstein)

	SCORE	Max
<p>ORIËNTATIE</p> <p>Welk jaar seizoen datum maand dag is het vandaag?</p> <p><i>(één punt voor elk juist antwoord)</i></p>	<p>() () () () () ()</p> <p>....</p>	<p>5</p>
<p>Kunt u mij vertellen waar u nu bent?</p> <p>Land Provincie Stad Ziekenhuis (straat) Verdieping (huis)</p> <p><i>(één punt voor elk juist antwoord)</i></p>	<p>() () () () ()</p> <p>....</p>	<p>5</p>
<p>REGISTRATIE</p> <p>Noem drie niet-verwante woorden (1 seconde per woord). Vraag de patiënt om de drie woorden te herhalen. De eerste poging bepaalt de score. Geef één punt voor elk juist antwoord. Herhaal de woorden tot de patiënt de drie woorden kan opzeggen. In het totaal zijn 6 pogingen toegelaten. Indien de patiënt uiteindelijk na 6 pogingen de 3 woorden nog niet kan herhalen dan kan het geheugen niet getest worden. Aantal pogingen:</p> <p><i>(één punt voor elk juist antwoord)</i></p>	<p>()</p>	<p>3</p>
<p>AANDACHT EN REKENEN</p> <p>Laat van de 100 zeven aftrekken, van het resultaat dan weer zeven, en zo verder. Stop na 5 antwoorden en geef één punt per goed antwoord.</p> <p>Als de patiënt weigert, laat hem/haar het woord “WORST” achterstevoren spellen en geef één punt per goed antwoord.</p>	<p>()</p>	<p>5</p>
<p>GEHEUGEN</p> <p>Vraag om de 3 woorden die daarjuist werden gegeven terug op te zeggen. <i>Geef één punt per goed antwoord.</i></p>	<p>()</p>	<p>3</p>
<p>TAAL</p> <p>Wijs een potlood en een horloge aan en vraag de patiënt om dit te benoemen <i>(2 punten)</i></p> <p>Laat de volgende zin herhalen: “Nu eens dit en dan weer dat” <i>(één punt als complete zin goed is)</i></p> <p>Laat een taak uitvoeren in drie tijden: “Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, vouw het in twee en leg het op de vloer” <i>(één punt voor iedere goede handeling)</i></p> <p>Laat een opdracht lezen en uitvoeren: kaartje met daarop grote letters: ‘sluit uw ogen’ <i>(1 punt)</i></p> <p>Wilt u voor mij een zin opschrijven? <i>(1 punt)</i></p> <p>Laat een figuur kopiëren <i>(1 punt)</i></p>	<p>() () () () () ()</p>	<p>2 1 3 1 1 1</p>
<p>Totale score</p>	<p>—</p>	<p>30</p>

SMMSE: Standardized Mini Mental State Examination (volgens Molloy)

	Maximale score
1. Geef 10 seconden de tijd voor elk antwoord	
a) Welk jaar is het nu? (Exacte jaar is nodig)	1
b) Welk seizoen is het nu? (Gedurende de laatste of eerste week van een seizoen zijn beide goed)	1
c) Welke maand is het nu? (Gedurende de laatste of eerste dag van een maand zijn beide goed)	1
d) Welke datum is het vandaag ? (de datum mag 1 dag verschillen)	1
e) Welke dag van de week is het vandaag? (exact antwoord is nodig)	1
 (5)
2. ORIËNTATIE IN RUIJTE (Geef 10 seconden voor elk antwoord)	
a) In welk land zijn we? (exact antwoord is nodig)	(1)
b) In welke provincie zijn we? (exact antwoord is nodig)	(1)
c) In welke stad/gemeente zijn we? (exact antwoord is nodig)	(1)
d) <i>In het hospitaal:</i> Hoe heet dit hospitaal? (exact antwoord is nodig) <i>Thuis:</i> Wat is het juiste adres van dit huis? (exact antwoord voor straat en nummer is nodig)	(1)
e) <i>In het hospitaal:</i> Op welke verdieping bevinden we ons nu? (exact antwoord is nodig) <i>Thuis:</i> In welke kamer van dit huis zijn wij? (exact antwoord is nodig)	(1)
 (5)
2. Ik ga drie woorden zeggen, die u dadelijk moet herhalen. Onthoud ze want ik zal ze binnen enkele minuten terugvragen (zeg de drie woorden traag met 1 seconde interval)	
BOEK MOLEN PLANT	
(Voor herhalingsonderzoek APPEL TAFEL FRANK ZETEL TULP EEND)	
Wilt u deze woorden eens herhalen? (1 punt voor elke correcte herhaling bij de eerste poging) (3)
Geef 20 seconden tijd. Wanneer de drie woorden niet allemaal werden herhaald, dient de reeks opnieuw opgezegd te worden tot de patiënt ze allemaal kan nazeggen. Noteer het aantal pogingen dat nodig is om de volledige reeks te doen herhalen.	
4. Spel het woord "WORST" (er mag hulp gegeven worden om het woord correct te spellen). Zeg dan: "Spel het woord nu van achteren naar voren" Geef 30 seconden de tijd en scoor 1 punt voor elke correcte letter. Wanneer de patiënt het woord niet kon spellen op de normale manier, zelfs niet met hulp, scoor dan 0) (5)
5. Vraag om de 3 woorden, die daarjuist werden gegeven, terug op te zeggen. Geef één punt per goed antwoord en laat hiervoor 10 seconden de tijd. (3)
6. Wijs een polshorloge aan en vraag de patiënt om dit te benoemen (Scoor 1 punt voor (pols)horloge of uurwerk, aanvaard niet "klok" of "tijd"...) Geef hiervoor 10 seconden (1)
7. Wijs een potlood aan en vraag de patiënt om dit te benoemen (Scoor 1 punt voor (potlood, aanvaard niet "pen" of "stylo"...) Geef hiervoor 10 seconden (1)

