



Hogeschool PXL
Departement PXL - Healthcare
Opleiding Ergotherapie

LEEFBAAR WONEN

Op welke manier kan het advies-dienstverlenend ADL-lokaal worden ingezet voor studenten ergotherapie van het tweede en derde opleidingstraject en thuiszorgactoren?

Door **Nele Verheyden en Ilse Verslegers**

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v. **Myriam Westhovens**, promotor

Hasselt, 2015



Hogeschool PXL
Departement PXL - Healthcare
Opleiding Ergotherapie

LEEFBAAR WONEN

Op welke manier kan het advies-dienstverlenend ADL-lokaal worden ingezet voor studenten ergotherapie van het tweede en derde opleidingstraject en thuiszorgactoren?

Door **Nele Verheyden en Ilse Verslegers**

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v. **Myriam Westhovens**, promotor

Hasselt, 2015

Voorwoord

Deze bachelorproef geldt als de laatste uitdaging voor het afsluiten van onze opleiding Ergotherapie aan de Hogeschool PXL, departement Healthcare. Het was een werk van lange adem en heeft veel tijd en inspanning gevergd. Daarom willen wij van deze gelegenheid gebruik maken om enkele mensen te bedanken die ons hebben bijgestaan bij het voltooien van deze bachelorproef.

Onze eerste dankbetuiging gaat in het bijzonder uit naar onze promotor, Myriam Westhovens. Zij maakte de nodige tijd vrij en dankzij haar kritische blik en vakkundige hulp konden we deze bachelorproef tot een goed einde brengen. Door haar deskundigheid zijn we tot belangrijke inzichten gekomen die essentieel waren voor het ontwikkelen van dit eindwerk. Daarnaast willen we mevrouw Huguette Désiron bedanken, meer bepaald om haar inbreng rond de nieuwe beroepscompetenties van de ergotherapeut. Een woord van dank gaat ook uit naar de studenten verpleegkunde aan de Hogeschool PXL te Hasselt en hun promotor Wouter Grommen. Met hen hadden we een essentiële en succesvolle samenwerking in het kader van het PWO Leefbaar wonen. Ook wensen we Piet Haven te bedanken. Hij zorgde voor de professionele en zorgvuldige uitvoering van enkele figuren en hij waarborgde bovendien de kwaliteit van de afbeeldingen. Verder bedanken we ook graag Stéfanie Neven, interieurarchitecte van opleiding, die indrukwekkende simulaties heeft gemaakt van de ergogang en de ergolokalen binnen het departement Healthcare aan de Hogeschool PXL.

Tot slot willen wij graag onze ouders hartelijk bedanken voor de steun en het nodige vertrouwen, vooral tijdens drukke en stressvolle periodes. Zij gaven ons de kans, alsook de financiële middelen, om te studeren. Hiervoor zijn wij hen zeer dankbaar.

De bachelorproef PWO Leefbaar wonen is ingediend door Nele Verheyden en Ilse Verslegers op 1 juni 2015 aan het PXL Departement Healthcare. Wij nodigen u graag uit om ons werkstuk te lezen.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Inhoudsopgave	1
Trefwoorden	1
Abstract	1
Inleiding	1
Methodologie	4
1 Wie is de kwetsbare thuiswonende oudere	6
1.1 Kwetsbaar of kwetsbaarheid.....	6
1.2 Ouderen	7
1.3 Factoren die kwetsbaarheid beïnvloeden.....	7
1.4 Soorten kwetsbaarheid.....	8
1.6 Kwetsbaarheid meten	9
2 Woonzorgdecreet.....	10
2.1 Wat is het woonzorgdecreet?	10
3 Nieuwe rol ergo.....	13
3.1 Maatschappelijke veranderingen	13
3.2 Rol ergotherapie binnen de maatschappelijke ontwikkelingen	13
3.3 De ergotherapeut als zelfstandige	14
4 ICF	18
4.1 Wat is het ICF?	18
4.2 Doelstellingen van het ICF	18
4.3 Link met ADL-lokaal.....	19
4.3.1 Badkamer	20
4.3.2 Slaapkamer.....	20
4.3.3 Woonkamer/huishoudkamer	21
4.3.4 Bureau	21
4.3.5 Keuken	21
5 Ervaringsleren	22
5.1 Ervaringsleren bij studenten	24
5.2 Skill labs voor externen	27
5.3 Handelingsfiches	28
6 H-OPP	29
6.1 Implementatie van het H-OPP in het onderwijssysteem	30
6.2 Implementatie van het H-OPP bij thuiszorgactoren	31

6.3 Evaluatie resultaten.....	32
6.3.1 Cliënt/Cliëntstelsel	33
6.3.2 Zorgbehoefte	33
6.3.3 Interventie	34
6.3.4 Follow-up/Nazorg/Einde behandeling	37
6.3.5 Evaluatie vanuit het werkveld.....	39
6.3.6 Conclusie	40
Discussie	43
Conclusie.....	45
Bibliografie	47
Bijlagen	53

Trefwoorden

Kwetsbare oudere, woonzorgdecreet, skills labs, ervaringsleren, H-OPP

Abstract

Inleiding: In het kader van het projectmatig wetenschappelijk onderzoek Leefbaar wonen gingen we op zoek naar hoe het advies-dienstverlenend ADL-lokaal kan worden ingezet voor studenten ergotherapie van het tweede en derde opleidingstraject en thuiszorgactoren. Dit als antwoord op de maatschappelijke veranderingen.

Doel: Deze literatuurstudie wil een antwoord geven op hoe de kwetsbare oudere ondersteund kan worden om zolang mogelijk thuis te blijven wonen en hoe toekomstige zorgverleners hun vaardigheden hierin kunnen ontwikkelen. Tot slot, hoe kunnen het ADL-lokaal en het H-OPP hiertoe bijdragen?

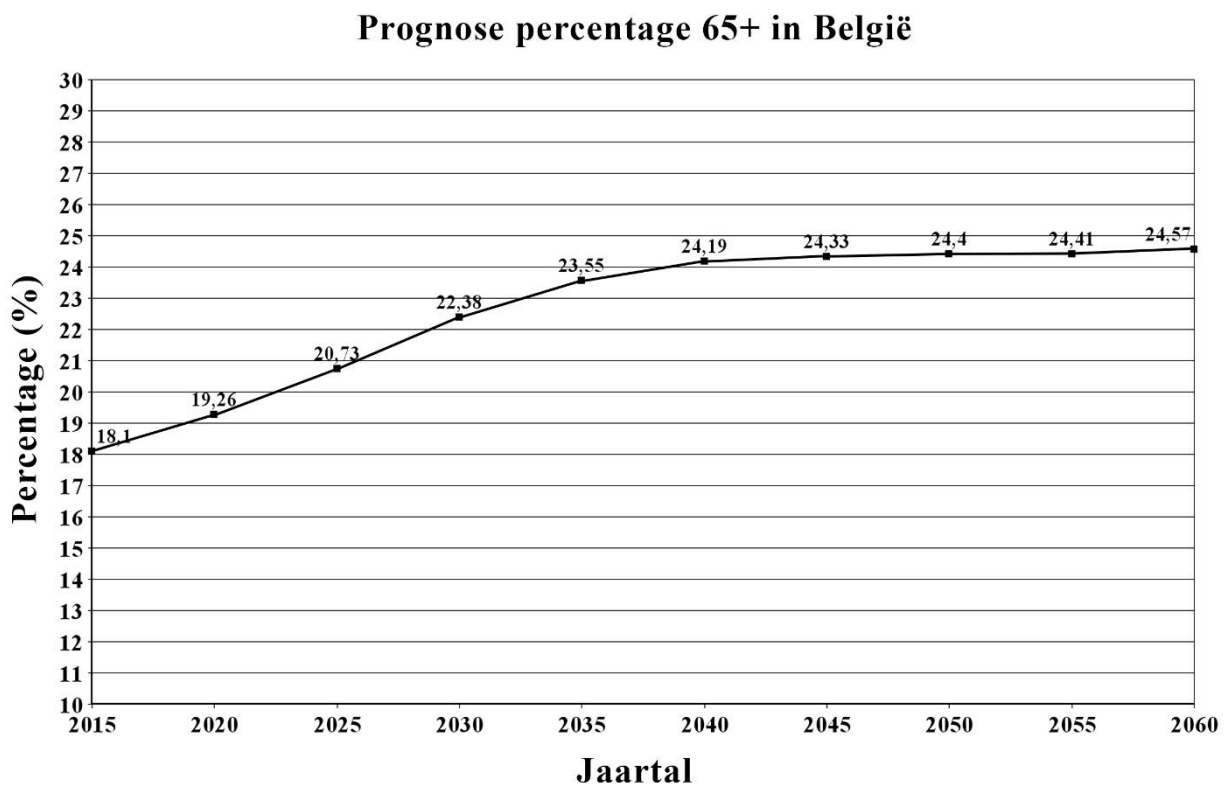
Methode: Databanken als Bohn Stafleu, Pubmed en EBSCO werden geraadpleegd, evenals boeken uit onze opleiding en uit de vakbibliotheek van de Hogeschool PXL. Er werden 50 bronnen geraadpleegd. De verkorte versie van het H-OPP werd getest en geëvalueerd tijdens de projectstages door studenten en zorgverleners.

Resultaten: Een eenduidige en allesomvattende definitie van wie de kwetsbare oudere is werd niet gevonden. De doelgroep, het woonzorgdecreet en het ICF werden beschreven in functie van de dienstverlening, waarin de ergotherapeut overigens steeds meer een adviserende rol vervult, vooral in de thuiszorg. Voorts werden er trainings- en vormingsprogramma's met een ervaringsgericht karakter ontwikkeld voor gebruikers van het ADL-lokaal. De sterke punten en werkpunten van het H-OPP werden beschreven zodat het verder geïmplementeerd kan worden in het onderwijssysteem en bij thuiszorgactoren. Het H-OPP presenteert zich als een veelbelovend middel, maar er is nog ruimte voor verbetering.

Conclusie: Men is nog op zoek naar een consensus over de definitie van de kwetsbare oudere. De rol van de ergotherapeut is afgelijnd binnen de maatschappelijke verschuivingen. Het ADL-lokaal dient verder geïmplementeerd te worden in het onderwijssysteem en thuiszorgactoren. Verdere optimalisatie van het H-OPP is aangewezen.

