

Reflectie-instrument NAH

Handleiding



Versie 2025.06



NETWERK VOOR DIENSTVERLENING IN DE ZORG
STIJN VZW • KEMPISCHE STEENWEG 555, 3500 HASSELT
BE 0439.452.461
RPR ONDERNEMINGSRECHTBANK ANTWERPEN, AFDELING HASSELT
WWW.STIJN.BE — INFO@STIJN.BE



Inhoud

Inhoud	2
RINAH in het kort	3
Inleiding.....	3
Wat is een NAH?	3
De evolutie na het optreden van een NAH.....	3
Praktijkonderzoek	4
RINAH als reflectie-instrument.....	5
RINAH als risico-indicatie	5
RINAH via zorgtools.be.....	6
Instructies bij het invullen van RINAH	7
Domeinen en secties	7
Bij twijfel of te weinig nuance: opmerking toevoegen!	7
RINAH 3.0 - versie 2025.06.....	8
Algemene gegevens	8
Kenmerken NAH	8
Kenmerken PERSOON	14
Kenmerken AANPAK.....	18
Scoring.....	24
Kenmerken NAH	24
Kenmerken PERSOON	25
Kenmerken AANPAK.....	26
RINAH Totaalscore	26
Frequently asked questions	27
Dank	30
Colofon.....	31

RINAH in het kort

RINAH is een zorgtool die zorgverleners helpt om het overzicht te bewaren in de complexe zorg voor personen met een NAH.

Aan de hand van gerichte vragen brengt RINAH op een systematische manier risico's en aandachtspunten in kaart die gerelateerd zijn aan het hersenletsel (NAH), het individu (PERSOON) en de huidige zorgsituatie (AANPAK).

RINAH is ontstaan vanuit de zorgpraktijk, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en sinds 2017 herhaaldelijk getest en geoptimaliseerd.

Inleiding

Wat is een NAH?

De Hersenletsel Liga¹ definieert een niet-aangeboren hersenletsel of NAH als:

“Een hersenletsel ten gevolge van een beroerte, een ongeval, een zuurstofgebrek, een infectie, een hersentumor, kortom, ten gevolge van welke oorzaak dan ook. Een niet-aangeboren hersenletsel leidt voor een persoon met NAH meestal tot een onomkeerbare breuk in zijn of haar levenslijn. Een persoon met NAH is daarom vaak aangewezen op hulpverlening.”

NAH is een koepelterm die veel ladingen dekt. De groep van personen met een NAH is zeer heterogeen wat betreft oorzaken, uitingsvormen en gevolgen.

Op basis van de oorzaak kunnen drie types onderscheiden worden.

- Een **traumatisch hersenletsel** (Traumatic Brain Injury; **TBI**) is een hersenletsel ten gevolge van een externe oorzaak (trauma). Voorbeelden zijn hersenletsels na een ongeval bv. een val van een trap of een verkeersongeval. Het letsel is veroorzaakt door een externe fysieke kracht.
- Een **niet-traumatisch hersenletsel** (Acquired Brain Injury; **ABI**) is een hersenletsel ten gevolge van een inwendige oorzaak zoals een cerebro vasculair accident (CVA), hersentumor, infectie (bv. hersenontsteking of hersenvliesontsteking), zuurstoftekort (bv. na een hartstilstand, verdrinking of verhangen), intoxicatie (bv. alcohol of drugs), epilepsie, enz.
- Een **neurodegeneratieve aandoening** (**DEG**) zoals Multiple Sclerose (MS), ziekte van Alzheimer, ziekte van Huntington, ziekte van Parkinson, enz.

Een NAH kan resulteren in stoornissen op het vlak van het fysiek, sensorisch, cognitief, emotioneel of gedragsmatig functioneren, al dan niet in combinatie, waardoor beperkingen ontstaan op het vlak van zelfredzaamheid en psychosociaal functioneren.

De evolutie na het optreden van een NAH

Bij personen met een NAH verschilt de evolutie na het optreden van het hersenletsel sterk van individu tot individu. Bij sommigen zien we een grote mate van herstel en verbetering. Bij anderen blijft de situatie stabiel of gaat de toestand eerder achteruit.

Terwijl er in de revalidatieperiode, kort na het hersenletsel, nog relatief veel aandacht is voor herstel en vooruitgang, verdwijnt de aandacht hiervoor geleidelijk na een aantal jaren. Bij sommigen stopt de revalidatieperiode in de praktijk heel plots, bijvoorbeeld door het stoppen van terugbetaling via de ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). De cliënt wordt op dat moment vaak onterecht beschouwd

¹ <https://hersenletselliga.be/>

als ‘uitgerevalideerd’. Het is een stempel die voor de persoon en zijn of haar netwerk zwaar kan wegen. Desondanks zien zorgverleners in woonzorgcentra, dagcentra en thuisbegeleiding voor heel wat cliënten in deze fase na het hersenletsel nog steeds betekenisvolle (mogelijkheden voor) vooruitgang.

Bij zorgverleners die zorg bieden aan cliënten in de postrevalidatiefase roept dit vragen op:

- Welke factoren bepalen of de toestand van de cliënt verbetert of verslechtert?
- Zijn er factoren waar de cliënt zelf, de familie of de professionele begeleiding vat op heeft?
- Is er een manier om tijdens de dagdagelijkse zorg bewust te blijven van deze factoren?

Om een antwoord te bieden op deze vragen uit de zorgpraktijk zette Stijn vzw een praktijkonderzoek op (Schouten e.a., 2020)².

Praktijkonderzoek

Voor 142 personen met een NAH in Stijn vzw (19 thuisbegeleiding, 33 dagcentrum en 90 residentieel) werd aan directe zorgverleners (begeleiders, pedagogen en psychologen) gevraagd om de evolutie in de postrevalidatiefase in te schatten op een vijfpunts likertschaal (-2, -1, 0, 1, 2) en dit voor drie aspecten van het functioneren (algemeen, zelfredzaamheid en gedrag). Voor elk individu werd gevraagd welke factoren in de ervaring van de zorgverleners een rol hadden gespeeld in de gerapporteerde evolutie.

De analyse van de evolutiescores toonde aan dat **zorgverleners bij 25 procent van de cliënten in de testgroep nog een positieve algemene evolutie ervaren**. Specifiek voor cliënten met een niet-traumatisch hersenletsel liep dit percentage op tot 31 procent³.

Daarnaast werden in het onderzoek vijf NAH-experten bevraagd: twee neuropsychologen, een psychiater en twee orthopedagogen. Aan hen werd gevraagd welke factoren zij als relevant inschatten in de evolutie die personen met een NAH in de chronische fase doormaken.

De bevraging bij zorgverleners en experts leverde een reeks factoren op. Ze worden inzichtelijk gemaakt in Figuur 1 door ze op te delen in drie domeinen: kenmerken van de PERSOON, kenmerken van het NAH en kenmerken van de AANPAK.