<p>8. Laat de volgende zin herhalen: “Nu eens dit en dan weer dat” (één punt als complete zin exact is)</p>	<p>.... (1)</p>
<p>9. Zeg: “Lees dit en doe wat erop staat”. Laat een kaartje lezen met daarop in duidelijke letters: ‘SLUIT UW OGEN’</p> <p>Wanneer de patiënt enkel de tekst leest mag u de opdracht herhalen tot 3 maal toe. Laat 10 seconden de tijd en scoor 1 punt <u>alleen</u> wanneer de patiënt de ogen sluit. Het al dan niet hardop lezen is van geen belang.</p>	<p>.... (1)</p>
<p>10. Vraag of de patiënt links- of rechtshandig is. De taak wordt zodanig aangepast dat zij moet uitgevoerd worden met de niet-dominante hand. Neem een papiertje, laat het aan de patiënt zien en zeg: “Wilt u dit papiertje pakken met uw rechter-/linkerhand, vouw het éénmaal in twee en leg het op de vloer”</p> <p>Neemt het papier met de correcte hand: ... (1) Vouwt het in twee: ... (1) Legt het op de vloer: ... (1)</p> <p>Geef een tijd van 30 seconden en scoor 1 punt per juiste opdracht</p>	<p>... (1) ... (1) ... (1)</p>
<p>11. Geef de patiënt een pen en papier en vraag hem/haar: “Wilt u voor mij een volledige zin opschrijven?” Geef 30 seconden de tijd en scoor 1 punt wanneer de zin een onderwerp en lijdend voorwerp heeft. Spellingsfouten zijn niet belangrijk.</p>	<p>.... (1)</p>
<p>12. Geef de patiënt een pen, papier en de figuur en vraag hem/haar: “Wilt u voor mij deze figuur natekenen?” De patiënt mag verschillende pogingen ondernemen tot hij de pen teruggeeft of stopt. De maximale tijd is beperkt tot 1 minuut. Scoor 1 punt voor een goede kopie. De 2 vijfhoeken moeten elkaar snijden en de intersectie moet een vierzijdige figuur vormen.</p>	<p>.... (1)</p>
<p>Totale score</p>	<p>(30)</p>

CLOCK DRAWING TEST (De Horloge Tekentest)

Het vrij tekenen van een uurwerk is een complexe opdracht die verschillende vaardigheden vereist en waarbij vooral frontale en temporo-pariëtale functies worden geëvalueerd. Deze test is gestoord wanneer er een constructieve apraxie bestaat, maar ook wanneer er deficits bestaan in het tijdsconcept. Het is een screeningmethode voor personen met een beginnend cognitief deficit, zoals bij de vroege stadia van de ziekte van Alzheimer. De test stelt geen diagnostische criteria vast en zijn waarde ligt hem vooral in het identificeren van patiënten bij wie een verdere cognitieve evaluatie nuttig kan zijn. Hij wordt het best gebruikt samen met andere instrumenten voor evaluatie van de cognitieve functie.

Instructies

Vraag aan de persoon om een uurwerk te tekenen en de cijfers die de uren aanduiden op de correcte plaats te zetten. Wanneer dit gebeurd is, vraag dan om de wijzers van het uurwerk zodanig te plaatsen dat 11:10 of 8:20 wordt aangegeven.

Score

Er bestaan verschillende scoringssystemen, maar de aanwezigheid van perseveratie (cijfers, of de wijzers van het uurwerk), onvolledigheid van de tekening of de neiging om in één gebied van de tekening te blijven, wijzen op cognitieve of visueel-ruimtelijke stoornissen.

- 1 punt: voor het trekken van een gesloten cirkel
- 1 punt: voor het correct plaatsen van de cijfers die de uren aangeven
- 1 punt: voor de aanwezigheid van alle 12 cijfers
- 1 punt: voor het juist plaatsen van de wijzers

Interpretatie

Fouten zoals een sterk vervormde uurwerkomtrek of het plaatsen van cijfers buiten de cirkel zijn fouten die praktisch niet voorkomen bij cognitief normale personen. Bij het beoordelen dienen de algemene karakteristieken beoordeeld te worden, maar de aanwezigheid van een lage score vraagt zeker om verdere evaluatie.