Inleiding

De 21e eeuw geldt voor veel landen als de eeuw van de bevolkingsveroudering. Ook in België zet deze tendens zich voort. De vergrijzing is het gevolg van enkele factoren, onder andere de babyboomgeneratie die inmiddels de pensioenleeftijd nadert, de stijgende leeftijdsverwachting (dit al sinds 1880) en de afname van het aantal geboortes. Bovendien zijn er de steeds stijgende verwachtingen van de oudere zoals de wens om langer thuis te wonen. Momenteel, anno 2015, behoort 18% van onze bevolking tot de groep van 65-plussers, in totaal goed voor ruim 2 miljoen ouderen. In 2050 zal, naar schatting, maar liefst één op vier Belgen ouder dan 65 jaar zijn, goed voor 3 miljoen 65-plussers (Federaal Planbureau, 2013; Pelfrene, 2009). Figuur 1 toont deze prognose van het percentage 65-plussers in België.



Figuur 1 “Prognose percentage 65+ in België”, gegevens afkomstig van het Federaal Planbureau; FOD Economie-Algemene Directie Statistiek, 2013; eigen bewerking.

Een logisch gevolg is dat er meer en meer vraag is naar specifieke hulp- en dienstverlening voor deze ouderen in onze maatschappij. Deze stijgende vraag naar zorg vertaalt zich in de toenemende uitgaven voor de gezondheidszorg zoals de intensieve verzorging van ouderen in Rust- en Verzorgingstehuizen (RVT), thuiszorg, efficiënte transfer tussen ziekenhuisopname en thuissituatie,

medische kosten. Kortom, de vergrijzing heeft zonder twijfel een grote impact op de maatschappij, die blijvend uitgedaagd zal worden hierop gepast te reageren. Er zijn verschillende manieren om een antwoord te bieden op deze stijgende maatschappelijke kost. Eén van die manieren is om curatief en preventief te werk gaan en ervoor te zorgen dat kwetsbare, thuiswonende oudere zo lang mogelijk hun algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL-activiteiten), op een veilige en efficiënte manier, kunnen blijven uitvoeren in hun vertrouwde omgeving.

Wie is nu echter deze kwetsbare, thuiswonende oudere? Het definiëren van deze doelgroep is één van de doelen van deze bachelorproef. Vervolgens dient nagegaan te worden op welke manier en met welke tools de ergotherapeut kan bijdragen tot de preventie en het maximaliseren van de zelfredzaamheid bij ADL-activiteiten van deze kwetsbare oudere. Kortom, we dienen te formuleren wat de rol van de ergotherapeut is en met welke middelen er zorg op maat geboden kan worden.

Eén van die middelen waar dieper wordt op ingegaan is het Hasselt Occupational Performance Profile (H-OPP), meer bepaald een digitale tool die onlangs werd ontworpen door Ghysels R. en Vanroye E. in samenwerking met IT-deskundige Jochems J. Aan de hand van het H-OPP, een gebruiksvriendelijk, kwaliteitsvol en interdisciplinair instrument, kan de ergotherapeut de handelingsproblemen van de kwetsbare oudere gericht in kaart brengen, analyseren en via klinisch redeneren komen tot een effectief behandelplan. Binnen deze bachelorproef wordt gebruikt gemaakt van de verkorte versie van het H-OPP, met als doel snel en doelgericht advies te kunnen verlenen aan de cliënt.

Een tweede middel waar op wordt gefocust in deze studie, is het herinrichten van het ADL-lokaal van de Hogeschool PXL, departement Healthcare. Het doel van dit lokaal is om de ADL-activiteiten van de kwetsbare, thuiswonende oudere te verbeteren en om een betere transfer te maken tussen de intramurale en de extramurale zorg, specifiek gericht op de thuiszorg. Op die manier wordt dienstverlening gecreëerd en aangeboden aan de beoogde doelgroep. Maar ook studenten ergotherapie en verpleegkunde aan de Hogeschool PXL en mantelzorgers kunnen in het ADL-lokaal kennis maken met innovatieve hulpmiddelen, evenals informatie verkrijgen over hoe en waar men deze middelen kan verkrijgen. Kortom, zowel de student als de kwetsbare, thuiswonende oudere en hun mantelzorger(s) kunnen in het ADL-lokaal via praktijkgerichte lessen en autonome skill labs met een ervaringsgericht karakter hun kennis en kunde verder ontwikkelen. Dit gebeurt steeds met het oog op respectievelijk stages & werk en hun thuissituatie. Het ervaringsleren is een interessant en veelbelovend leerproces om personen kennis te laten vergaren. Wij hanteren de term “ervaringsleren” ten nadele van andere termen aangezien deze term het meest wordt gebruikt. Ervaringsleren kan gezien worden als een overkoepelende term. In deze bachelorproef wordt de term “gebruikers van het ADL-lokaal” gehanteerd wanneer het gaat over personen die gebruik

maken van het ADL-lokaal binnen het departement Healthcare aan de Hogeschool PXL. Enerzijds worden hier de studenten ergotherapie, de studenten verpleegkunde en docenten mee bedoeld. Anderzijds zijn er ook externe personen die gebruik maken van deze dienstverlening, Meestal zijn dit de kwetsbare, thuiswonende ouderen uit de thuissituatie. Personen die revalideren en terug naar huis keren, kunnen voor advies en hulp gebruik maken van het ADL-lokaal.

Het doel van dit projectmatig wetenschappelijk onderzoek (PWO) is dus veelomvattend. Er wordt een omschrijving opgebouwd rond wie de kwetsbare, thuiswonende oudere is, wat de rol van ergotherapeut is in de steeds veranderende zorgvraag en van welke middelen de ergotherapeut hierbij gebruik kan maken. Twee van deze middelen gaan we extra onder de loep nemen, namelijk het H-OPP en het ADL-lokaal met het ervaringsgericht karakter.

Methodologie

Deze studie is een kwalitatief onderzoek, meer bepaald een literatuuronderzoek, en werd uitgevoerd in het academiejaar 2014-2015 aan de Hogeschool PXL te Hasselt van het departement Healthcare. Deze studie heeft een praktijkgericht gedeelte dat besproken wordt in functie van het ADL-lokaal en het H-OPP. Er werd literatuur gezocht op databanken als Pubmed, Bohn Stafleu en EBSCO, in de boeken van de PXL bibliotheek en de boeken van de opleiding ergotherapie van het departement Healthcare aan de Hogeschool PXL. Bronnen werden gescreend en beoordeeld aan de hand van de LAW-fiche. Als titel, abstract en jaartal goed bevonden werden, werd het artikel verder gelezen. Indien het artikel een meerwaarde betekende in onze studie, werd het geïncludeerd. Andere bronnen werden ook beoordeeld op betrouwbaarheid, bijvoorbeeld Vlaamse Overheid en bronnen van de eigen opleiding.

In deze literatuurstudie is gezocht naar een definitie van “de kwetsbare, thuiswonende oudere”. Aangezien dit de doelgroep is, is het noodzakelijk hier een eenduidig beeld over te vormen. Trefwoorden als “frailty”, “frail elderly”, “occupational therapy”, “factors” en “quality of life” werden gebruikt. Tevens werd er in de vorm van een literatuuronderzoek gezocht naar veranderingen die het woonzorgdecreet met zich meebracht binnen de maatschappij. Het ICF-model werd gebruikt om een analyse te maken van de handelingen die zich binnen het ADL-lokaal voordoen. Er werd bovendien een activiteitenanalyse uitgewerkt, die als voorbereidend werk werd gemaakt tijdens de projectstage (zie handleiding “activiteitenanalyse”). Hiervoor werden boeken uit de opleiding ergotherapie en online bronnen geraadpleegd met trefwoorden als “ICF” en “woonzorgdecreet”.

Gezien de huidige maatschappelijke tendensen werd er ook aandacht besteed aan “de nieuwe rol” die de ergotherapeut vervult. Dit werd voornamelijk gezocht in boeken van onze opleiding, evenals enkele artikels die geraadpleegd werden via de databanken. Via de brochure “De kracht van het engagement” van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd de vermaatschappelijking van de zorg gekoppeld aan de rol van de ergotherapeut. Hier werden trefwoorden gehanteerd als “advies”, “ouderenzorg”, “ergotherapie” en “nomenclatuur”.

Het ADL-lokaal werd via een kwalitatief en praktijkgericht onderzoek heringericht, zodat er vijf ruimtes (bureau, keuken, badkamer, huishoudkamer en slaapkamer) in gerepresenteerd kunnen worden. Tijdens de projectstage werd hiervan een schets gemaakt (zie bijlage 4). Het praktijkgericht gedeelte in functie van het ADL-lokaal bestond uit de opgestelde activiteitenanalyse en handelingsfiches en de interdisciplinaire database die werd aangevuld. Vorig academiejaar werd een interdisciplinaire database opgesteld met hulpmiddelen die zinvol zijn binnen het ADL-lokaal. Deze

database werd verder aangevuld tijdens de projectstages.

In dit ADL-lokaal zullen trainings- en vormingsprogramma's worden gegeven in de vorm van praktijklessen en autonome skill labs, en dit met een ervaringsgericht karakter. In hoofdstuk 5, het ervaringsleren, werd een uitgebreid literatuuronderzoek gevoerd. Pubmed werd als databank gebruikt, evenals boeken uit onder andere de PXL bibliotheek. Trefwoorden als "experiential learning", "learning by doing", "hands-on learning", "ervaringsgericht leren", "students" en "elderly peoples" werden gebruikt. In de literatuurstudie van het ervaringsleren werd er gebruik gemaakt van enkele oudere bronnen. We achtten het immers nodig om ervaringsleren even in een historisch perspectief te plaatsen aangezien het om een eeuwenoud concept gaat. Ter ondersteuning van de praktijklessen en de autonome skill labs, werden handelingsfiches ontwikkeld aan de hand van de reeds verzamelde kennis die doorheen de opleiding werd opgedaan en de kennis die tijdens deze bachelorproef werd verzameld. Er werd zowel een handelingsfiche voor studenten als voor docenten opgesteld (zie handleiding "handelingsfiche studenten" en "handelingsfiche docenten").

De verkorte versie van het digitale H-OPP werd getest en geëvalueerd tijdens de projectstages door de twee derdejaarsstudenten ergotherapie, vier derdejaarsstudenten verpleegkunde en twee zorgverleners uit het werkveld. De studenten dienden elk 10 HOPP's af te nemen. Er werden kwaliteitscriteria opgesteld waaraan alle cliënten dienden te voldoen. Dit zorgde ervoor dat zowel studenten ergotherapie als studenten verpleegkunde dezelfde inclusiecriteria hanteerden. De kwaliteitscriteria luiden als volgt: (1) de oudere cliënt, (2) verblijvend in de thuiszorg/community care en (3) een persoon zonder dementie. In het kader van de privacywetgeving werd er bij de afname van het H-OPP een informed consent ondertekend door de cliënt (zie bijlage 3). In totaal werden er 65 cases verzameld in de extramurale zorg. De bekomen informatie werd tijdens een interview met de cliënt schriftelijk genoteerd. Nadien werden deze verzamelde data online ingevoerd en vervolgens verwerkt tijdens een interdisciplinair overleg. Zo kwamen we tot de evaluatie van het H-OPP. Voorts werd een instructiebundel opgesteld voor het hanteren van het digitale H-OPP (zie handleiding "instructiebundel").