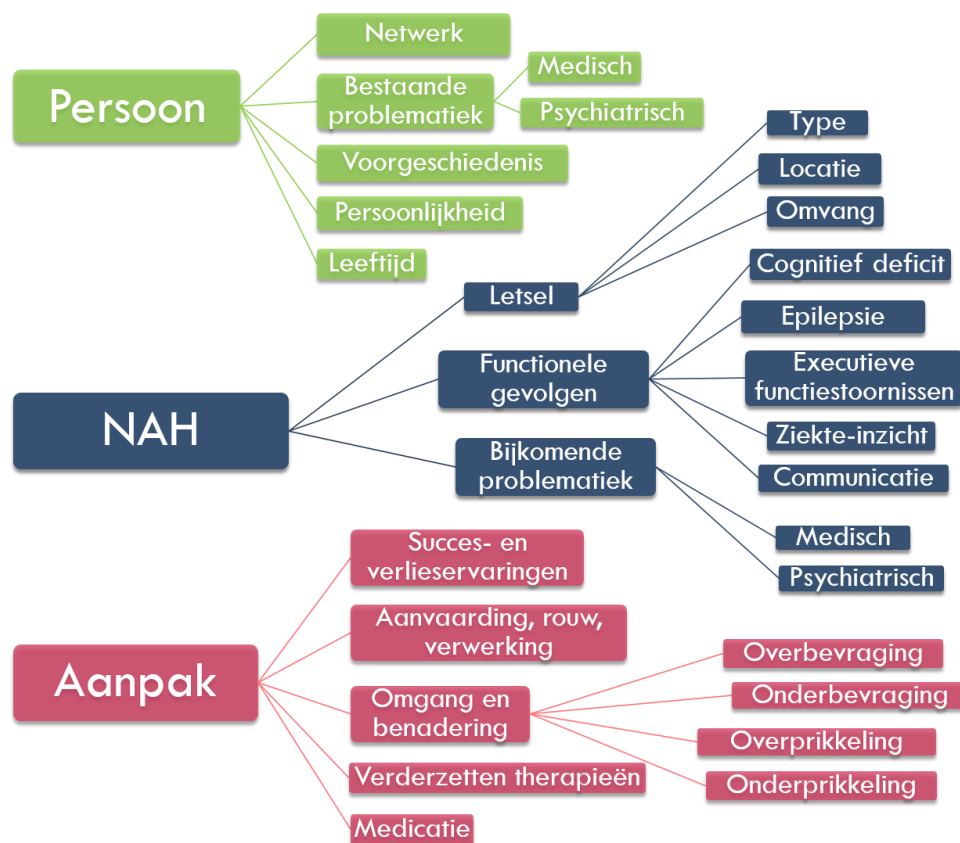
In nauw overleg met de psychologen en pedagogen van Stijn vzw (o.a. Miet Vandeberg en Kathleen Motmans) die werken met de doelgroep NAH en met de hulp van experts (Prof. Peter Mariën, Guy Lorent, Dr. Dirk Liessens) werden de factoren vertaald naar een 50-tal concrete vragen (items). Risicoscores werden in consensus aan de antwoordalternatieven toegewezen.

Het instrument dat hieruit resulteerde werd herhaaldelijk in de praktijk getest en continu verbeterd.

- Pilootversie (2017): 36 personen met een NAH
- RINAH 1.0 (2018): 234 personen met een NAH, herwerkt naar RINAH 2.0
- RINAH 2.0 (2020): 205 personen met een NAH (publicatie in Signaal – Sig vzw)
- RINAH 2.0 (2024): 315 personen met een NAH, herwerkt naar RINAH 3.0
- RINAH 3.0 (2025): publiek beschikbaar via zorgtools.be

² Schouten, B., Mariën, P., Vandeberg, M., Motmans, K., Lorent, G., & Liessens, D. (2020). Vooruitgang in de chronische fase na een niet-aangeboren hersenletsel (NAH): kwantitatieve gegevens van een praktijkonderzoek. Signaal, 111, 4-15.

³ Voor meer details over de kwantitatieve resultaten van het praktijkonderzoek, zie Schouten e.a. (2020).



Figuur 1. Geïdentificeerde en gecategoriseerde factoren die van invloed zijn op de evolutie bij personen met een NAH

RINAH als reflectie-instrument

RINAH, afgeleid van **'Reflectie-Instrument-NAH'**, is in de eerste plaats een reflectie-instrument en bedoeld als een zorgtool/checklist voor zorgverleners. De uitingsvormen van NAH zijn zo divers en elk individu met NAH is zo uniek dat het voor hulpverleners een enorme uitdaging is om bewust te blijven van alle factoren die van invloed zijn op de personen waaraan zij zorg bieden.

Door het invullen van het reflectie-instrument worden zorgverleners aangespoord om te 'reflecteren' over elk van de factoren die in het praktijkonderzoek relevant bleken. Het instrument helpt op deze manier voldoende stil te staan bij wat belangrijk is en helpt zo de kwaliteit van de zorg voor personen met een NAH te verbeteren.

Zorgverleners kunnen bij het scoren van de vragen/items bijkomende opmerkingen of actiepunten noteren die relevant zijn in de zorg, voor andere zorgverleners of voor het handlingsplan. In intervisie kunnen de aandachtspunten met collega's besproken worden en ideeën voor aanpak uitgewisseld worden.

RINAH als risico-indicatie

In aanvulling op de functie van RINAH als reflectie-instrument kan RINAH ook geïnterpreteerd worden als afkorting voor **'Risico-Indicatie-NAH'**. Voor elk item in de zorgtool geeft de zorgverlener aan welk van de verschillende antwoordalternatieven het meest van toepassing is voor de cliënt. Elk antwoordalternatief draagt een risicoscore (min. 0 en max. 4). Hoe lager de risicoscore, hoe groter de kans op een positieve evolutie en omgekeerd hoe hoger de risicoscore, hoe groter het risico op een negatieve evolutie.

De scores kunnen een hulp zijn om trends doorheen de tijd (bv. vergelijking over verschillende jaren) te monitoren of te ontdekken welke factoren bij een individu of een groep personen met NAH extra aandacht vragen.

Merk op dat de psychometrische eigenschappen van het instrument zoals validiteit en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid niet werden onderzocht. RINAH is geen diagnostisch instrument. De scores geven een indicatie en kunnen afhangen van wie op welk moment en vanuit welke discipline naar de cliënt kijkt. Het is dus perfect mogelijk dat jij en je collega zorgverlener op een bepaalde vraag anders scoren omdat jullie de cliënt vanuit een ander perspectief of niet even lang kennen. Het kan heel leerrijk zijn deze verschillen met elkaar of in team te bespreken. Ook daarin zit de meerwaarde van RINAH.