Alternatief scoresysteem:

10 stadia om de tekeningen te interpreteren (10 is het beste en 1 is het slechtste resultaat)

- Stadia 10 tot 6: de tekening van de cirkel en de cijfers is over het algemeen correct
- 10 *De wijzers staan op het correcte cijfer gericht (minder dan 1 cijfer afwijkend).*
- 9 *Lichte fout in de plaatsing van de wijzers.*
- 8 *Duidelijke foute plaatsing van één van de wijzers.*
- 7 *Beide wijzers zijn duidelijk fout geplaatst.*
- 6 *Oneigenlijk gebruik van de wijzers of geen wijzers (bv. digitale afbeelding of omcirkelen van de cijfers in plaats van wijzers te gebruiken)*
- Stadia 5 tot 1: de tekening van de cirkel en de plaatsing van de cijfers is niet correct
- 5 *De cijfers zijn omgekeerd of staan bijeen in één gebied van de cirkel. Er kunnen nog wijzers aanwezig zijn.*
- 4 *Meer storing in de cijferopvolging met verlies van integriteit van de cirkel (cijfers staan buiten de cirkel of cijfers ontbreken).*
- 3 *Geen duidelijk verband meer tussen de cirkel en de cijfers in de tekening.*
- 2 *Slechts vage verwijzing naar een horloge of naar de gegeven instructies*
- 1 *Geen poging om een horloge te tekenen of een poging die tot geen significant resultaat leidt.*

GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS) (volgens Reisberg)

De "Global Deterioration Scale" werd door Barry Reisberg ontwikkeld om een algemeen overzicht te geven van de stadia van het cognitief functioneren voor patiënten met een primaire degeneratieve dementie. Het ziekteproces wordt opgesplitst in 7 stadia. De stadia 1 tot 4 zijn de "predementie en lichtere stadia"; in de stadia 5 tot 7 kan een persoon niet meer zelfstandig zonder hulp leven. In de GDS heeft elk stadium een nummer en een korte titel met een beschrijving van de karakteristieken van het betreffende stadium. Zorgverleners kunnen het stadium, waarin de patiënt zich bevindt, vaststellen door een observatie van de karakteristieken van het gedrag van de patiënt en dit te vergelijken met de beschreven niveaus.

Stadium 1

Geen cognitieve stoornis (Normale Volwassene).

Geen subjectieve geheugenklachten noch objectieve vaststellingen van geheugendeficits bij een gesprek.

Stadium 2

Zeer lichte cognitieve stoornis (Vergeetachtigheid of Normale Oudere).

Er bestaan subjectieve klachten van geheugenproblemen, met (a) het vergeten van de plaats waar men voorwerpen heeft neergelegd, (b) het vergeten van goed gekende namen. Bij een gesprek zijn er geen tekens van geheugenproblemen en er is geen interferentie met dagelijkse beroeps- of sociale activiteiten. Betrokkene maakt zich toch lichte zorgen over het probleem.

Stadium 3

Lichte cognitieve vermindering (Vroeg Verwardheidsstadium of Zeer Vroege Alzheimerdementie).

De eerste defecten worden manifest in volgende gebieden:

- (a) Desoriëntatie met moeilijkheden om de weg te vinden in een minder bekende omgeving
- (b) Collega's beginnen fouten op te merken in activiteiten van het sociale of beroepsleven
- (c) Woordbenoemingsproblemen beginnen zich te manifesteren en vallen naastbestaanden op
- (d) Bij het lezen van een tekst wordt relatief weinig onthouden
- (e) Het herinneren van namen bij nieuwe sociale contacten wordt moeilijk
- (f) De patiënt misplaatst soms waardevolle voorwerpen
- (g) Concentratiestoornissen worden opgemerkt bij een klinische testopdracht.

Bij een diepgaand gesprek vindt men objectieve geheugenstoornissen en bij wat meer eisende opdrachten worden er moeilijkheden opgemerkt. De patiënt begint fouten te ontkennen en er kunnen lichte angstverschijnselen optreden.

Stadium 4

Matige cognitieve achteruitgang (Laat Verwardheidsstadium of Vroege Alzheimerdementie).

Bij een gesprek bestaat er een duidelijk deficit in de volgende domeinen:

- (a) verminderde kennis van recente gebeurtenissen;
- (b) geheugendefecten in de eigen recente voorgeschiedenis;
- (c) concentratiestoornissen bij eenvoudige repetitieve berekeningen;
- (d) toenemende moeilijkheden om zelfstandig te reizen, financiële zaken af te handelen...

Dikwijls zijn er geen stoornissen in

- (a) oriëntatie in tijd en ruimte
- (b) herkennen van familie en persoonlijke kennissen
- (c) de mogelijkheid om te reizen naar goed gekende bestemmingen.