Er werd interdisciplinair samengewerkt met drie studenten sociaal verpleegkunde, één student ziekenhuis verpleegkunde van de Hogeschool PXL, één student architectuur van de Universiteit Hasselt, de expertisecel ouderenzorg (ECOZ) en de promotoren Grommen W. en Westhovens M.

1 Wie is de kwetsbare, thuiswonende oudere

Het PWO Leefbaar wonen kadert in functie van thuiswonende, kwetsbare oudere. Een duidelijke omschrijving van de doelgroep is noodzakelijk om het project specifiek uit te werken. Tijdens voorafgaande projectjaren is er steeds een omschrijving van de doelgroep gegeven. Tijdens dit academiejaar wordt deze informatie verder behandeld via een literatuurstudie.

Men spreekt over “dubbele vergrijzing” wanneer zowel de gemiddelde leeftijd van de bevolking als het percentage ouderen stijgt. De oorzaken hiervan zijn de daling van het geboortecijfer, de aanzienlijke verhoging van de levensverwachting en het ouder worden van de babyboomgeneratie. Hierdoor stijgt de hulpbehoevendheid in de residentiële voorzieningen (FOD Sociale zekerheid, 2014). Als gevolg van de vergrijzing zal er een onevenwicht ontstaan tussen vraag en aanbod naar residentiële zorg. Men streeft bijgevolg naar een verschuiving van de residentiële zorg naar de thuiszorg omwille van de lange wachtlijsten en de wens van de oudere om langer thuis te blijven wonen. Door deze maatschappelijke veranderingen is het noodzakelijk een goed geïntegreerde zorg voor de thuiswonende, kwetsbare oudere te voorzien. Het zorgplan biedt hier een antwoord op. De doelstelling van het zorgplan is dat de oudere zo lang mogelijk zelfstandig in zijn eigen vertrouwde omgeving kan wonen, met eventuele ondersteuning van mantelzorg of thuiszorgdiensten (Geenen, 2012). Om een duidelijk beeld te krijgen rond de term “kwetsbare ouderen” wordt het woord opgesplitst in “kwetsbaar” en “ouderen”.

1.1 Kwetsbaar of kwetsbaarheid

Er is geen algemene consensus over de definitie van kwetsbaarheid, het wordt gezien als een multidimensioneel, geriatisch complex dat bestaat uit een intensief samenspel tussen fysieke, psychologische, sociale en externe factoren (Geerts et al., 2011).

Kwetsbaar zijn of kwetsbaarheid is volgens Frieswijk et al. (2007) een syndroom waarbij verschillende gebieden van het normaal functioneren slechter worden naarmate men ouder wordt. Kwetsbaarheid kan ook omschreven worden als een geriatisch syndroom dat zich uit door het verlies van de reservecapaciteiten van het lichaam (Eklund & Wilhelmson, 2009). Het is een proces dat de oudere doormaakt naarmate men ouder wordt. Het is niet iets dat van vandaag op morgen gebeurt, maar geleidelijk aan ontstaat (De Coster et al., 2013).

1.2 Ouderen

De term “ouderen” is een woord dat op vele manieren geïnterpreteerd kan worden. We baseren ons op de biologische leeftijd van een persoon. Volgens de samenleving behoort iemand tot de groep ouderen wanneer de persoon de biologische leeftijd van 65 heeft bereikt. In de samenleving spreekt men over de term “65+”.

In de Engelse literatuur wordt kwetsbaarheid omschreven als “frailty”. Het betekent een uiting van verminderde reserve of weerstand tegen stressoren met een negatieve energiebalans met verminderde skeletspiermassa (sarcopenie) en verminderde kracht tot gevolg. Een persoon is kwetsbaar indien drie of meer van de volgende elementen voorkomen. Indien één of twee van de elementen voorkomen, wordt er gesproken van “pre-frail”. Dit houdt in dat men een verhoogd risico op kwetsbaarheid heeft. Indien geen van deze elementen voorkomen, beschouwt men de oudere als robuust (Austad & Masoro, 2011; Burke et al., 2002; Clegg et al., 2013):

- Onopzettelijk gewichtsverlies
- Zwakke grijpkracht
- Vertraagde gang
- Laag energieverbruik
- Verminderde fysieke activiteit

Kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op (Austad & Masoro, 2011):

- Verhoogde afhankelijkheid
- Institutionaliseren
- Vallen en kwetsuren
- Hospitalisatie
- Ziekte
- Traag herstel
- Hogere mortaliteit

1.3 Factoren die kwetsbaarheid beïnvloeden

Niet enkel fysieke elementen spelen een rol in het toekennen van kwetsbaarheid. Onderzoek van Coster et al. (2013) in het project “anders ouder worden” heeft aangetoond dat naarmate de sociaal-economische toestand afneemt, de gezondheidstoestand verslechtert. Langdurige armoede bij ouderen is nauw verbonden met de achteruitgang van hun gezondheidstoestand. Daarnaast stijgt het aantal allochtonen in België elk jaar, met bovendien een grote variatie van afkomst. Dit gaat gepaard met enkele moeilijkheden, zoals de taalbarrière, de andere culturele verwachtingen en het feit dat het voor allochtonen niet evident is om formele zorg te vinden. Dit komt vooral doordat ze

niet veel kennis hebben over de welzijns- en gezondheidsinstanties. Binnen de huidige maatschappij is er bovendien ook een grote stijging van het aantal echtscheidingen en ontbindingen van samenwonenrelaties. Dit heeft tot gevolg dat er meer en meer ouderen op latere leeftijd alleen wonen. Een goede ondersteuning bij deze ouderen is belangrijk. Wanneer zij niet voortdurend op familie kunnen rekenen, moeten zij beroep kunnen doen op thuiszorgactoren (De Coster et al., 2013).

Er zijn ook psychosociale factoren die kunnen leiden tot kwetsbaarheid. Zo beïnvloeden angsten, depressie, welbevinden, gevoel van controle, omgeving en sociale relaties de kwetsbaarheid van de thuiswonende, kwetsbare oudere. Ziekte kan ook een indicator van kwetsbaarheid zijn. Uit onderzoek blijkt dat 68% van de ouderen twee of meer chronische ziektes heeft (Frieswijk et al., 2007).

De fysieke capaciteit neemt ook af naarmate men ouder wordt. Zo kunnen mobiliteit, evenwicht, spiersterkte en voeding de kwetsbaarheid van thuiswonende, kwetsbare oudere beïnvloeden (Eklund & Wilhelmson, 2009).

Dit betekent dat niet iedere kwetsbare oudere kwetsbaar is op dezelfde manier. Zo kan een oudere fysiek kwetsbaar zijn indien er sprake is van beperkte mobiliteit. Ongezond leven, lijden aan een chronische ziekte en functionele beperkingen spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van fysieke kwetsbaarheid. Ouderen die minstens vier van de onderstaande kenmerken hebben, worden als fysiek kwetsbaar beschouwd (Van Hintum, 2011):

- Weinig tot niet wandelen
- Ongewenst gewichtsverlies
- Slecht kunnen lopen
- Slecht evenwicht kunnen bewaren
- Slecht kunnen horen
- Slecht kunnen zien
- Weinig handkracht hebben
- Lichamelijk moe zijn

1.4 Soorten kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is een complexe term en kan onderverdeeld worden in categorieën op basis van de klachten die de oudere ervaart: wanneer de oudere beperkingen ervaart bij dagdagelijkse activiteiten, een chronische ziekte heeft of risico heeft op psychische en sociale kwetsbaarheid, is dit een indicator voor fysieke kwetsbaarheid. Ouder worden gaat vaak gepaard met psychische problemen en cognitieve beperkingen. Ouderen worden angstig, depressief en hebben het gevoel dat ze minder invloed hebben op het maken van keuzes. Dit wijst op psychische kwetsbaarheid. Deze

kwetsbaarheid wordt gekenmerkt door geheugenklachten, sombere en angstige gevoelens, nervositeit en gevoelens van hulpeloosheid. Dementie en de afname van geestelijke gezondheid zijn op indicatoren voor deze psychische kwetsbaarheid.

Sociaal isolement zoals alleen wonen en een gebrek aan steun zijn op hun beurt indicatoren voor sociale kwetsbaarheid. Niet iedere kwetsbare oudere ervaart zichzelf als hulpbehoevend. Daarom wordt er een onderscheid gemaakt tussen kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben en kwetsbare ouderen met comorbiditeit en complexe zorgvragen (Frieswijk et al., 2007). We kunnen bovendien stellen dat de ouderenzorg bestaat uit twee perspectieven: die vanuit het perspectief van de oudere en die vanuit het standpunt van de zorgverlener (Van Hoof & Wouters, 2012).

Kwetsbaarheid leidt tot beperkingen in activiteiten, niet als direct gevolg van chronische ziekten, maar door een verstoring van de balans tussen de normale veroudering en de afname van reservecapaciteiten. Vanaf dan wordt er gesproken van een geriatrische cliënt (Deeg et al., 2007).

1.6 Kwetsbaarheid meten

Omdat het moeilijk aan te geven is wanneer er precies over kwetsbaarheid wordt gesproken, zijn er enkele meetinstrumenten ontwikkeld. Aanvullend onderzoek naar het voorspellend vermogen van deze “frailty”-instrumenten voor beperkingen in het dagelijks leven is echter nog aangewezen. De Groningen Frailty Indicator (GFI) is een eenvoudige vragenlijst (zie bijlage 1). Dit meetinstrument bepaalt het niveau van kwetsbaarheid en bestaat uit 15 items over vier domeinen van functioneren: fysiek (9 items), cognitief (1 item), sociaal (3 items) en psychisch (2 items). De meeste items kunnen met “ja” of “nee” beantwoord worden. Scores op de GFI variëren van 0 tot en met 15. Ouderen met een totaalscore van 4 of hoger worden als matig tot ernstig kwetsbaar beschouwd.