RINAH via zorgtools.be

RINAH is in pdf beschikbaar via deze afdrukbare handleiding maar heeft veel meer te bieden als je het instrument invult via zorgtools.be.

Op zorgtools.be kan je je antwoorden tijdelijk opslaan, de afname laten nakijken, aanvullen of finaliseren door een collega en krijg je na het finaliseren onmiddellijk een overzichtelijk rapport van de scores, aandachtspunten en actiepunten.



Je kan de scores van één cliënt vergelijken met de gemiddelde scores van je afdeling of organisatie en je kan een herinnering instellen voor de volgende afname.

Wil je een gedetailleerde statistische analyse van de scores in jouw afdeling of organisatie, neem dan contact op via onderzoek@stijn.be.

Instructies bij het invullen van RINAH

Domeinen en secties

RINAH is opgebouwd uit 3 domeinen (NAH, PERSOON, AANPAK) die verder zijn onderverdeeld in secties. Elke sectie bestaat uit 1 of meerdere vragen (items).

DOMEIN	SECTIE
Kenmerken NAH	Type NAH Achtergrond hersenletsel Cognitieve gevolgen Executieve stoornissen Epilepsie Ziekte-inzicht Communicatie Bijkomende symptomen
Kenmerken PERSOON	Voorgeschiedenis Persoonlijkheid Netwerk Bestaande problemen
Kenmerken AANPAK	Omgang, rouw en verlies Prikkel en verwachtingen Verderzetten van therapieën Medicatie

Duid bij elke vraag het best passende antwoordalternatief aan. Elk antwoordalternatief draagt een risico-score van 0 tot maximum 4.

Bij twijfel of te weinig nuance: opmerking toevoegen!

De meeste secties en vragen worden vergezeld van een korte toelichting om te verduidelijken naar wat de vragen precies peilen. Toch kan het gebeuren dat je bij sommige vragen twijfelt welk antwoordalternatief je best aanduidt. De situatie van elke persoon met een NAH is immers uniek. Die persoonlijke nuance is vaak belangrijk, maar laat zich niet altijd vatten in een beperkt aantal antwoordcategorieën. Daarom kan je na elke vraag een **opmerking toevoegen**. Maak hier zeker gebruik van als je denkt dat het nodig is om je antwoord te verduidelijken. Zo kunnen jij en je collega's later terugvallen op die belangrijke context. De opmerkingen zullen ook in het rapport verschijnen.

RINAH 3.0 - versie 2025.06

Algemene gegevens

Op zorgtools.be maak je eerst een cliënt aan en vul je onderstaande informatie (éénmalig) voor deze cliënt in. Zo moet je deze gegevens niet bij elke afname opnieuw invullen. De meeste van deze gegevens blijven doorgaans ongewijzigd. Mocht het toch nodig zijn iets te wijzigen, kan dat via het cliëntprofiel.

Voornaam	
Achternaam	
Geslacht	
Geboortedatum	
Afdeling	
Zorggebruikernummer	
Jaartal NAH	
Schoolse opleiding	
Beroepsactiviteiten vóór het NAH	
Relationele status vóór het NAH	
Huidige relationele status	
Huidige woonsituatie	
Aantal kinderen	

OPMERKING

--

Kenmerken NAH

Type NAH

Indien er enkel een 'neurodegeneratieve aandoening' wordt aangegeven, worden de twee volgende vragen over de achtergrond van het hersenletsel overgeslagen (score 0) en wordt voor type NAH een risicoscore van 4 toegekend. Indien een combinatie van een neurodegeneratieve aandoening met een traumatisch of niet-traumatisch hersenletsel wordt aangeduid, wordt ook een risicoscore van 4 toegekend en verwijzen we met de volgende vragen naar wat geweten is van de achtergrond van het traumatische of niet-traumatische letsel.

Traumatisch hersenletsel (ongeval, verkeersongeval)	0
Niet-traumatisch hersenletsel (zuurstoftekort door bv. hartstilstand, operatie, verdrinking, verhangen; CVA; tumor; infecties bv. meningitis, encefalitis,...)	0
Neurodegeneratieve aandoening (MS, Huntington, Parkinson, Alzheimer, ...)	4
Combinatie: Traumatisch + niet-traumatisch hersenletsel	0
Combinatie: neurodegeneratieve aandoening + traumatisch en/of niet-traumatisch hersenletsel	4

OPMERKING

--

Achtergrond hersenletsel

Op basis van de locatie en omvang van een hersenletsel is het doorgaans onmogelijk de klinische evolutie betrouwbaar te voorspellen. Kennis over de aard van het letsel is echter belangrijk in het begrijpen van het gedrag en het afstemmen van de omgang met het individu (bv. frontaalsyndroom). Een goed inzicht in de functionele gevolgen van het hersenletsel is essentieel.

Hoe het hersenletsel ontstaan is

is gekend	0
is oppervlakkig gekend	1
is niet gekend	2

OPMERKING

--

Waar het hersenletsel zich situeert en/of hoe uitgebreid het is

is gekend	0
is oppervlakkig gekend	1
is niet gekend	2

OPMERKING

--

Cognitieve gevolgen

Het cognitief functioneren (geheugen, snelheid van informatieverwerking, oriëntatie in tijd en ruimte, aandacht, enz.) bepaalt in sterke mate hoe de cliënt de wereld ervaart. Al te vaak weten we weinig over welke cognitieve functies door het hersenletsel precies werden aangetast. Werd de cliënt ooit grondig getest door een klinisch neuropsycholoog? Soms werd de cliënt wel onderzocht of getest maar is niet duidelijk wat de resultaten betekenen voor de dagelijkse omgang of zijn de resultaten niet beschikbaar/gekend. Merk op dat cognitieve gevolgen van een hersenletsel vaak onzichtbaar en moeilijk inleefbaar zijn. Soms is het afstemmen van de manier van omgang op de cognitieve beperkingen niet evident.

Werd er de voorbije 5 jaar een systematische inschatting gemaakt van het cognitief functioneren?

Nee	2
niet geweten	2
Ja, maar de resultaten zijn niet gekend	2
Ja, een inschatting volgens het CDM*	0
Ja, een klinisch neuropsychologisch onderzoek	0
Ja, een ander (specificeer bij OPMERKINGEN S04)	1

*CDM staat voor Cognitive Disabilities Model. Zie FAQ.

OPMERKING

--

Hoe goed lukt het afstemmen van de manier van omgang op de cognitieve mogelijkheden?

goed	0
wisselend	1
niet goed	2

OPMERKING

--

Executieve stoornissen

Executieve functiestoornissen kunnen zich uiten in een probleem met het starten (initiatief) van gedrag of met het stoppen of inhiberen van gedrag, maar gaat ook over uitvoeren, kunnen plannen, organiseren en het oplossen van eenvoudige problemen.