Ingewikkelde opdrachten worden niet tot een goed einde gebracht. Ontkenning wordt een dominant verdedigingsmechanisme. Vervlakking van emoties treedt op en er is een neiging om zich te onttrekken aan confronterende situaties.

Stadium 5

Matig ernstige cognitieve achteruitgang (Vroeg Dementiestadium of Matige Alzheimerdementie).

De patiënt kan niet langer zelfstandig functioneren. Hij/zij kan zich bij een interview geen normaal gekende feiten meer herinneren, zoals een adres of goed gekend telefoonnummer, de namen van naaste verwanten (kleinkinderen) of de naam van de school die zij vroeger bezochten. Er is dikwijls een desoriëntatie in tijd (datum, dag van de week, seizoen...) en ruimte. Een patiënt met een goede schoolopleiding heeft moeilijkheden om eenvoudige repetitieve aftreksommen te maken (met 4 vanaf 40 of met 2 vanaf 20). In dit stadium is er dikwijls nog wel notie van belangrijke persoonlijke feiten over zichzelf of over naaste verwanten. Hij/zij herinnert zich nog wel de naam van de partner, kinderen en de eigen naam. Er is geen hulp vereist bij de persoonlijke hygiëne en de voeding, maar er zijn soms moeilijkheden om zich netjes te kleden.

Stadium 6

Ernstig cognitieve achteruitgang (Matig Ernstige Alzheimerdementie).

Regelmatig vergeet de patiënt de naam van de echtgeno(o)t(e) van wie hij/zij volledig afhankelijk geworden is. Is zich niet bewust van alle recente gebeurtenissen. Soms nog fragmentarische kennis van het vroegere eigen leven. Meestal niet bewust van de omgeving, het jaartal, het seizoen enz. Heeft moeilijkheden om omgekeerd vanaf 10 te tellen, soms ook om opklimmend tot 10 te tellen. Vereist ondersteuning voor de ADL-activiteiten:

(a) wordt soms incontinent en

(b) heeft hulp nodig om zich buitenhuis te verplaatsen, behalve af en toe naar zeer goed gekende plaatsen.

Het dagritme is belangrijk gestoord. Reageren nog meestal op de eigen naam en kunnen naaste verwanten meestal onderscheiden van vreemden.

Persoonlijke- en stemmingsstoornissen kunnen wisselend optreden met:

(a) waanbeelden en hallucinaties (beschuldigingswanen, praten soms met imaginaire personen of met hun eigen spiegelbeeld)

(b) obsessieve symptomen, zoals herhaaldelijk poetsen van voorwerpen

(c) angststoornissen, agitatie en zelfs agressief gedrag bij vroeger rustige personen

(d) besluiteloosheid, verlies van doelgerichtheid, omdat een gedachte niet lang genoeg kan vastgehouden worden om een taak tot een goed einde te brengen (cognitieve abulie).

Stadium 7

Zeer ernstige cognitieve achteruitgang (Eindstadium Alzheimerdementie).

Alle verbale mogelijkheden zijn verloren. Meestal is er geen spraak meer, alleen kreunende geluiden. Er bestaat urinaire incontinentie en er is hulp nodig voor toiletbezoek en voeding. De psychomotorische basisactiviteiten zijn niet meer mogelijk, zoals wandelen, opzitten en controle van de hoofdbewegingen. De hersenen kunnen het lichaam niet meer controleren. Dikwijls zijn er veralgemeende neurologische tekens en symptomen aanwezig.

GERIATRISCHE DEPRESSIESCHAAL (volgens Yesavage)

De Geriatrische Depressieschaal werd ontwikkeld op basis van 100 vragen die gecorreleerd zijn met depressie bij ouderen. Uit deze reeks werden de 30 vragen die de sterkste correlatie vertoonden met de totale score geselecteerd. Elke vraag wordt beantwoord met een ja/nee waarbij de toegekende score afhankelijk is van de gestelde vraag. De sensitiviteit van de GDS-30 bedraagt 84% en de specificiteit 95% bij een grenswaarde van 11. Bij een grenswaarde van 14 bedraagt de specificiteit 100% maar daalt de sensitiviteit tot 80%. De kortere versies correleren goed met de GDS-30, maar er is vooral verlies aan specificiteit, minder van sensitiviteit. Zo werd voor de GDS-4 versie bij een grenswaarde van 1 een sensitiviteit behaald van 93% terwijl bij een grenswaarde van 2 de specificiteit 88% bedroeg. Deze korte test is vooral nuttig als screening instrument.