De Tilburg Frailty Indicator (TFI) (zie bijlage 2) bestaat uit twee subschalen. De eerste subschaal (10 items) heeft betrekking op de determinanten van kwetsbaarheid, waaronder sociodemografische gegevens en chronische ziektes. De tweede subschaal bepaalt het niveau van kwetsbaarheid. Deze subschaal bestaat uit 15 items die betrekking hebben op fysieke (8 items), sociale (3 items) en psychische aspecten (4 items) waarvan één item over cognitie gaat. De meeste vragen worden ook hier met “ja” of “nee” beantwoord, met een totaalscore variërend van 0 tot 15. Een score van 5 of hoger wijst volgens Gobbens en collega's op kwetsbaarheid. Volgens de ontwikkelaars heeft de TFI een goede betrouwbaarheid en validiteit (Metz & Metzler, 2010).

2 Woonzorgdecreet

2.1 Wat is het woonzorgdecreet?

Om goede kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden, is het woonzorgdecreet ontstaan. Er wordt veel aandacht geschonken aan de vergrijzing, maar een ander belangrijk punt mag zeker niet over het hoofd gezien worden, namelijk dat ouderen het ouder worden anders beleven. Ze blijven langer actief en willen langer thuis blijven wonen. Het woonzorgdecreet biedt een ondersteuning om de zelfstandigheid van ouderen te maximaliseren in de thuiszorg en in de residentiële zorg. Woonzorgnetwerken creëren is het uitgangspunt bij het ontwikkelen van het woonzorgdecreet. Dit wordt bereikt door bestaande en nieuwe vormen in de thuiszorg, de thuiszorgondersteunende en de aanvullende zorg en de residentiële ouderenzorg te combineren. Zorg op maat en zorgcontinuïteit zijn hier sleutelbegrippen (Polis, 2008).

Het decreet heeft drie prioritaire doelstellingen:

- Zorg op maat bieden aan de gebruiker en een kwaliteitsvol zorgcontinuüm creëren, door zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg correct en individueel aangepast in te zetten.
- De regelgeving voor zorg, wonen en welzijn actualiseren en beter op elkaar afstemmen, met als doel de samenwerking tussen thuiszorg, thuiszorgondersteunende zorg en residentiële zorg te vergemakkelijken en aan te moedigen.
- De kwaliteit van wonen en zorg verhogen door passend in te spelen op de individuele fysieke en psychische noden van de zorgvrager. Dit dient te gebeuren met voldoende aandacht voor sociale inclusie en het welbehagen van de zorgbehoevende zodat kwaliteitszorg bekomen wordt (Grommen, academiejaar 2014-2015).

Concreet zijn er drie uitvoeringsbesluiten van toepassing. Ten eerste zijn er procedures voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. Een “gebruiker” is hier een persoon die beroep doet op ouderenzorg of thuiszorg (Agentschap zorg & gezondheid, 2015). Ten tweede is er de procedure voor het vaststellen van de regels voor het verlenen van de voorafgaande vergunning voor sommige woonzorgvoorzieningen. Nadat de voorafgaande vergunning verkregen is, kan een erkenning aangevraagd worden voor onder andere woonzorgcentra, kortverblijf en dagverzorgingscentra. Tenslotte is er een uitvoeringsbesluit geformuleerd betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (Overheid, 2014).

Het woonzorgdecreet biedt heel wat mogelijkheden voor de toekomst van de thuiszorg en de woonzorgcentra. Het decreet is goedgekeurd in 2009 en werd het jaar nadien in werking gesteld. Voor het invoeren van het decreet werd advies gevraagd aan de Strategische adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin. De raad had geen bezwaar tegen het decreet (Naets, 2011).

Voor de thuiszorgvoorzieningen zijn er enkele belangrijke hervormingen gebeurd op vlak van:

- Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg waaronder schoonmaakhulp, karweihulp en professionele oppashulp vallen
- Diensten voor logistieke hulp
- Diensten voor oppashulp
- Diensten voor thuisverpleging
- Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds
- Lokale dienstencentra
- Regionale dienstencentra
- Diensten voor gastopvang
- Verenigingen van gebruikers en mantelzorgers

De diensten oppashulp en regionale dienstencentra worden in regio's verdeeld (Agentschap zorg en gezondheid, 2015).

Kwaliteitszorg is ook een aandachtspunt binnen het decreet. Dit wordt geconcretiseerd door Vlaamse gezondheids- en welzijnssectoren ertoe aan te zetten de kwaliteit binnen zorginstellingen en de thuiszorg voortdurend te bewaken en te verbeteren. Binnen het decreet wordt daarom bepaald dat alle ouderenvoorzieningen:

- Een kwaliteitshandboek moeten opstellen en gebruiken
- Zichzelf periodiek moeten evalueren (zelfevaluatie)
- Jaarlijks een kwaliteitsplanning moeten opstellen
- Jaarlijks ook een jaarverslag moeten maken, waarin ze onder meer het kwaliteitsbeleid beschrijven dat ze het voorbije jaar gevoerd hebben

Verder is er een gewijzigde regelgeving over de prijsmededeling, prijsverhoging, boekhoudkundige bepalingen, infrastructuursubsidiëring en het grensoverschrijdend gedrag (Overheid, 2014).

Erkende voorzieningen, met uitzondering van de diensten voor thuisverpleging en de centra voor herstelverblijf, hebben recht op een jaarlijkse subsidie (Vlaamse Regering, 2009). Er kan dus gesteld worden dat het Woonzorgdecreet opgesteld is vanuit de basisregelgeving rond ouderenzorg. Hierin wordt aandacht besteed aan de uitbouw van (Agentschap zorg en gezondheid, 2015):

- Woonzorgcentra
- Rust- en verzorgingstehuizen
- Centra voor kortverblijf
- Dagverzorgingscentra
- Assistentiewoningen
- Serviceflatgebouwen
- Centra voor herstelverblijf
- Centra voor niet-aangeboren hersenletsels
- Animatie
- Dagverzorgingscentra voor palliatieve verzorging

Om erkend te worden als één van de genoemde voorzieningen dient deze binnen de opgestelde programmatie te passen en te voldoen aan enkele voorwaarden. Deze worden uitvoerig omschreven in het woonzorgdecreet. Als laatste, niet onbelangrijke punt, is er de naamswijziging van “rustoorden” naar “woonzorgcentra” (WZC) (Vlaamse Regering, 2009).

3 Nieuwe rol ergo

3.1 Maatschappelijke veranderingen

De gezondheidszorg staat nooit stil. Het is belangrijk om in te spelen op veranderingen. Als gevolg van een betere levensstandaard, voeding en gezondheidszorg zal het aantal ouderen de komende decennia toenemen, vooral in de oudste bevolkingsgroepen. Dit noemt men de vergrijzing. Ook het aantal chronische ziekten stijgt, op zijn beurt neemt het aantal geriatrische cliënten automatisch toe. De vraag naar thuiszorg stijgt aangezien het zorgplan stimuleert om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Er wordt ook nadruk gelegd op kwaliteitszorg en effectieve behandeling. Deze verschuivingen doen de vraag naar ergotherapeuten stijgen (Le Granse, Van Hartingsveldt & Kinébanian, 2012). Het PWO Leefbaar wonen, dat vanuit deze bachelorproef wordt toegelicht, tracht in te spelen op deze maatschappelijke verschuivingen. Via het ADL-lokaal kunnen enerzijds kwetsbare, thuiswonende ouderen ondersteund worden in het zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Anderzijds worden via het ADL-lokaal studenten binnen de gezondheidszorg gestimuleerd om een kwaliteitsvolle zorgverlener te worden. Dit komt later in deze bachelorproef aan bod, meer bepaald in hoofdstuk 5, over het ervaringsleren.

3.2 Rol ergotherapie binnen de maatschappelijke ontwikkelingen

Het beroep ergotherapie ontwikkelt zich voortdurend als antwoord op de maatschappelijke verschuivingen. Kielhofner beschrijft een rol als “een specifieke sociale identiteit met daaraan verbonden verplichtingen, welke gezamenlijk een raamwerk vormen om een situatie vorm te geven waarin het rolgebonden gedrag vertoond moet worden, met het doel passend te handelen in die betreffende situaties” (Heijnsman, Kuiper & Lemette, 1999, p. 13).

De ergotherapeut zal heel wat opdrachten in de thuiszorg uitvoeren gezien de maatschappelijke veranderingen. Eén van die taken is om de ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen (Geenen, 2012). Hierdoor zal adviesverlening een belangrijk te onderscheiden taakgebied van de ergotherapeut zijn. Binnen de extramurale zorg zal de zorgverlener de verantwoordelijkheid meer in handen van de cliënt leggen (De Coninck, 2012). De laatste jaren is de adviesverlening binnen de ergotherapie geëvolueerd. Er zijn duidelijk te onderscheiden producten ontstaan die ergotherapeuten aanbieden. Enerzijds werken ergotherapeuten steeds meer in adviesfuncties en ze worden ook meer herkend en erkend door de maatschappij. Veel ergotherapeuten adviseren aan instanties die verantwoordelijk zijn voor de vergoeding of verstrekking van zorg en voorzieningen in het kader van wetten en verzekeringen. Anderzijds is er ook in de zorgsector een verschuiving van

beroepstaken opgetreden: ergotherapeuten adviseren vaker aan zorgaanbieders en begeleiders. De ergotherapeutische adviezen hebben betrekking op zowel materiële als immateriële aspecten (Heijnsman, Kuiper & Lemette, 1999).

Binnen de gezondheidszorg moet rekening gehouden worden met het feit dat cliënten vaak meer kennis hebben van de gezondheidszorg dan vroeger. De technologische vooruitgang is hier onder andere een oorzaak van, velen spelen bijvoorbeeld voor eigen dokter via online bronnen. Vanuit de ergotherapeutische visie wordt de inbreng van de cliënt gestimuleerd. De cliënt en zorgverlener werken samen aan doelen en een zorgplan. De cliëntgecentreerde werking ontstaat dus niet enkel vanuit de zorgverlener, maar ook vanuit de cliënt die de eindverantwoordelijkheid draagt. In hoofdstuk 5 wordt het ervaringsleren toegelicht, wat deze visie verder ondersteunt (Le Granse et al., 2012).

3.3 De ergotherapeut als zelfstandige

Een parallel lopende ontwikkeling die belangrijk is voor de beroepsrol als ergotherapeut-adviseur is de ontwikkeling van ergotherapie in de eerste lijn. Ergotherapie heeft in de thuiszorg een duidelijke plaats verworven (Heijnsman et al., 1999). Dit is mede te danken aan het Koninklijk Besluit van 19 november 2010 waarin de nomenclatuur voor ergotherapie beschreven staat. Dit betekent dat cliënten die een volledig programma voor locomotorische en neurologische revalidatie volgden of op het punt staan dit te beëindigen, gebruik kunnen maken van ergotherapeutische verstrekkingen en recht hebben op een tegemoetkoming van het ziekenfonds. Om gebruik te kunnen maken van deze ergotherapeutische verstrekkingen moet de cliënt doorverwezen zijn door de revalidatiearts.