Merk op: een gebrek aan initiatief nemen heeft niet noodzakelijk alleen met executieve functiestoornissen te maken. Gebrek aan initiatief door andere oorzaken (bv. depressie, cognitieve of fysieke beperkingen) worden hier ook gescoord.

In welke mate is het nodig om te helpen bij het oplossen van eenvoudige problemen?

Met eenvoudige problemen worden situaties/problemen bedoeld die vóór het NAH zonder veel moeite werden opgelost.

zelden of nooit	0
soms	1
vaak of altijd	2

In welke mate is het nodig te stimuleren tot actie?

zelden of nooit	0
soms	1
vaak of altijd	2

OPMERKING

--

In welke mate is het nodig te helpen met plannen en organiseren?

zelden of nooit	0
soms	1
vaak of altijd	2

OPMERKING

--

Is er verlies van impulscontrole?

Onder verlies van impulscontrole verstaan we o.a. dat de cliënt zich niet kan beheersen om iets te doen dat uitgelokt wordt door de situatie, door een gedachte of een behoefte, bijvoorbeeld het indrukken van een knop, het begroeten van onbekenden,... Soms is het ontremde gedrag schadelijk voor zichzelf of voor anderen, bijvoorbeeld woedebuien, agressief gedrag, verlaagde frustratietolerantie of onaangepast seksueel gedrag. Ontremming kan zich ook uiten door overvloedig spreken of onaangepast taalgebruik (bv. schuttingtaal).

zelden of nooit	0
soms	1
vaak of altijd	2

OPMERKING

--

Epilepsie

Is epilepsie aanwezig?

geen epilepsie	0
epilepsie in het verleden maar nu aanvalsvrij, bijvoorbeeld door medicatie	1
lichte epileptische aanvallen, gemiddeld niet meer dan 3 per jaar	2
zware epileptische aanvallen, gemiddeld niet meer dan 3 per jaar	3
gemiddeld meer dan 3 lichte of zware epileptische aanvallen per jaar	4
vaak absences	4

OPMERKING

--

Ziekte-inzicht

Onder ziekte-inzicht verstaan we het beseffen van de gevolgen die het hersenletsel met zich meebrengt. Een gebrek aan inzicht in de eigen situatie kan vooruitgang belemmeren. Een gebrek aan ziekte-inzicht kan een rechtstreeks gevolg zijn van het hersenletsel maar kan ook een psychologisch mechanisme zijn om op een gedoseerde manier met de impact van het hersenletsel om te gaan.

In welke mate is er inzicht in de eigen situatie?

goed inzicht zonder of met beperkte negatieve impact	0
goed inzicht met negatieve impact	1
groeiend inzicht	1
weinig tot geen inzicht, zonder of met beperkte negatieve impact	1
weinig tot geen inzicht met negatieve impact	2
moeilijk om in te schatten	1

OPMERKING

--

Communicatie

We zullen minder snel een conversatie aangaan met anderen die moeilijk te verstaan zijn of bij wie het communiceren meer tijd vergt. Het is een professionele uitdaging om hiervan blijvend bewust te zijn.

Hoe verloopt de communicatie vanuit de cliënt hoofdzakelijk?

via mondelinge taal	0
via taal, maar niet mondeling (bv. schrijven, aanduiden op letterkaart, met spraakcomputer)	1
zonder taal (bv. picto's, mimiek)	2

OPMERKING

--

Hoe de cliënt communiceert is voor anderen

goed te begrijpen	0
wisselend te begrijpen	1
moeilijk of niet te begrijpen	2

OPMERKING

--

Wat anderen communiceren, begrijpt de cliënt

goed	0
wisselend	1
weinig of niet	2
moeilijk om in te schatten	1

OPMERKING

--

Vergt het communiceren door het hersenletsel extra tijd?

De hoeveelheid extra tijd (een beetje of veel) is een subjectieve inschatting. Scoor voor wie helemaal niet kan communiceren 'veel extra tijd' ipv 'geen extra tijd'.

neen (zoals bij personen zonder hersenletsel)	0
een beetje (bv. spreekt wat trager of geraakt soms niet uit zijn woorden)	1
veel (bv. moet verschillende keren herhalen wat hij/zij probeert duidelijk te maken of het neemt veel tijd in beslag om tekst aan te duiden, te schrijven of te typen)	2

OPMERKING

--

Bijkomende symptomen (aanwezig sinds het hersenletsel)

Zijn er symptomen of problemen die ontstaan zijn gelijktijdig met of ten gevolge van het hersenletsel? Symptomen die al vóór het hersenletsel aanwezig waren komen verderop aan bod.

Medisch/fysiek

Gelijktijdig met of ten gevolge van een hersenletsel kunnen medische of fysieke symptomen ontstaan die de situatie extra bemoeilijken, bijvoorbeeld motorische beperkingen, tremor, spasmen, slikproblemen, luchtweginfecties, nood aan sondevoeding, oorsuizingen, enz. Of de symptomen al dan niet ernstig zijn, is een subjectieve beoordeling.

Zijn er gelijktijdig met of ten gevolge van het hersenletsel medische/fysieke symptomen ontstaan die het dagelijks functioneren bemoeilijken?

Indien er wel symptomen zijn, maar ze de situatie niet bemoeilijken is 'nee' van toepassing

nee	0
ja, de symptomen bemoeilijken het dagelijks functioneren een beetje	1
ja, de symptomen bemoeilijken het dagelijks functioneren in ernstige mate	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Psychisch/psychiatrisch

Ten gevolge van het hersenletsel kunnen bijkomende gedragsproblemen, psychische of psychiatrische problemen ontstaan. Voorbeelden zijn angst, depressie, psychose, middelenmisbruik, slaapproblemen, enz.

Zijn er ten gevolge van het hersenletsel gedragsproblemen, psychische of psychiatrische problemen ontstaan die het dagelijks functioneren bemoeilijken?

nee	0
ja, de problemen bemoeilijken het dagelijks functioneren een beetje	1
ja, de problemen bemoeilijken het dagelijks functioneren in ernstige mate	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Kenmerken PERSOON

Voorgeschiedenis

Weet je wie de cliënt was voor zijn hersenletsel, wat zijn/haar werk of hobby's waren? Kennis van de voorgeschiedenis kan heel belangrijk zijn bij het vinden van aanknopingspunten tijdens het herstelproces of tijdens de dagelijkse omgang. Het is belangrijk (bv. o.w.v. personeelwisselingen) dat de voorgeschiedenis van de cliënt niet alleen gekend is bij een aantal personeelsleden maar ook gedocumenteerd staat (bv. neergeschreven in het zorgdossier).