GDS-30

		JA	NEEN
1.	Bent u feitelijk tevreden met uw leven?	0	1
2.	Hebt u veel van uw activiteiten en interesses laten vallen?	1	0
3.	Hebt u de indruk dat uw leven leeg is?	1	0
4.	Verveelt u zich dikwijls?	1	0
5.	Ziet u de toekomst rooskleurig in?	0	1
6.	Wordt u geplaagd door gedachten die u niet uit uw hoofd kan zetten?	1	0
7.	Bent u meestal goed gezind?	0	1
8.	Bent u bang dat er iets "ergs" met u gaat gebeuren?	1	0
9.	Voelt u zich meestal gelukkig?	0	1
10.	Voelt u zich dikwijls hulpeloos?	1	0
11.	Voelt u zich vaak rusteloos?	1	0
12.	Blijft u 's avonds liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	1	0
13.	Maakt u zich vaak zorgen over de toekomst?	1	0
14.	Hebt u het gevoel dat u meer moeilijkheden ondervindt met uw geheugen dan de meeste andere mensen?	1	0
15.	Bent u blij dat u in deze tijd leeft?	0	1
16.	Voelt u zich vaak triestig?	1	0
17.	Voelt u zich nogal waardeloos zoals u nu bent?	1	0
18.	Maakt u zich vaak zorgen over wat er vroeger gebeurd is?	1	0
19.	Vindt u uw leven boeiend?	0	1
20.	Kunt u moeilijk aan nieuwe dingen beginnen?	1	0
21.	Voelt u zich vol levensenergie?	0	1
22.	Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	1	0
23.	Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	1	0
24.	Windt u zich dikwijls op over kleine dingen?	1	0
25.	Zou u dikwijls willen huilen?	1	0
26.	Kunt u zich moeilijk concentreren?	1	0
27.	Staat u 's morgens graag op?	0	1
28.	Vermijdt u liever sociale bijeenkomsten?	1	0
29.	Kunt u gemakkelijk beslissingen nemen?	0	1
30.	Zijn uw gedachten even helder als vroeger?	0	1
Totale score			

De score "1" geeft het positieve "depressieve" item weer.

Totale Score > of = 14: sterke aanduiding voor het bestaan van depressie (sensitiviteit 80%, specificiteit 100%)

> 11- 13: mogelijkheid van depressie (sensitiviteit 84%; specificiteit 95%)

< normale score

GDS-15

		JA	NEEN
1	Bent u feitelijk tevreden met uw leven?	0	1
2	Hebt u veel van uw activiteiten en interesses laten vallen?	1	0
3	Hebt u de indruk dat uw leven leeg is?	1	0
4	Verveelt u zich dikwijls?	1	0
5	Bent u meestal goed gezind?	0	1
6	Bent u bang dat er iets “ergs” met u gaat gebeuren?	1	0
7	Voelt u zich meestal gelukkig?	0	1
8	Voelt u zich dikwijls hulpeloos?	1	0
9	Blijft u ’s avonds liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	1	0
10	Hebt u het gevoel dat u meer moeilijkheden ondervindt met uw geheugen dan de meeste andere mensen?	1	0
11	Bent u blij dat u in deze tijd leeft?	0	1
12	Voelt u zich nogal waardeloos zoals u nu bent?	1	0
13	Voelt u zich vol levensenergie?	0	1
14	Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	1	0
15	Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	1	0
Totale score			

De score “1” geeft het positieve “depressieve” item weer.

Een totale score van 5 komt overeen met een score van 11 op de volledige GDS (mogelijk depressie)

GDS-4

		JA	NEEN
1	Bent u feitelijk tevreden met uw leven?	0	1
2	Hebt u de indruk dat uw leven leeg is?	1	0
3	Bent u bang dat er iets “ergs” met u gaat gebeuren?	1	0
4	Voelt u zich meestal gelukkig?	0	1
Totale score			

De score “1” geeft het positieve “depressieve” item weer.

Cut-off waarde: 2

Korte depressieschaal

De schaal is een korte test voor het opsporen van ernstige depressie bij oudere patiënten. De vragen werden taalkundig opgesteld in de eerste persoon en in de verleden tijd om de aanvaardbaarheid te vergroten. De gestelde vragen hebben betrekking op de periode van de laatste week. Een validatie van de schaal toont een sensitiviteit van 83% en een specificiteit van 77% voor een score van 3 of hoger.

Gedurende de laatste week:	1	0
had ik dikwijls een landerig en verveeld gevoel	JA	NEEN
voelde ik mij dikwijls rusteloos en opgejaagd	JA	NEEN
voelde ik mij meestal opgeruimd	NEEN	JA
had ik meer geheugenproblemen dan de meeste mensen	JA	NEEN
kon ik mij goed concentreren bij het lezen van de krant	NEEN	JA
vermeed ik zoveel mogelijk contacten met anderen	JA	NEEN
voelde ik mij neerslachtig en alleen gelaten	JA	NEEN
voelde ik mij meestal gelukkig	JA	NEEN
had ik dikwijls gevoelens van hulpeloosheid	JA	NEEN
voelde ik mij minderwaardig en beschaamd	JA	NEEN
dacht ik dikwijls dat ik beter dood zou zijn	JA	NEEN

Cut-off waarde: 3

Nutrition Screening Initiative (volgens White)