Het ziekenfonds kan tegemoetkomen aan vier verschillende ergotherapeutische verstrekkingen:

- Opstelling van één observatiebalans die de functionele vaardigheden onderzoekt
- Zeven oefensessies
- Twee informatie-, advies- en leersessies
- Eén laatste observatiebalans

De bovenstaande ergotherapeutische interventies kunnen enkel door een erkende ergotherapeut worden uitgevoerd (RIZIV, 2014). Om het beroep ergotherapie te mogen uitvoeren in België moet men erkend zijn door de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid. Om het beroep onder een zelfstandig statuut te mogen uitvoeren moet men in het bezit zijn van een RIZIV-nummer (RIZIV, 2014).

De beroepsactiviteiten van de ergotherapeut worden door de Vlaamse onderwijsraad (VLOR) in studie 31 beschreven in “beroepsprofiel ergotherapeut” (VLOR, 2013). Er zijn verschillende typefuncties:

- Behandelen
- Preventieve zorg
- Geven van consult en advies
- Toegepast wetenschappelijk onderzoek
- Bijdragen tot de ontwikkeling van het beroep
- Evalueren van beroepsmatig handelen
- Interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking
- Permanente vorming, ontwikkelen van individuele kennis en kunde
- Managen en beheren
- Geven van onderwijs en begeleiding

Deze typefuncties worden opgedeeld in deelfuncties en deze worden op hun beurt geconcretiseerd in specifieke taken. De cliënten hebben, zoals eerder vermeld, andere verwachtingen dan vroeger. Zo komen ze bijvoorbeeld meer uit voor hun eigen mening. Autonomie of zelfbeschikkingsrecht is een sleutelwoord geworden binnen het functioneren van de oudere. De cliënt verkiest over het algemeen om zolang mogelijk thuis te blijven wonen. Dit is een doelstelling opgesteld door de cliënt zelf, maar ook door de overheid, omdat residentiële zorg nu eenmaal niet mogelijk is voor iedere oudere (Vlaamse onderwijsraad, 2013).

Zo komen we tot vermaatschappelijking van de zorg, wat omschreven wordt door de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin in haar visienota uit 2012 (zoals geciteerd in Decruynaere, 2013, p. 3):

Verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, ..., met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer deinstitutionalisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg.

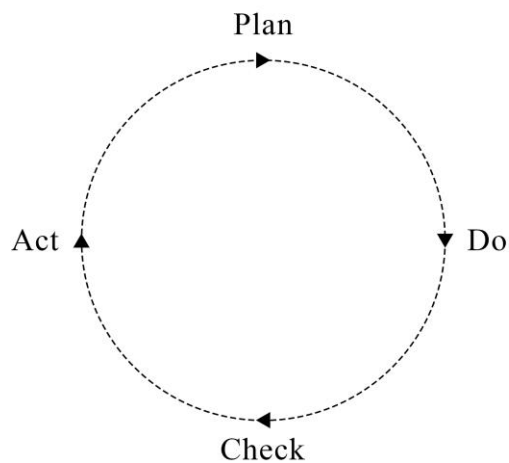
Ergotherapie werkt dus cliëntgecentreerd. Dit wil zeggen dat de mening, waarden en keuzes van de cliënt centraal staan. De taak van de ergotherapeut is om de cliënt te ondersteunen en te helpen bij het bereiken van zijn of haar vooropgestelde doelen. De ergotherapeut heeft de taak de cliënt te empoweren en te motiveren om risico's en uitdagingen aan te gaan. Wanneer handelingen niet meteen correct worden uitgevoerd is het de taak van de ergotherapeut om de cliënt te ondersteunen en te stimuleren tot succeservaringen. Dat vereist van de ergotherapeut veel meer dan alleen vakkennis. Bovenop de ergotherapeutische kennis wordt van de ergotherapeut verwacht:

- dat een empathische, wachtende houding aangenomen kan worden
- dat de nodige gesprekstechnieken en communicatieve vaardigheden beheerst worden
- dat de zorgverlener beschikt over voldoende psychosociale kennis

De cliënt wordt gezien als een ervaringsdeskundige en krijgt veel verantwoordelijkheden aangezien hij de eindbeslissingen, de inhoud van de therapie en de doelstellingen formuleert op activiteitsniveau. De cliënt gaat samen met de ergotherapeut op weg als actieve probleemoplosser en komt dus zelf tot doelstellingen. Tijdens deze weg wordt de cliënt gestimuleerd en begeleid door de ergotherapeut. Andere personen worden ook betrokken, zoals familie en vrienden. Communicatie en een goede vertrouwensrelatie zijn noodzakelijk (Geenen, 2012).

De ergotherapeut-adviseur heeft andere taken en een andere positie dan de ergotherapeut-behandelaar. De adviserende ergotherapeut stelt zijn kennis en vaardigheden ter beschikking van organisaties of personen die verantwoordelijk zijn voor het verstrekken van adequate zorg en/of adequate voorzieningen aan cliënten. De ergotherapeut-adviseur adviseert aan derden en draagt op indirecte wijze bij tot het verminderen van de beperkingen en handicaps van cliënten en tot het verhogen van de levenskwaliteit (Heijnsman et al., 1999).

Buiten de functie van kwaliteitscoördinator, is er een duidelijke verantwoordelijkheid terug te vinden bij de ergotherapeut. Binnen de vertrouwensrelatie met de cliënt is kwaliteitsvol handelen van primordiaal belang. Het PDCA-model omschrijft het kwaliteitsdenken in het cyclisch proces van het cliëntgericht handelen. Dit model kan kwaliteitsverbeteringen teweeg brengen. Het beschrijft zeer concreet wat het plan (P) is in de vorm van opgestelde doelstellingen. Vervolgens beschrijft het de acties, de to do's (D), die nodig zijn om de vooropgestelde doelen effectief te behalen. Hierna volgt de evaluatie en controle (C) waarbij wordt gekeken of de vooropgestelde doelen effectief zijn behaald. Deze evaluatie en controle wordt gevolgd door een nieuwe actie (A) om het gehele proces bij te sturen, aan te vullen en tot een hoger kwaliteitsniveau te brengen (De Coninck, 2012).



Figuur 2 “De PDCA- cirkel”

Ergotherapie tracht het betekenisvol handelen binnen de eigen context te maximaliseren aangezien dit een belangrijke waarde van de burger is geworden. Zelfstandig functioneren en hierdoor autonoom kunnen handelen is een belangrijke waarde van de mens. Hierdoor sluit ergotherapie aan op de maatschappelijke opdracht van het toewerken naar maximale zelfredzaamheid van mensen, ook als intensieve zorg noodzakelijk is (Geenen, 2012). Handelen en welzijn in evenwicht brengen is de kern van de ergotherapie. De cliënt moet optimaal kunnen functioneren in zijn dagelijkse leefcontext binnen de drie handelingsgebieden (wonen – zorg, leren – werken en vrije tijd - spel) en dit in functie van een maximale participatie en autonomie. De maatschappelijke noden en evoluties van de 21^e eeuw en de visie op het beroep hebben dan ook een belangrijke invloed op de doelstellingen en kerncompetenties van elke opleiding. Momenteel wordt de ergotherapie gekenmerkt door de toenemende diversiteit, dialooggestuurde zorg, creativiteit, ondernemerschap, interprofessioneel samenwerken, kwaliteitsvol handelen, leren en ontwikkelen. Door het veranderende profiel van de zorgvrager en de toenemende complexiteit van de zorgvragen dringt extra aandacht voor een kwaliteitsbeleid zich op. Bovendien dient er rekening gehouden te worden met de economische, ecologische en culturele maatschappelijke veranderingen van het begin van de 21^e eeuw. Op initiatief van de beroepsvereniging zal in samenwerking met de Vlaams Overleg Ergotherapie (VLOE) op korte en middellange termijn een strategisch plan ontwikkeld worden om in het werkveld en de opleidingen deze visie te implementeren (Vlaamse Hogescholenraad, 2012).

4 ICF

Het PWO Leefbaar wonen heeft dienstverlening als één van de hoofddoelstellingen. Externe gebruikers en studenten zullen trainings- en vormingsprogramma's in het ADL-lokaal kunnen volgen. Vanuit de opleiding ergotherapie kunnen handelingen gelinkt worden aan het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Dit is een classificatiesysteem vanuit het World Health Organisation (WHO). Door dit theoretische kader ontstaat er uniformiteit en onderbouwing binnen de gegeven trainings- en vormingsprogramma's voor studenten en externe gebruikers van het ADL-lokaal.

4.1 Wat is het ICF?

De WHO heeft een aantal classificaties ontwikkeld voor de gezondheidstoestand van personen en publiceerde in 2001 het ICF om het functioneren van mensen te beschrijven (Le Granse et al., 2012). Door zijn internationaal denkkader en zijn uniform taalgebruik vormt het ICF een belangrijke meerwaarde voor een eenduidige interdisciplinaire communicatie (Ghysels & Vanroye, 2015). Het ICF is toepasbaar in verschillende culturen, als communicatie tussen verschillende beroepsgroepen en als internationale vergelijking van gegevens (Le Granse et al., 2012).

Het model beschrijft hoe mensen omgaan met hun gezondheidstoestand. Iemand zijn gezondheid is met behulp van het ICF te karakteriseren in drie onderverdelingen, namelijk lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Gezondheid is dus te beschrijven vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief. Iemand zijn functioneren, en de problemen die daar al dan niet bij gepaard gaan, vinden plaats in een bepaalde context. In het ICF is dit ingevoerd bij de omgevingsfactoren. Het ICF is van nut voor het begrijpen en meten van gezondheidsuitkomsten en kan worden gebruikt in klinische situaties, in allerlei zorginstellingen en in gezondheidsonderzoek op individueel en bevolkingsniveau (RIVM, 2012).