In welke mate is de voorgeschiedenis gedocumenteerd?

goed	0
matig	1
slecht	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Persoonlijkheid

Optimisme-Pessimisme

Hoe stond de persoon voor het hersenletsel in het leven?

eerder optimistisch	0
niet echt optimistisch maar ook niet echt pessimistisch	1
eerder pessimistisch	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

(on)afhankelijkheid voor het hersenletsel

Met (on)afhankelijkheid bedoelen we de (on)afhankelijkheid tegenover anderen in de nabije omgeving. Afhankelijk betekent bijvoorbeeld graag hulp krijgen, anderen laten (mee)beslissen. Onafhankelijk betekent bijvoorbeeld niet graag hulp krijgen, het liever zelf doen, zelf beslissen. Volgens experts zijn zowel zeer sterke afhankelijkheid als zeer sterke onafhankelijkheid vóór het hersenletsel een risicofactor op afwijkend gedrag na het hersenletsel.

Hoe gedroeg de persoon zich vóór het hersenletsel?

eerder afhankelijk	0
heel afhankelijk	2
eerder onafhankelijk	0
heel onafhankelijk	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Omgaan met tegenslagen - copingmechanismen

Copingmechanismen (manieren van omgaan met problemen of tegenslagen) blijken doorgaans onveranderd na het optreden van een hersenletsel. Om (coping)gedrag na het hersenletsel beter te kunnen begrijpen is het dus zinvol te weten welke copingmechanismen vóór het hersenletsel werden gebruikt. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen helpende en niet-helpende copingmechanismen. Voorbeelden van helpende copingmechanismen: positief kaderen, humor gebruiken, nieuwe plannen maken, proberen het voordeel van de huidige situatie te zien, sociale steun zoeken, afleiding zoeken, proberen accepteren, gebruik van religie en spiritualiteit, enz. Voorbeelden van niet-helpende copingmechanismen: ontkenning, zichzelf de schuld geven, vluchten in drank of drugs, opgeven, afreageren op anderen, ...enz.

Welke copingmechanismen werden voornamelijk gebruikt vóór het hersenletsel?

helpende copingmechanismen	0
niet-helpende copingmechanismen	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Netwerk

Hoe het netwerk functioneert heeft een grote impact op de cliënt. Onder het netwerk verstaan we het geheel van sociale relaties met partner, kinderen, ouders, broers, zussen, vrienden, kennissen. We onderscheiden verschillende relaties tussen de cliënt, het netwerk en de zorgprofessionals die belangrijk zijn.

Hoe is de relatie tussen de cliënt en zijn netwerk? Is er emotionele en/of praktische steun vanuit het netwerk?

Er is een goede relatie. De cliënt ondervindt voldoende emotionele en praktische steun van personen uit het netwerk	0
Het netwerk is betrokken maar de cliënt ondervindt niet voldoende emotionele en/of praktische steun vanuit het netwerk	1
Het netwerk is eerder weinig betrokken	2
Er is weinig contact met het netwerk	2
De relatie met één of meerdere personen uit het netwerk staat onder druk	2
Belangrijke personen uit het netwerk dreigen weg te vallen	2
Belangrijke personen uit het netwerk zijn weggevallen	3
Met belangrijke personen uit het netwerk waarmee nog regelmatig contact is, is een negatieve relatie ontstaan	3
Er is geen netwerk	3
niet geweten	1

OPMERKING

--

Hoe is de samenwerking tussen de professionele begeleiding en het netwerk (familie, vrienden)?

goed	0
wisselend	1
moeilijk	2
Er is geen of weinig samenwerking nodig	0
Er is geen netwerk	0

OPMERKING

--

Hoe is de relatie tussen de cliënt en groepsgenoten?

Onder groepsgenoten wordt hier enkel verstaan: medebewoners of andere cliënten van het dagcentrum. Indien je graag nog informatie toevoegt over hoe de persoon in andere groepen (buiten de zorgcontext) functioneert, kan je onder deze vraag een opmerking toevoegen.

goed	0
weinig of geen contact	1
Er zijn soms wat spanningen	2
Er is een negatief contact	3
Er zijn geen contacten met groepsgenoten (bv. verblijft thuis en gaat niet naar een dagcentrum)	0
niet geweten	1

OPMERKING

--

Hoe is het contact tussen de cliënt en de begeleiders?

Bij begeleiding in teamverband gaat het over de meesten van het team. Wisselend kan slaan op wisselend in de tijd of wisselend in personen van het team.

goed, er is een vertrouwensrelatie	0
goed, maar eerder oppervlakkig of praktisch van aard	1
wisselend	2
niet goed	3

OPMERKING

--

Bestaande problemen (aanwezig vóór het hersenletsel)

Zijn er problemen die al vóór het hersenletsel aanwezig waren? Symptomen die ontstaan zijn ten gevolge van het hersenletsel werden eerder al gescoord.

Medisch/fysiek

Bestonden er vóór het hersenletsel al medische/fysieke problemen die het huidige dagelijks functioneren bemoeilijken?

nee OF reeds bestaande medische/fysieke problemen bemoeilijken het huidige dagelijks functioneren niet	0
reeds bestaande medische/fysieke problemen bemoeilijken het huidige dagelijks functioneren een beetje	1
reeds bestaande medische/fysieke problemen bemoeilijken het huidige dagelijks functioneren in ernstige mate	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Psychisch/psychiatrisch

Zijn er aanwijzingen voor een psychische/psychiatrische problematiek vóór het hersenletsel?

Aanwijzingen kunnen bijvoorbeeld komen uit vroegere dossiers of uit verhalen van familie, vrienden, kennissen, ... Bijvoorbeeld alcohol- of middelenmisbruik, depressie, opname in psychiatrie, ...

nee	0
ja	1
ja, een gediagnosticeerde psychiatrische stoornis	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Kenmerken AANPAK

Omgang, rouw en verlies

Omgang en benadering

Soms betekent het vinden van de juiste omgang en benadering van de cliënt een zoektocht. Het is zoeken naar een evenwicht tussen structuur en vrijheid, geduld, grenzen stellen, manier van aanbrengen, voorzichtigheid bij bepaalde thema's, stimuleren, afremmen, kaderen, enz. Het al dan niet vinden van een benadering op maat waar consensus over bestaat, kan een groot verschil betekenen.

Hoe ver staat de zoektocht naar de juiste omgang?

Er is consensus over welke benadering optimaal is	0
Het blijft zoeken naar een benadering op maat, maar de mogelijkheden binnen de eigen werking zijn nog niet uitgeput	1
Er is nood aan ondersteuning van buiten de eigen werking	2

OPMERKING

--

Aanvaarding, rouw, verwerking

Hoe verloopt de verwerking van de veranderde situatie na het hersenletsel?

