

## 4.2. KENNISMAKING

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

Doelen van de kennismaking:

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

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

Conclusie

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

Aanbeveling 2

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

Aanbeveling 3

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

## 4.3. ASSESSMENTS VERMOEIDHEID

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

### 4.3.1. FIS

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

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

#### Conclusie

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

#### Overige overwegingen:

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

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

#### Aanbeveling 4

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

#### 4.3.2. MFIS

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

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

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

Het doel van het afnemen van de MFIS is:

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

De MFIS is als bijlage opgenomen in het werkboek.

## Conclusies

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

### Overige overwegingen:

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

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

### Aanbeveling 5

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

### Aanbeveling 6

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

## 4.3.3. CIS

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

De CIS richt zich op vier probleemgebieden:

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

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

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

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

#### Conclusie

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

#### Overige overwegingen:

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

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

#### Aanbeveling 7

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

#### 4.3.4. VAS

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

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

#### Conclusie

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

#### Aanbeveling 8

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

#### 4.3.5. Overige assessments

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Aanbeveling 9

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

#### Aanbeveling 10

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

## 4.4. INCLUSIECRITERIA

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

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

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

#### Conclusie

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

#### Aanbeveling 11

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