4.2 Doelstellingen van het ICF

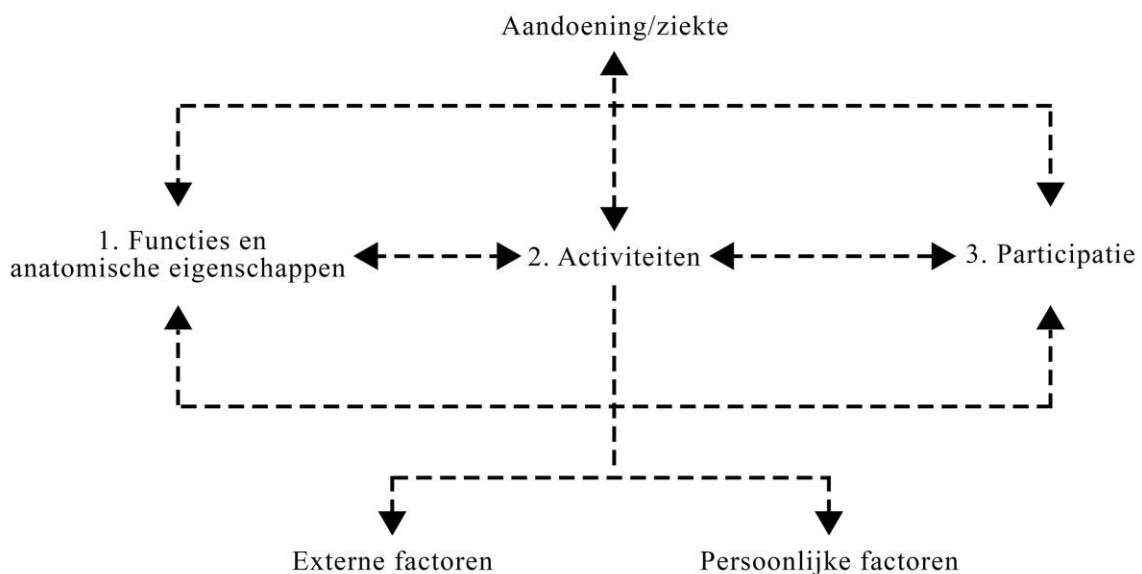
Het ICF is ontwikkeld voor toepassing in verschillende vakgebieden en uiteenlopende sectoren. Meer specifiek heeft het ICF de volgende doelstellingen (Le Granse et al., 2012):

- Het ICF voorziet in een wetenschappelijke grondslag voor het begrijpen en bestuderen van het menselijk functioneren, uitkomsten en determinanten.
- Het ICF schept een gemeenschappelijke taal voor het beschrijven van iemand zijn functioneren met als doel de communicatie te verbeteren tussen beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en in andere sectoren, alsook met mensen met functioneringsproblemen.

- Het ICF maakt gegevens in de tijd en uit verschillende landen, vakgebieden en sectoren met elkaar vergelijkbaar.
- Het ICF voorziet in een systematisch codestelsel voor informatiesystemen in de gezondheidszorg.

4.3 Link met ADL-lokaal

Het ICF bestaat uit twee delen met elk twee componenten. Deel 1 betreft het functioneren zelf en benoemt de medische factoren – ziekte, aandoening of letsel – met de componenten functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Deel 2 benoemt de beïnvloedende factoren, onderverdeeld in externe factoren en persoonlijke factoren (Le Granse et al., 2012).



Figuur 3 “Het ICF model”

Er worden verschillende ruimtes opgesteld in het ADL-lokaal binnen de PXL, departement Healthcare. Om tegemoet te komen aan de noden en behoeften van de gebruikers van het ADL-lokaal werden de handelingsactiviteiten per ruimte geanalyseerd via een activiteitenanalyse. Deze werd tijdens de projectstage opgesteld ter voorbereiding op het analyseren van de handelingen in het ADL-lokaal (zie handleiding “activiteitenanalyse”). Deze activiteiten worden gekoppeld aan het ICF. Dit model biedt een kader om de verschillende activiteiten per ruimte weer te geven en eventuele participatieproblemen op te sporen. Binnen de dienstverlening die het ADL-lokaal biedt kunnen hulpmiddelen uit de interdisciplinaire database worden geadviseerd. Deze interdisciplinaire database werd dit academiejaar verder aangevuld.



Figuur 4 “Schets ADL-lokaal in departement Healthcare PXL”

4.3.1 Badkamer

Binnen het ICF model kan de badkamer geanalyseerd worden door functies en anatomische eigenschappen van de cliënt te omschrijven (1). Stoornissen hierin kunnen leiden tot moeilijkheden in activiteiten, zoals wassen, aankleden, douchen of een bad nemen ... (2). Deze beperkingen kunnen leiden tot participatieproblemen (3). De persoon blijft thuis omdat hij/zij zich niet goed gewassen heeft, omdat hij/zij niet verzorgd overkomt of omdat men angst heeft om elders naar het toilet te moeten gaan.

4.3.2 Slaapkamer

Verstoorde functies en anatomische eigenschappen (1) kunnen de thuiswonende, kwetsbare ouderen beperken in hun activiteiten (2) wanneer zij bijvoorbeeld niet zelfstandig het bed kunnen in- en uitstappen of wanneer er geleden wordt aan incontinentie wat voor moeilijkheden zorgt wanneer de persoon het bed niet zelfstandig kan verschonen. Een gevolg kan zijn dat de oudere afhankelijk is van anderen tijdens het opstaan en het gaan slapen (3). Wanneer de persoon moeilijkheden heeft met slapen is er minder energie om overdag te functioneren (3). Als de persoon het bed niet zelfstandig kan verschonen komt de hygiëne in het gedrang wat het contact met naasten kan bemoeilijken (3). Op deze manier kan het ICF verder ingevuld worden om een beeld te verkrijgen van de mogelijke participatie van de cliënt.

4.3.3 Woonkamer/huishoudkamer

De thuiswonende, kwetsbare ouderen kunnen beperkingen ervaren in hun activiteiten (2) door verstoorde functies en anatomische eigenschappen (1), zoals bijvoorbeeld moeite hebben met het kijken naar de TV. Dit kan het gevolg zijn van slecht horen, slecht zien of informatieverwerkingssnelheid die aangetast is (1). De oudere heeft mogelijk moeilijkheden om zelfstandig het huishouden te doen zoals poetsen, strijken of eten klaar maken (2). Voorbeelden van mogelijke participatieproblemen (3) zijn: de actualiteit niet optimaal kunnen volgen, geen mensen durven uitnodigen omdat het huis vuil is en sociaal contact dat beperkt wordt. Wanneer de oudere moeilijk zelfstandig kan eten, leidt dit tot gezondheidsproblemen. Toch biedt dit ook een mogelijkheid tot participatie. Wanneer namelijk thuiszorg wordt ingeschakeld heeft de thuiswonende, kwetsbare oudere net meer sociaal contact, bijvoorbeeld een zorgkundige van Familiehulp.

4.3.4 Bureau

De thuiswonende, kwetsbare oudere kan beperkt worden in zijn activiteiten (2) wanneer de oudere geen computer kan hanteren of moeite heeft met schrijven en lezen (1). Binnen de huidige maatschappij is een computer amper weg te denken is. Voor inschrijvingen, pc banking enzovoort, moeten zij steeds beroep doen op familie of anderen voor hulp (3). De actualiteit volgen in de krant, het beheren van de eigen financiën wordt bijvoorbeeld bemoeilijkt wanneer het lezen achteruit gaat (3).

4.3.5 Keuken

Een thuiswonende, kwetsbare oudere kan beperkt worden in zijn functioneren bij het optreden van verstoorde functies en anatomische eigenschappen (1) zoals bijvoorbeeld slechte mobiliteit of geheugenproblemen. De oudere kan dan moeilijkheden ervaren met zelfstandig koken, met het reiken naar producten in de kast of met het volgen van een recept (2). Dit kan leiden tot participatieproblemen (3) wanneer de oudere niet zelfstandig naar de winkel kan gaan wat op zijn beurt weer leidt tot minder sociaal contact (Le Granse et al., 2012).

5 Ervaringsleren

Ratering & Hafkamp (2011) spreken over zelfsturend leren. Janssen, Ten Dam, Van Hout Wolters (2002), Coker (2010) en Remmerswaal (2006) spreken van zelfstandig leren. Wij hanteren de term “ervaringsleren” aangezien deze term het meest wordt gebruikt en als een overkoepelende term kan beschouwd worden. Deze begrippen kunnen onder de noemer “zelfstandigheidsdidactiek” worden samengevat. Ze worden ook als volgt genoemd: autonoom leren, zelfontdekkend en ervaringsleren, zelfsturend of zelfregulerend leren, zelfstandig leren, competentieleren, van zelf werken naar zelf verantwoordelijk leren enzovoort. Deze termen zijn niet alleen verbonden met taken, opdrachten, groepswerk, projectwerk, nieuwe actieve werkvormen, vakoverschrijdend en vakken combinerend werken. Verder zijn deze termen ook verbonden met nieuwe of moderne evaluatievormen en vooral met reflectie op het leren en bewustmaking van het leerproces. Een functioneel gebruik van moderne informatietechnologie behoort vanzelfsprekend ook tot de vernieuwingsideeën (Annoot et al., 2004).

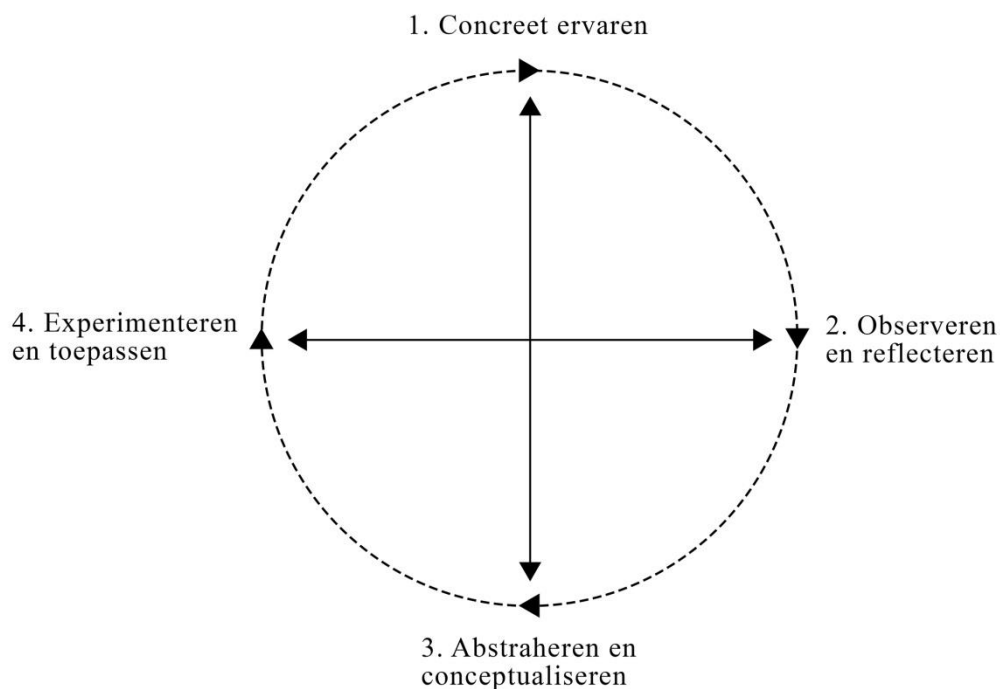
Het is niet evident om een eenduidig en kort beeld te schetsen van wat ervaringsleren juist inhoudt. Al in de 3^e eeuw voor Christus vinden we verwijzingen naar het beeld van leren door ervaring. De Griekse filosoof Aristoteles (zoals geciteerd in W.D. Ross, 2009, p. 18) schreef in 350 voor Christus immers de volgende woorden neer: “Wat men moet leren doen, leert men door het te doen”. Dit toont aan dat ervaringsleren een beproefd concept is. Vooral in de 20e eeuw ontwikkelde het ervaringsleren zich onder invloed van wetenschappers als Kolb, Dewey, Erkamp, Nadler en Luckner. In 1980 definieerde Erkamp ervaringsleren als volgt (p. 28): “Het verwerven van kennis, attitudes en vaardigheden over jezelf en over je omgeving door eigen waarneming en deelname in concrete situaties en door systematisch nadenken daarover, al dan niet onder begeleiding”.