De cliënt heeft ermee leren leven OF lijkt (nog) weinig bezig met verwerking	0
De cliënt zit nog in het normale verwerkingsproces	1
Er is sprake van vastgelopen verwerking of pathologische rouw	2
De verwerking is uitgemond in een gediagnosticeerde klinische depressie	3
niet geweten	2

OPMERKING

--

Succes -en verlieservaringen

Is er sprake van succeservaringen? Slaagt de cliënt in wat hij/zij wil bereiken? Lukt het om succes te ervaren of zijn er vooral verlieservaringen? Krijgt de cliënt regelmatig tegenslagen te verwerken? Vooral de verhouding tussen succes- en verlieservaringen is belangrijk.

Hoe verhouden de succes- en verlieservaringen zich?

Het gaat om 'ervaringen', dus hoe de cliënt dit beleeft.

Er zijn meer succes- dan verlieservaringen	0
Er zijn evenveel verlies - als succeservaringen	1
Er zijn meer verlies- dan succeservaringen	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Prikkels en verwachtingen

Overbevraging

Overbevraging heeft te maken met onrealistisch hoge verwachtingen van anderen, de overtuiging van anderen dat de cliënt nog dingen kan die niet meer mogelijk zijn. Met 'anderen' wordt hier bedoeld: familie en vrienden maar ook professionals. Het gaat om een onderschatting van de werkelijke gevolgen van het hersenletsel.

Is er risico op overbevraging?

zelden of nooit	0
soms	1
vaak of altijd	2

OPMERKING

--

Onderbevraging

Met onderbevraging wordt verwezen naar te lage verwachtingen of overbeschermend gedrag door anderen. Bijvoorbeeld, anderen willen de cliënt behoeden voor kleine risico's en ontnemen daardoor mogelijkheden tot vooruitgang.

Is er risico op onderbevraging?

zelden of nooit	0
soms	1
vaak of altijd	2

OPMERKING

--

Overprikkeling

Overprikkeling wijst erop dat er in de situatie te veel prikkels aanwezig zijn: bijvoorbeeld licht- en/of geluidsprikkels afkomstig van andere personen, een radio of tv die speelt, huishoudtoestellen, e.d. Het risico op overprikkeling is groot als de cliënt in vergelijking met anderen snel overprikkeld is en/of zichzelf niet uit de situatie kan terugtrekken omdat hij/zij het niet kan, durft of afhankelijk is van anderen om de overprikkeling te herkennen.

Is er risico op overprikkeling?

zelden of nooit	0
soms	1
vaak of altijd	2

OPMERKING

--

Onderprikkeling

Ook onderprikkeling/onderstimulatie is een risico. Is duidelijk welk soort prikkels (activiteiten) voor de cliënt aangenaam/interessant/uitdagend zijn en worden deze prikkels aangeboden? Dit kan bijvoorbeeld ook gaan over zinvolle dagbesteding of (vrijwilligers-)werk.

Is er risico op onderprikkeling?

Het is duidelijk welke prikkels voor de cliënt interessant zijn en ze zijn beschikbaar	0
Het is duidelijk welke prikkels voor de cliënt interessant zijn, maar ze zijn niet of moeilijk beschikbaar	1
Het is niet echt duidelijk welke prikkels wel of niet beter geschikt/interessant/uitdagend zijn	2

OPMERKING

--

Verderzetten van therapieën

Niet uitzonderlijk worden bepaalde therapieën vroegtijdig stopgezet of helemaal niet aangeboden terwijl de cliënt er wel baat bij zou hebben. Soms worden therapieën wel aangeboden maar lijkt de zinvolheid ervan beperkt omdat de cliënt niet gemotiveerd is om actief deel te nemen.

Is er logopedische ondersteuning (logo)?

Logo is niet nodig of geen meerwaarde meer	0
Er is logo en actieve deelname	0
Er is logo maar weinig motivatie tot actieve deelname	1
Er is geen logo (meer) terwijl dit wel zinvol zou zijn	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Is er kinesitherapeutische ondersteuning (kiné)?

Passieve kiné wordt als [0] gescoord

Kiné is niet nodig of geen meerwaarde meer	0
Er is kiné en actieve deelname	0
Er is kiné maar weinig motivatie tot actieve deelname	1
Er is geen kiné (meer) terwijl dit wel zinvol zou zijn	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Is er ergotherapeutische ondersteuning (ergo)?

Als in de praktijk ergo geïntegreerd is in de werking maar niet afzonderlijk wordt aangeboden, mag alternatief 1 met risicoscore [0] gescoord worden.

Ergo is niet nodig of geen meerwaarde meer	0
Er is ergo en actieve deelname	0
Er is ergo maar weinig motivatie tot actieve deelname	1
Er is geen ergo (meer) terwijl dit wel zinvol zou zijn	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Staan de hulpmiddelen op punt?

Hoewel 'hulpmiddelen' wordt geformuleerd in het meervoud, kan het ook gaan om één hulpmiddel.

Er is geen nood aan hulpmiddelen	0
Alle benodigde hulpmiddelen staan op punt	0
Er zijn hulpmiddelen maar ze staan niet helemaal op punt	1
Er zijn hulpmiddelen nodig maar de zoektocht naar de geschikte hulpmiddelen of de juiste afstemming verloopt heel moeizaam	2
De hulpmiddelen worden zelden of nooit gebruikt	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Is er psychologische begeleiding?

Structurele psychologische ondersteuning door begeleiders mag hier ook als psychologische begeleiding gezien worden.

Psychologische begeleiding is niet nodig of geen meerwaarde meer	0
Er is psychologische begeleiding en actieve deelname	0
Er is psychologische begeleiding maar weinig motivatie tot actieve deelname	1
Er is geen psychologische begeleiding (meer) terwijl dit wel zinvol zou zijn	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Medicatie**Wordt er medicatie voorgeschreven?**

Indien 'Nee' of 'niet geweten', worden de vragen over bijwerkingen, therapietrouw en opvolging overgeslagen (score 0)

ja	0	Ga naar de volgende vraag
nee	0	Sla de volgende drie vragen over
niet geweten	1	Sla de volgende drie vragen over

OPMERKING

--

Is er hinder van bijwerkingen?

geen hinder	0
een vermoeden van hinder OF vastgestelde lichte hinder	1
duidelijk veel hinder	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Wordt medicatie goed genomen?

ja	0
vermoeden van niet	1
duidelijke aanwijzingen van niet	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Wordt de medicatie goed opgevolgd door een arts?