ZELFTEST VOOR HET OPSPOREN VAN RISICOFACTOREN DIE EEN ROL SPELEN IN HET ONTSTAAN VAN ONDERVOEDING

Ik heb een aandoening waardoor de hoeveelheid of de samenstelling van de voeding gewijzigd is	2
Ik eet minder dan 2 maaltijden per dag	3
Ik eet weinig fruit, groenten of zuivelproducten	2
Ik neem dagelijks 3 of meer glazen van een alcoholhoudende drank	2
Ik heb tandproblemen die het eten bemoeilijken	2
Ik heb niet altijd voldoende geld om de nodige inkopen te doen	4
Ik eet meestal alleen	1
Ik neem 3 of meer verschillende medicaties per dag	1
Ik verloor spontaan 5 kg over de laatste 6 maand	2
Ik ben niet altijd fysiek in staat om zelf te winkelen, te koken en mij te voeden	2
Totaal	

Het totaal wordt bekomen door de verschillende scores van de positieve antwoorden op te tellen.

Interpretatie:

- 0-2 Geen verhoogd risico*
- 3-5 Matig verhoogd risico*
- > 6 Hoog risico*

Mini Nutritional Assessment (MNA) (volgens Guigoz & Vellas)

I. Antropometrische gegevens

1. BMI: gewicht (in kg)/lengte (in m²)
 - 0 = BMI < 19
 - 1 = 19 ≤ BMI < 21
 - 2 = 21 < BMI < 23
 - 3 = BMI ≥ 23
2. Middenarmomtrek (MAC in cm)
 - 0,0 = MAC < 21
 - 0,5 = 21 ≤ MAC ≤ 22
 - 1.0 = MAC > 22
3. Cirkelomtrek van de Kuit (CK in cm)
 - 0 = CK < 31
 - 1 = CK > 31
4. Recent gewichtsverlies (laatste 3 maanden)
 - 0 = gewichtsverlies > 3 kg
 - 1 = weet het niet
 - 2 = gewichtsverlies tussen 1 en 3 kg
 - 3 = geen gewichtsverlies

II. Globale evaluatie

5. Woont hij/zij onafhankelijk thuis?
 - 0 = neen
 - 1 = ja
6. Neemt hij/zij dagelijks meer dan 3 medicijnen?
 - 0 = ja
 - 1 = neen
7. Was er tijdens de laatste 3 maanden een psychologische stress of een acuut ziekteproces?
 - 0 = ja
 - 2 = neen
8. Mobiliteit
 - 1 = zelfstandig in huis
 - 0 = bed /stoel zetel gebonden
 - 2 = zelfstandig buitenshuis
9. Neuropsychologische problemen
 - 0 = ernstig dement of depressief
 - 1 = licht tot matig dement
 - 2 = geen psychologische problemen
10. Decubitusletsels of huidulcera
 - 0 = ja
 - 1 = neen

III. Dieet

11. Aantal maaltijden per dag
 - 0 = 1 maaltijd
 - 1 = 2 maaltijden
 - 2 = 3 maaltijden
12. Gebruikt hij/zij:
 - Ten minste eenmaal per dag melkproducten?
 - ja
 - neen
 - Tweemaal of meer per week peulvruchten of eieren?
 - ja
 - neen
 - Dagelijks vlees, vis of gevogelte?
 - ja
 - neen

0 of 1 keer ja	=	0.0
2 keer ja	=	0.5
3 keer ja	=	1.0

13. Gebruikt hij/zij tenminste twee keer per dag fruit of groenten?
0 = neen 1 = ja
14. Is gedurende de laatste 3 maanden de voedselinname verminderd door gedaalde eetlust, verteringsproblemen, kauw- of slikproblemen?
0 = ernstig verminderde eetlust
1 = matig verminderde eetlust
2 = geen eetlustvermindering
15. Hoeveel tassen/glazen drank per dag (water, fruitsap, koffie, thee, melk, wijn, bier, ...)?
0.0 = < 3 glazen
0.5 = 3 tot 5 glazen
1.0 = > 5 glazen
16. Manier van voeden
0 = hulp noodzakelijk
1 = zelfstandig met enige moeite
2 = volledig zelfstandig

IV. Subjectieve beoordeling

17. Vindt patiënt zelf dat er een voedingsprobleem is?
0 = belangrijk probleem met ondervoeding
1 = weet het niet of eerder matig probleem
2 = geen probleem
18. Hoe beschouwt patiënt zijn gezondheidstoestand, vergeleken met zijn leeftijdsgenoten
0.0 = minder goed
0.5 = weet het niet
1.0 = even goed
2.0 = beter

TOTAAL (max. 30 punten)

Score: > of = 24 punten. goede voedingstoestand
17 tot 23.5 punten: risico op ondervoeding
<17 punten: ondervoeding

Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) (volgens Tinetti)

Deze test bestaat uit een evenwichtsevaluatie (POMA-B, POMA-Balance) en een gangevaluatie (POMA-M, POMA-Mobility).