Luckner en Nadler omschreven ervaringsleren in 1997 (p. 4) als:

Ervaringsleren is leren door te doen. Het is een proces waardoor mensen kennis en vaardigheden verwerven en waarden opdoen door directe ervaringen. Men kan van ervaringsleren spreken als mensen zich engageren in een activiteiten, hierop kritisch reflecteren, komen tot een nuttige analyse ervan en wanneer de resultaten hiervan zich uiten in nieuw gedrag of andere inzichten.

Kolb gaat er in zijn leertheorie van het sociaal constructivisme vanuit dat mensen actief hun werkelijkheid opbouwen door na te denken en te reflecteren. Hij stelt dat ervaringen de basis zijn voor het leren (Ratering & Hafkamp, 2011). Kolb stelde zes leerprincipes op die verduidelijking geven bij deze leertheorie (Valcke, 2010):

- Leren is een proces en niet een product
- Leren is een continue proces, dat vertrekt vanuit ervaringen
- Leren vereist het oplossen van het conflict tussen ervaringen die niet op elkaar aansluiten of tussen ervaringen en aanwezige kennis
- Leren is een holistisch adaptatieproces
- Leren vereist transacties tussen lerende en de werkelijkheid
- Leren is een proces van construeren van kennis



Figuur 5 "Leercyclus van Kolb"

Ervaringsleren wordt aan de Hogeschool PXL in de opleiding ergotherapie en verpleegkunde verwerkt in praktijklessen en autonome skill labs. Verder wordt er dienstverlening aangeboden aan externen, dit is meteen ook één van de doelstellingen van het PWO Leefbaar wonen. Deze doelstelling wordt bereikt via het heringerichte ADL-lokaal waarin studenten ergotherapie en verpleegkunde praktijklessen en autonome skill labs kunnen volgen. Voorts kunnen ook externen autonome skill labs volgen. In de autonome skill lab worden zelfstandige handelingen geoefend en ervaringen opgedaan. Zoals eerder besproken in hoofdstuk 4, het ICF, kan dit gebeuren in vijf

ruimtes. Hier worden onder andere hef- en tiltechnieken aangeleerd, hulpmiddelen aangeboden en het gebruik ervan aangeleerd, hulpvragen geanalyseerd, advies verleend en wordt er gebruik gemaakt van handelingsfiches.

Zoals eerder aangehaald zal het ADL-lokaal gebruikt worden door zowel studenten ergotherapie en verpleegkunde als door externen. Er moet echter rekening gehouden worden met het feit dat leeftijd de manier van leren beïnvloedt. Studenten leren door ervaringen op te doen, door interactie, door situaties te analyseren en uit te voeren. Ouderen daarentegen, komen met specifieke hulpvragen vanuit de thuissituatie via verwijzing, onder andere via het UD Woonlabo, terecht in het ADL-lokaal. In samenwerking met de zorgverlener worden oplossingen aangereikt, besproken en geoefend (Ratering & Hafkamp, 2011).

In het verlengde van het ADL-lokaal en het UD Woonlabo ontstonden toekomstplannen om ergotherapie meer erkenning te geven binnen het departement Healthcare. Dit kan worden gerealiseerd door de herinrichting van de ergogang, die toegang geeft tot alle ergolokalen. De ergolokalen zouden in de vier doelgroepen binnen de ergotherapie verdeeld kunnen worden, namelijk psychiatrie, kinderen, ouderen en fysieke revalidatie. Hiervoor werd reeds een aanzet gegeven door de uitwerking van enkele simulaties (zie bijlage 5). Aan de hand van de gegeven richtlijnen heeft binnenhuisarchitecte Stéfanie Neven deze simulaties verwezenlijkt (zie bijlage 4). Dit opzet dient de komende academiejaren verder uitgewerkt te worden.

5.1 Ervaringsleren bij studenten

Volgens Remmerswaal (2006) vormt ervaringsleren een uitgangspunt van leren in het projectonderwijs. Hierbij streeft men naar de verbinding tussen theorie en ervaring, tussen rationele kennis en bestaansproblematiek. Studenten verwerven niet alleen inzichten via notioneel leren, oftewel traditioneel vakkenonderwijs, maar ook door ervaringsleren in de praktijk. In het projectonderwijs legt men nadruk op het leerproces en niet enkel op het product. Een leerstrategie zoals ervaringsleren is dus een middel om doelstellingen te bereiken die niet alleen gericht zijn op kennisvermeerdering, maar ook op de totale persoonlijkheidsontplooiing. Het leren binnen het projectonderwijs heeft niet enkel betrekking op het cognitieve, maar ook op het omgaan met anderen, het handelen, het engagement enzovoort. De Hogeschool PXL maakt gebruik van projectonderwijs, de theorie wordt onderricht via hoorcolleges en onderwijsgroepen. Om die geleerde theorie om te zetten in ervaringen worden er praktijklessen en autonome skill labs georganiseerd in het ADL-lokaal en de praktijklokalen. Tijdens de praktijklessen in het ADL-lokaal staat men in verbinding met andere studenten, docenten en externen. Deze interactie met de omgeving komt later uitgebreider aan bod.

De praktijklessen en autonome skill labs zijn gebaseerd op de principes van ervaringsleren. Aan de hand van leerstof en opdrachten dienen leerlingen op een actieve manier zelf keuzes te maken, hun werk te plannen en bij te sturen. Dit stimuleert tevens de verantwoordelijkheidszin omdat de leerlingen minder afhankelijk zijn van de docent, en meer van zichzelf (Ratering & Hafkamp, 2011).

Uit een studie van Coker (2010) blijkt dat het gebruik van ervaringsgericht leren het klinisch redeneren en het kritisch denken ontwikkelt bij gezondheidszorgstudenten. De studie suggereert dat ervaringsgerichte activiteiten binnen de beroepen in de gezondheidszorg de paraatheid van de student in de toekomst zal verhogen binnen het klinisch redeneren in de praktijk.

Ervaringsleren heeft bovendien een tweezijdige werking, het kan zowel gebruikt worden als middel en als doel. Als middel wordt het gebruikt om schoolprestaties van leerlingen te verbeteren. Uit onderzoek blijkt dat leerlingen die ervaringsleren toepassen vaak beter presteren dan leerlingen die dit niet toepassen. Kennis verworven via ervaringsleren is bovendien meer kwalitatief, toegankelijk en bruikbaar dan passieve kennisopname. Ervaringsleren zorgt ervoor dat leerlingen zelf keuzes moeten maken, plannen en samenwerken, ... Dit zijn competenties die een bijdrage leveren aan de verdere studies en de beroepsuitoefening (Janssen, ten Dam & Van Hout Wolters, 2002).

Uit onderzoek van Baytor en Cabrera aan het O'Neill Institute for National and Global Health Law (2014) is gebleken dat praktijklessen drie fundamentele elementen van interprofessioneel samenwerken in de wereldwijde gezondheid bevorderen: (1) het vermogen om professionele rollen en verantwoordelijkheden in een project te definiëren; (2) interprofessionele communicatieve vaardigheden; en (3) de mogelijkheid om te werken in een interprofessioneel team. Kortom kunnen we stellen dat ervaringsleren een positieve invloed heeft op studenten en toekomstige zorgverleners in de gezondheidszorg.

Volgens Ratering & Hafkamp (2011) is binnen het ervaringsleren de interactie met de omgeving een uitgangspunt. Zo krijgen de studenten ergotherapie en verpleegkunde van de Hogeschool PXL de mogelijkheid om op vrije basis, zelfstandig of in kleine groepen, het ADL-lokaal te gebruiken als autonome skill lab om hun kennis en ervaring te verrijken. De praktijklessen daarentegen worden gegeven in groter groepsverband, hierin staat het proces van sociale interactie centraal. Sociale interactie is een krachtig middel om tot actie te komen op basis van gemeenschappelijkheid. Bovendien krijgen derdejaarsstudenten ergotherapie de kans om in contact te komen met de externen, hen vanuit hun discipline een beroepsspecifiek advies te geven, een correct gebruik van hulpmiddelen aan te leren en bijgevolg zorg op maat te bieden.

Janssen et al. (2002) stellen dat leerstof en leerroute in hoge mate zijn voorgestructureerd bij ervaringsleren. De leerlingen maken gebruik van lesmateriaal in de vorm van handelingsfiches (zie handleiding “handelingsfiche studenten”). Hiermee gaan ze de aangeboden activiteiten per ruimte analyseren en uittesten. De studenten reflecteren na de analyse de gevonden resultaten. Het doel van deze trainings- en vormingsprogramma's is immers het ontwikkelen van vaardigheden binnen het klinisch redeneren en adviesverlening. Nadien wordt de ingevulde handelingsfiche besproken met de docent om de reflectie van de student te stimuleren. In een latere fase kan de student, op eigen initiatief, met de docent zijn vaardigheden evalueren via een toetsstation. Bovendien heeft de student ook de mogelijkheid om op vrije basis kennis en vaardigheden te verwerven door gebruik te maken van het autonome skill lab.