Vooral in thuissituaties kan de opvolging van medicatie een pijnpunt zijn

goed opgevolgd	0
niet goed opgevolgd	2
niet geweten	1

OPMERKING

--

Suggesties ter verbetering van het instrument kan je sturen naar onderzoek@stijn.be

Scoring

Kenmerken NAH

VRAAG	SCORE	MAX
Type NAH (<i>Indien er enkel een 'neurodegeneratieve aandoening' wordt aangegeven, worden de twee volgende vragen over de achtergrond van het hersenletsel overgeslagen (score 0) en wordt voor type NAH een risicoscore van 4 toegekend. Indien een combinatie van een neurodegeneratieve aandoening met een traumatisch of niet-traumatisch hersenletsel wordt aangeduid, wordt ook een risicoscore van 4 toegekend en verwijzen we met de volgende vragen naar wat geweten is van de achtergrond van het traumatische of niet-traumatische letsel.</i>)		4
Hoe het hersenletsel ontstaan is		2
Waar het hersenletsel zich situeert en/of hoe uitgebreid het is		2
Werd er de voorbije 5 jaar een systematische inschatting gemaakt van het cognitief functioneren?		2
Hoe goed lukt het afstemmen van de manier van omgang op de cognitieve mogelijkheden?		2
In welke mate is het nodig om te helpen bij het oplossen van eenvoudige problemen?		2
In welke mate is het nodig te stimuleren tot actie?		2
In welke mate is het nodig te helpen met plannen en organiseren?		2
Is er verlies van impulscontrole?		2
Is epilepsie aanwezig?		4
In welke mate is er inzicht in de eigen situatie?		2
Hoe verloopt de communicatie vanuit de cliënt hoofdzakelijk?		2
Hoe de cliënt communiceert is voor anderen		2
Wat anderen communiceren, begrijpt de cliënt		2
Vergt het communiceren door het hersenletsel extra tijd?		2
Zijn er gelijktijdig met of ten gevolge van het hersenletsel medische/fysieke symptomen ontstaan die het dagelijks functioneren bemoeilijken?		2
Zijn er ten gevolge van het hersenletsel gedragsproblemen, psychische of psychiatrische problemen ontstaan die het dagelijks functioneren bemoeilijken?		2
TOTAAL KENMERKEN NAH		38

Kenmerken PERSOON

VRAAG	SCORE	MAX
In welke mate is de voorgeschiedenis gedocumenteerd?		2
Hoe stond de persoon voor het hersenletsel in het leven?		2
Hoe gedroeg de persoon zich vóór het hersenletsel?		2
Welke copingmechanismen werden voornamelijk gebruikt vóór het hersenletsel?		2
Hoe is de relatie tussen de cliënt en zijn netwerk? Is er emotionele en/of praktische steun vanuit het netwerk?		3
Hoe is de samenwerking tussen de professionele begeleiding en het netwerk (familie, vrienden)?		2
Hoe is de relatie tussen de cliënt en groepsgenoten?		3
Hoe is het contact tussen de cliënt en de begeleiders?		3
Bestonden er vóór het hersenletsel al medische/fysieke problemen die het huidige dagelijks functioneren bemoeilijken?		2
Zijn er aanwijzingen voor een psychische/psychiatrische problematiek vóór het hersenletsel?		2
TOTAAL KENMERKEN PERSOON		23

Kenmerken AANPAK

VRAAG	SCORE	MAX
Hoe ver staat de zoektocht naar de juiste omgang?		2
Hoe verloopt de verwerking van de veranderde situatie na het hersenletsel?		3
Hoe verhouden de succes- en verlieservaringen zich?		2
Is er risico op overbevraging?		2
Is er risico op onderbevraging?		2
Is er risico op overprikkeling?		2
Is er risico op onderprikkeling?		2
Is er logopedische ondersteuning (logo)?		2
Is er kinesitherapeutische ondersteuning (kiné)?		2
Is er ergotherapeutische ondersteuning (ergo)?		2
Staan de hulpmiddelen op punt?		2
Is er psychologische begeleiding?		2
Wordt er medicatie voorgeschreven? <i>Indien 'Nee', worden de volgende vragen over bijwerkingen, therapietrouw en opvolging overgeslagen (score 0)</i>		1
Is er hinder van bijwerkingen?		2
Wordt medicatie goed genomen?		2
Wordt de medicatie goed opgevolgd door een arts?		2
TOTAAL KENMERKEN AANPAK		33

RINAH Totaalscore

	SCORE	MAX	%
TOTAAL KENMERKEN NAH		38	
TOTAAL KENMERKEN PERSOON		23	
TOTAAL KENMERKEN AANPAK		33	
TOTAAL SCORE RINAH		92	

Frequently asked questions

Wat is het CDM?

Het Cognitive Disabilities Model (CDM) is een model ontwikkeld door Claudia Allen (Allen, 1992), herwerkt door Levy en Burns (2006; CDM-r) en in opdracht van Steunpunt Expertise Netwerken (SEN) vertaald naar het Nederlands en de Vlaamse werksituatie door Bie Op de Beeck (2011).

Het CDM reikt een kader aan om ook eens op een andere, een meer 'globale' manier te kijken naar cognitieve problematiek. Het accent wordt minder op de stoornissen op zich gelegd maar meer op de concrete gevolgen ervan in het dagelijks handelen. Met deze globale benadering kan je op een relatief eenvoudige manier de aard en de ernst van cognitieve problemen inschatten, het gedrag van cliënten beter begrijpen en gepaste zorg- en therapieprogramma's ontwikkelen.

Het model onderscheidt zes niveaus of 'levels' van cognitief functioneren. Per niveau wordt onder meer beschreven:

- wat de cliënt nog wél kan en wat niet meer (handelingsbeperkingen)
- wat de meest geschikte woonomgeving is voor de cliënt en hoeveel assistentie hij hier nodig heeft
- hoe ADL-taken verlopen en hoe hij op dit vlak best geassisteerd en gestimuleerd kan worden
- wat het leervermogen van de cliënt is en op welke manier hij best nieuwe vaardigheden kan aanleren
- welke dagbesteding het meest geschikt is.

Referenties:

- Allen, C. K. (1992). Cognitive disabilities. In N. Katz (Red.), Cognitive rehabilitation: Models for intervention in occupational therapy. Boston, MA: Andover.
- Levy, L.L., & Burns, T. (2005). Cognitive disabilities reconsidered. Rehabilitation of older adults with dementia. In N. Katz (Red.), Cognition, occupation, and participation across the life span: Neuroscience, neurorehabilitation, and models of intervention in occupational therapy (pp. 347-388). Bethesda: AOTA Press.
- Op de Beeck, B. (2011). Het Cognitive Disabilities (-reconsidered) Model [cursus]. Antwerpen: Steunpunt Expertise Netwerken.

Hoe schat ik in of iemand behoort tot de groep van personen met een NAH of niet?

We volgen de definitie van de Hersenletsel Liga.

"Een NAH is een hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot aangewezen zijn op hulpverlening"

Voor sommige ziektes of aandoeningen is het moeilijk om te beoordelen of ze tot de omschrijving van een NAH behoren. Als criterium hanteren we dat de ziektes en aandoeningen op de hersenen moeten inwerken om als NAH beschouwd te worden.