A. POMA-B

Het evenwichtsdeel evalueert 13 taken en geeft een score van

- 0 bij een normale taak
- 1 wanneer de taak uitgevoerd wordt maar met een adaptief respons
- 2 wanneer de uitvoering abnormaal is of de taak niet kan uitgevoerd worden

Een volledig normaal evenwicht heeft dus een score van 0. Hogere scores wijzen op een afwijking.

De aanvankelijke versie voor geïnstitutionaliseerde patiënten (items 1-7 en 13) werd uitgebreid met 5 items (items 8-12) voor ouderen in de thuissituatie. De maximale score bedraagt dan ook 16 voor gehospitaliseerde patiënten, en 26 voor thuiswonende ouderen.

B. POMA-M

Het mobiliteitsevaluatiedeel van de test van Tinetti evalueert op een kwalitatieve wijze het gangpatroon. Het onderzoek wordt uitgevoerd in een obstakelvrije gang of ruimte. De onderzoeker vraagt de patiënt om in zijn normale tempo de gang af te wandelen waarbij de patiënt zijn normale hulpmiddelen mag gebruiken. Het gangpatroon wordt systematisch per item geëvalueerd. Voor sommige componenten wandelt de onderzoeker achter de patiënt, voor andere componenten naast de patiënt. Er wordt 0 gescoord voor een normaal uitgevoerd item, en 1 voor een abnormale uitvoering of wanneer er compensatiegedrag optreedt. De wijze van scoren wordt per onderdeel specifiek beschreven.

POMA-B

	Evenwichtsmaneuver	Normaal 0	Aanpassing 1	Abnormaal 2
1	Zitbalans	Stabiel te blijven zitten	Gebruikt steun om recht	Leunt, zakt weg
2	Rechtstaan uit stoel	Onmiddellijk opstaan in 1 beweging zonder gebruik van armen	Steunt op armen en/of schuift naar voren in de stoel vooraleer recht te staan	Niet zonder hulp of slechts na meerdere pogingen
3	Onmiddellijk evenwicht bij staan (eerste 5 sec)	Zonder steun	Stabiel met steun	Onstabiel ¹
4	Evenwicht bij staan (> 5 sec)	Stevig met voeten naast elkaar en zonder enige steun	Stevig, maar kan voeten niet naast elkaar houden	Onstabiel ¹
5	Evenwicht met gesloten ogen en voeten dicht naast elkaar	Stevig met voeten naast elkaar en zonder enige steun	Stevig, maar kan voeten niet naast elkaar houden	Onstabiel ¹
6	Evenwicht bij 360° draaien	Vlot, zonder steun, continu draaiende beweging	Geen vlotte beweging (plaatst voet neer alvorens andere voet te verplaatsen)	Onstabiel ¹
7	Sternale duw (de patiënt staat met gesloten voeten, er wordt 3 x licht geduwd)	Stabiel	Wankelt, verplaatst voeten maar blijft staan	Valt, of moet rechtgehouden worden
8	De patiënt staat met gesloten voeten en wordt gevraagd om het hoofd naar beide zijden en omhoog te draaien	Kan hoofd minstens halfweg opzij draaien en naar het plafond kijken zonder te wankelen	Beperkte zijwaartse en opwaartse hoofdbeweging, maar wankelt niet	Onstabiel ¹
9	Evenwicht bij staan op 1 been steun	Minstens 5 seconden zonder steun		Onmogelijk
10	Zover mogelijk achterover buigen	Achterwaartse buiging zonder steun	Beperkte buiging of heeft steun nodig	Geen poging of geen zichtbare achterwaartse buiging
11	Strekken (nemen van een voorwerp van een hoge plaats, met strekken van de tenen)	Kan voorwerp nemen zonder ergens steun te zoeken	Kan voorwerp nemen maar moet steun hebben	Kan het voorwerp niet nemen
12	Voorover buigen zoals bij het oprapen van een voorwerp van de vloer	Kan buigen en terug rechtkomen zonder steunen of wankelen	Kan buigen en terug rechtkomen maar met steun	Kan niet buigen of rechtkomen
13	Neerzitten	In 1 vlotte beweging neerzitten	Gebruikt armen als steun bij het neerzitten	Laat zich vallen in de stoel

¹Onstabiel: grijpt naar voorwerpen voor steun, kleine voetbewegingen, meer dan normale bewegingen van het lichaam

POMA-M

Gangcomponent	Normaal 0	Abnormaal 1
1 Begin van het wandelen	Begint zonder aarzeling en wandelt met een vlotte beweging	Aarzeling bij het starten; moet soms verschillende pogingen doen; geen vlotte beweging
2 Hoogte van de passen (observeer van de zijkant en beoordeel de beide voeten afzonderlijk)	De opgeheven voet komt volledig los van de grond met enkele cm (< 5cm)	De voet wordt niet volledig opgeheven (schuifelend geluid) of wordt te hoog opgeheven (> 5 cm)
3 Lengte van de passen: afstand tussen de teen van de staande voet en de hiel van de bewegende voet (observeer elke kant apart vanaf de zijkant)	Minstens een voetlengte tussen de teen van de staande voet en de hiel van de bewegende voet	Minder dan een voetlengte tussen de teen van de staande voet en de hiel van de bewegende voet
4 Symmetrie van de pas: observeer de paslengte van opzij aan beide zijden en in verschillende cycli tijdens het wandelen	Paslengte beiderzijds voor verschillende cycli vergelijkbaar	Paslengte links en rechts verschillend of patiënt stapt steeds met dezelfde voet eerst vooruit
5 Continuïteit	Heft hiel van staande voet op als hiel van bewegende voet de grond raakt; geen onderbreking in het wandelpatroon	Plaatst bewegende voet volledig (teen en hiel) op de grond voor de staande voet beweegt; onderbreekt het wandelpatroon
6 Afwijking van een rechte lijn over verschillende stapcycli (observeer één voet langs achter)	Voet volgt een rechte lijn	Afwijking in één richting of afwisselend in beide richtingen
7 Rompstabiliteit (observeer langs achter): onderscheidt dit van instabiliteit	Romp is stabiel; knieën of rug zijn niet gebogen; armen worden niet uitgestoken om het evenwicht te bewaren	Romp schommelt; knieën of rug zijn gebogen; armen worden uitgestoken om het evenwicht te bewaren
8 Ruimte tussen de voeten	Voeten raken elkaar praktisch bij het wandelen	Voeten ver uit elkaar bij het wandelen
9 Al wandelend draaien	Geen aarzelen en continu wandelen tijdens het draaien	Aarzelt en stopt voor het draaien; geen continu wandelen bij het draaien

De “GET-UP AND GO” TEST

De “GET-UP AND GO” TEST (volgens Mathias)

De patiënt zit op een stabiele stoel met rechte rugsteun. Hij wordt gevraagd om op te staan, indien mogelijk zonder gebruik te maken van de armsteunen. Daarna vraagt men hem om 3 meter vooruit te wandelen, zich om te draaien, terug naar de stoel te wandelen, zich opnieuw om te draaien en neer te gaan zitten. De test wordt als abnormaal gescoord als er op enig moment een neiging om te vallen bestaat.

De “TIMED GET-UP AND GO” TEST (volgens Podsiadlo)

De basis “Get-up and Go” test wordt uitgevoerd en de tijd nodig om de oefening af te maken wordt gemeten.

Normaal:	< 10 seconden
Kwetsbare ouderen (frail)	11 – 20 seconden
Vereist verdere evaluatie:	> 20 seconden

REFERENTIES

Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR (1975) "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12: 189 – 98.

Guigoz Y, Vellas BJ (1997) Malnutrition in the elderly: the Mini Nutritional Assessment (MNA). *Ther Umsch* 54: 345-50.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW (1963) Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A standardized Measure of Biological and Psychosocial Function, *Journal of the American Medical Association* 185: 914-19.

Koenig HG, Blumenthal J, Moore K (1995) New version of brief depression scale. *Journal of the American Geriatrics Society* 43: 1447.

Lawton MP, Brody EM (1969) The Instrumental Activities of Daily Living Scale. *Gerontologist* 9: 179-186.

Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH (1982) A research and service-oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology* 37: 91-99.

Mahoney FI, Barthel D (1965) Functional evaluation: the Barthel Index, *Maryland State Medical Journal* 14: 56-61.

Mathias S, Nayak USL, Isaacs B (1986) Balance in the elderly patient: The "Get-up and Go" test. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 67: 387-389.

Molloy DW, Alemayehu E, Roberts R (1991) Reliability of a standardized Mini-Mental State Examination compared with the traditional Mini-Mental State Examination. *American Journal of Psychiatry* 148: 102-105.

Podsiadlo D and Richardson S (1991) The timed "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 39: 142-148.

Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T (1982) The global deterioration scale for the assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 139: 1136-39.

Shiekh J, Yesavage JA (1986) Geriatric depression Scale: recent findings and development of a short version. In Brink TL, ed, "Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention" New York: Howarth Press.

Shulman KI, Shedlesky R, Silver IL (1986) The challenge of time: clock drawing and cognitive function in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1: 135-40.

Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, Grafman JH, (1989) Clock drawing in Alzheimer's Disease, *Journal of the American Geriatrics Society* 37: 725-729.

Tinetti ME (1986) Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 34: 119-126.

White JV, Dwyer JT, Posner BM, Ham RJ, Lipschitz DA, Wellman NS (1992) Nutrition screening initiative: development and implementation of the public awareness checklist and screening tools. *J Am Diet Assoc* 92:163-7.

Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Levy AP, Brod MS, and Breuer J (1989) Screening for Alzheimer's disease by clock drawing. *Journal of the American Geriatrics Society* 37: 730-734.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer O (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 17: 37 – 79.