Enkele voorbeelden:

- De ziekte van Duchenne en ziekte van Steinert zijn spierziektes en worden strikt gezien niet als NAH beschouwd.
- Multiple Sclerose (MS) wordt als NAH beschouwd omdat het ruggenmerg en de hersenen worden aangetast.

- Ataxie van Friedreich kan als NAH gecategoriseerd worden omdat hierbij ook het cerebellum wordt aangetast.
- Het syndroom van Korsakov kan als NAH worden beschouwd omwille van de hersenschade.

Mag RINAH worden afgenomen bij personen zonder een hersenletsel, bijvoorbeeld personen met een spierziekte?

Veel van de factoren die bevraagd worden in het reflectie-instrument zullen ook op andere doelgroepen, zoals personen met een spierziekte, van toepassing zijn. Het reflectie-instrument zou dus ook voor andere doelgroepen op aandachtspunten kunnen wijzen. RINAH is echter niet specifiek ontworpen voor personen zonder hersenletsel. Verschillende vragen verwijzen immers expliciet naar het hersenletsel. Deze vragen zullen dus niet beantwoord kunnen worden voor personen zonder hersenletsel. Het is af te raden RINAH scores van personen zonder hersenletsel te vergelijken met personen met een hersenletsel.

Wanneer neem ik RINAH best af? Bij mijn eerste contact met de persoon met NAH of beter even wachten?

Als je RINAH afneemt van een persoon met NAH die je nog niet goed kent, zal je waarschijnlijk op een aantal aspecten worden gewezen waar je nog niet veel over weet (bv. ken je de voorgeschiedenis van de persoon, weet je hoe het hersenletsel is ontstaan, hoe de persoon cognitief functioneert, communiceert, ...). Als dit jouw bedoeling is, kan een vroege afname van RINAH helpen om belangrijke aspecten van het hersenletsel, de persoon of de aanpak te leren kennen.

Je kan er ook voor kiezen om RINAH pas later af te nemen, wanneer je het gevoel hebt dat je de persoon met NAH al wat beter hebt leren kennen. Hoe dan ook, het is interessant om RINAH regelmatig af te nemen (bv. jaarlijks, tweejaarlijks of driejaarlijks). Een handige functionaliteit via zorgtools.be is dat je een nieuwe afname kan starten vanaf een vorige afname. Je hoeft dan enkel aan te passen wat t.o.v. de vorige afname veranderd is.

Over welke periode gaat het?

RINAH peilt nu naar hoe de situatie *doorgaans* is. Die periode is niet gespecificeerd. Als antwoorden op een vraag sterk zouden afhangen van het moment kan je dit verduidelijken door een opmerking toe te voegen.

Moeten we afasie beschouwen en scoren als een medisch gevolg van het hersenletsel?

Nee, afasie wordt gescoord bij de sectie "Communicatie".

Wat als de psychische kwetsbaarheid er al was voor het hersenletsel en na het hersenletsel verergerd is?

Scoor dit dan zowel bij de sectie "Bestaande problemen (aanwezig vóór het hersenletsel) als bij de sectie "Bijkomende symptomen (aanwezig sinds het hersenletsel)".

De antwoordalternatieven geven soms onvoldoende nuance. Wat moet ik aanduiden als ik twijfel?

De situatie van elke persoon met een NAH is uniek. Duid het antwoordalternatief aan dat volgens jou het beste past. Extra nuance kan belangrijk zijn, maar laat zich niet altijd vatten in een beperkt aantal antwoordcategorieën. Daarom kan je na elke vraag **een opmerking toevoegen**. Maak hier zeker gebruik van als je denkt dat het nodig is om je antwoord te verduidelijken, zodat jij en je collega's later kunnen terugvallen op die belangrijke context.

Dank

RINAH wordt met veel dankbaarheid opgedragen aan Prof. Peter Mariën. Hij kwam tijdens de loop van de ontwikkeling van het instrument te overlijden. Peter was neuropsycholoog in ZNA Middelheim en de Vrije Universiteit Brussel, een autoriteit in neurocognitie en neurolinguïstiek en één van de drijvende krachten achter het RINAH project. Hij fungeerde als expert tijdens de interviews en gaf feedback op verschillende versies van het instrument.

Mijn oprechte dank gaat ook uit naar Bert Van Hout die me in contact bracht met Peter Mariën en de initiële stuurgroep oprichtte bestaande uit Prof. Eric de Smet, Jos Steensels, Dr. Jan Van Loon, Dr. Koen Dillen en Paul Caes. Dank aan hen allen voor hun input.

De praktijkkennis en enthousiaste medewerking van de leden van de intervisiegroep NAH van Stijn vzw was van onschatbare waarde voor dit project. Veel dank aan Sofie Ruts, Eva Coenen, Nele Dayers, Ilse Berghs, Colette Brillouet, Bilgin Tümen, Jasmien Hooyberghs, Lise Mutert, Lene Hoebe, Ines Van Praet, Lucia Vangrieken, Tom Willems, Caro De Groef, Evy Stippelmans, Florence Vandermeer, Rosanne Asnong en Iris Jacobs. In het bijzonder dank ik Miet Vandenberg en Kathleen Motmans die tijdens het hele traject met veel geduld hun kennis en NAH-expertise deelden.

Dank ook aan Dr. Dirk Liessens, psychiater en Guy Lorent, neuropsycholoog in St.-Kamillus Bierbeek voor hun bijdrage als inhoudelijke experts en voor de waardevolle samenwerking met Stijn vzw.

Dankzij de financiële steun van Interreg Vlaanderen-Nederland (CrossCare 2.0) konden we voor het bouwen van zorgtools.be beroep doen op de expertise van zorgproeftuin Happy Aging (In4Care) en digitaal bureau Statik. Mijn grote dank gaat uit naar iedereen die enthousiast meebouwde aan het platform: Leen Stulens, Sanne Broeder, Eline Van Hollebeke, Tim Peeters, Anton Lecock, de programmeurs van Statik, Eva Droogmans en Melissa Bosmans.

Mooie dingen ontstaan waar mensen hun kennis, tijd en hart samenleggen.

Ben Schouten

Wetenschappelijk medewerker

Stijn vzw

Colofon

© Stijn vzw 2025

Alle rechten voorbehouden

Stijn vzw, Kempische Steenweg 55, 3500 Hasselt - onderzoek@stijn.be



NETWERK VOOR DIENSTVERLENING IN DE ZORG

STIJN VZW • KEMPISCHE STEENWEG 555, 3500 HASSELT

BE 0439.452.461

RPR ONDERNEMINGSRECHTBANK ANTWERPEN, AFDELING HASSELT

WWW.STIJN.BE — INFO@STIJN.BE