Bevorderen dat leerlingen vaardigheden door ervaringsleren onder de knie krijgen, kan op tenminste twee manieren. Ten eerste door een leeromgeving te creëren waarin de leervaardigheden voor ervaringsleren niet alleen gevraagd en gebruikt worden, maar ook gewaardeerd en beloond worden. Studenten krijgen feedback over hoe ze de handelingsfiches hebben ingevuld en over het functioneren in de praktijklessen. Op deze manier kunnen ze zichzelf bijsturen. Bovendien krijgen de studenten de kans om gebruik te maken van het autonome skill lab waar ze zelfstandig vaardigheden en kennis kunnen uitbreiden, wat hen enkel maar ten goede kan komen in het toetsstation. Een tweede manier om door ervaringsleren vaardigheden te leren, is door expliciet onderwijs in leervaardigheden te geven, waarin deze vaardigheden voorgedaan en systematisch geoefend worden. Tijdens de praktijklessen worden de handelingsfiches ingevuld. Nadien worden ze in groepsverband aangevuld en verbeterd. De studenten krijgen dan ook de mogelijkheid om de hulpmiddelen correct te hanteren bij wijze van oefening. Hierbij wordt het correct gebruik van het hulpmiddel gedemonstreerd door de docent. Bovendien wordt de student gestimuleerd door de docent om op zelfstandige basis gebruik te maken van het autonome skill lab zodat de handelingen systematisch geoefend worden (Janssen et al., 2002). Via deze leermethode worden de studenten gestimuleerd na te denken en te reflecteren over de ervaringen die worden opgedaan binnen de praktijklessen en autonome skill labs.

5.2 Skill labs voor externen

Wanneer externen, in ons geval de thuiswonende, kwetsbare ouderen, beperkingen ervaren tijdens het uitvoeren van bepaalde ADL-activiteiten in de thuissituatie, kunnen ze gebruik maken van de dienstverlening die wordt aangeboden in het ADL-lokaal. De externen komen dus met een specifieke hulpvraag naar het autonome skill lab. Zij kunnen via het UD Woonlabo, dat zich naast het departement Healthcare van de Hogeschool PXL bevindt, verwezen worden naar het ADL-lokaal. In het UD Woonlabo ligt de nadruk op domotica en design. In het ADL-lokaal daarentegen ligt de nadruk op zorg. Deze verwijzing zal in de toekomst ook gebeuren via thuiszorgactoren en andere instellingen.

Leren is een continu en levenslang proces, een mens doet voortdurend ervaringen op. Kolb beschrijft elk leren als her-leren. Wanneer een persoon in een leersituatie terechtkomt, heeft hij of zij, al dan niet uitgesproken beelden of meningen en verwachtingen over het onderwerp. De externen hebben dus al een beeld van welke oplossingen er zijn, maar de kennis over hulpmiddelen dient nog uitgebreid te worden (Remmerswaal, 2006). Het startpunt van ervaringsleren bij de externen ligt bijgevolg bij de belemmerende of onbegrijpelijke ervaringen in de thuissituatie. Het doel van ervaringsleren is om snel en effectief te komen tot concreet handelen op basis van de aanwezige kennis, vaardigheden en directe ervaringen (Ratering & Hafkamp, 2011). Zo kan een externe bijvoorbeeld komen met de hulpvraag dat hij of zij moeite heeft met het in- en uitstappen van het bad op een veilige manier. In het kader van ervaringsleren dient een zorgverlener, een student of docent, de externe de kennis en vaardigheid te geven om deze activiteit in de toekomst zo zelfstandig mogelijk uit te voeren. Kennis aanreiken kan bijvoorbeeld door advies te verlenen rond hulpmiddelen zoals bijvoorbeeld een badstoel. Door de externe de hulpmiddelen te laten testen leert hij of zij nieuwe vaardigheden.

De externen komen naar het ADL-lokaal met een begeleider en/of een mantelzorger. Hier speelt de sociale interactie een belangrijke rol (Janssen et al., 2002). Er dient een afspraak gemaakt te worden zodat het ADL-lokaal gebruikt kan worden door de externe gebruiker. Hiervoor zal een digitaal systeem worden ontwikkeld waarbij men een reservatie kan vastleggen. Dit digitaal systeem zal bovendien gekoppeld worden aan het UD Woonlabo, aangezien dit een verwijzer is. Bij het autonome skill lab zal een zorgverlener aanwezig zijn. Deze rol kan opgenomen worden door een docent en/of een derdejaarsstudent ergotherapie. De zorgverlener heeft hierin een adviserende rol. Nadat de probleemanalyse is opgesteld gaat de zorgverlener, in samenwerking met de kwetsbare thuiswonende oudere, advies verlenen voor in de thuissituatie. Bovendien is het aangewezen dat de externe gebruiker een mantelzorger betreft in dit gebeuren. Op deze manier komt men tot een duidelijke en volledige hulpvraag en wordt de transfer van de geleerde activiteit naar de

thuissituatie vergemakkelijkt. Het is essentieel dat de transfer naar de thuissituatie zo goed mogelijk wordt verzorgd. Zo kan de externe gebruiker op een veiligere manier thuis blijven wonen.

5.3 Handelingsfiches

Internen en externen kunnen in het ADL-lokaal respectievelijk praktijklessen en autonome skill labs volgen met een ervaringsgericht karakter. Deze methode wordt in de praktijk omgezet via handelingsfiches die de gebruikers van het ADL-lokaal kunnen hanteren (zie handleiding “handelingsfiche studenten” en “handelingsfiche docenten”). Enerzijds is er een handelingsfiche voor de studenten waarin per ruimte verschillende activiteiten worden opgesomd. De opdracht bestaat erin om die activiteiten verder te analyseren in deelhandelingen. Ook assessments en hulpmiddelen worden aan de verschillende activiteiten gekoppeld en bevraagd. Anderzijds is er een handelingsfiche voor de praktijklectoren die gebruikt wordt als instructiemiddel en/of evaluatiemiddel. Hierin zijn alle activiteiten reeds geanalyseerd en dit kan als voorbeeld dienen. Deze handelingsfiches worden ook gebruikt door de derdejaarsstudenten die een gepast antwoord zoeken op de hulpvraag van de externe.

6 H-OPP

Het Hasselt Occupational Performance Profile (H-OPP) is een digitaal instrument dat werd ontwikkeld aan de Hogeschool PXL te Hasselt. Het heeft als doel het handelen van de cliënt te optimaliseren in samenspraak met het cliëntsysteem en het redeneerproces van de zorgverlener in kaart te brengen. De afgelopen 10 jaar zijn er verschillende van deze praktijkmodellen ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld de BelRAI en Vitalink. Door deze praktijkmodellen kregen we een betere kijk op de relatie tussen alle bepalende aspecten van het handelen. Het H-OPP is een eclectisch model, dit wil zeggen dat het instrument is samengesteld uit verschillende modellen waarbij steeds het beste is gekozen. Het ICF werd tevens als referentie gebruikt voor het ontwikkelen van het H-OPP, aangezien de onderzoeksonderdelen gekoppeld worden aan de ICF-code (Ghysels & Vanroye, 2015). Dankzij het ICF hebben we een internationaal kader waardoor er een uniform taalgebruik wordt gehanteerd, wat bovendien leidt tot een eenduidige interdisciplinaire communicatie. Toch blijft het moeilijk om al deze wetenschappelijke bronnen op elkaar af te stemmen en te komen tot de essentie. Net hierin ligt echter de kracht van het H-OPP, waarin alle actoren die het handelen bepalen systematisch in kaart worden gebracht op een wijze die aansluit bij zowel het ergotherapeutisch en interdisciplinair denken als het denkkader van het ICF.

Het H-OPP is tot stand gekomen onder leiding van Ghysels R. en Vanroye E. als een aanvulling op het Handelings Diagnose Formulier (HDF) (Ghysels & Vanroye, 2015). Onder invloed van de technologische vooruitgang is het H-OPP gedigitaliseerd door IT-deskundige Jochems J. tot een web based application, een softwarepakket dat enkel online te gebruiken is. Het H-OPP biedt de mogelijkheid om in te spelen op zowel het volledige klinische redeneerproces als op de adviesverlening. Hiermee wordt respectievelijk verwezen naar de standaardversie en de verkorte versie van het H-OPP. Bij deze laatste wordt de interventie onmiddellijk gekoppeld aan de concrete hulpvraag waardoor men sneller kwalitatief advies kan verlenen aan de cliënt.

Dit academiejaar werd deze verkorte versie van het H-OPP getest en geëvalueerd tijdens de projectstages binnen de extramurale zorg. Enerzijds werd deze testing en evaluatie bewerkstelligd door twee derdejaarsstudenten ergotherapie bij de Thuiszorgcoach Belgralim te Hasselt en de Interregio Familiehulp te Halen. Anderzijds voerden vier studenten verpleegkunde dit uit bij het Wit-Gele Kruis te Maasmechelen, het woonzorgcentrum Ocura te Beringen, het woonzorgcentrum Zonnestraal te Hasselt en Familiehulp te Halen. De afname van de verkorte versie van het H-OPP werd uitgevoerd via een gerichte vraagstelling aan de cliënt in kwestie. Deze ingewonnen informatie werd tijdens een interview met de cliënt schriftelijk genoteerd. Nadien werden deze verzamelde data online ingevoerd en vervolgens verwerkt tijdens een interdisciplinair overleg. In

het totaal werden er 25 H-OPP's afgenomen door de derdejaarsstudenten ergotherapie. De derdejaarsstudenten verpleegkunde namen 40 H-OPP's af.

Tijdens de projectstages ontwikkelden de derdejaarsstudenten ergotherapie een instructiebundel om de bruikbaarheid van de verkorte adviesversie van het H-OPP te verduidelijken. Promotor Westhovens M. verwerkte deze instructiebundel in de handleiding waarin ook de standaardversie werd opgenomen (zie handleiding "instructiebundel"). Er werden bovendien door de promotoren enkele kwaliteitscriteria opgesteld waaraan alle cliënten dienden te voldoen. Op deze manier hanteerden de studenten ergotherapie en verpleegkunde dezelfde inclusiecriteria voor de cliënten. Dit heeft tot gevolg dat er een uniform kader ontstaat om zo tot een betrouwbaar resultaat te komen. De kwaliteitscriteria luiden als volgt: (1) de oudere cliënt, (2) verblijvend in de thuiszorg/community care en (3) een persoon zonder dementie. In het kader van de privacywetgeving werd er bij de afname van het H-OPP een informed consent ondertekend door de cliënt (zie bijlage 3). In de bachelorproef van de studenten verpleegkunde wordt verder ingegaan op deze privacywetgeving. Bovendien stelden de studenten verpleegkunde een uitgebreide beschrijving op hoe het ADL-lokaal intern en extern kan worden gepromoot.

Het H-OPP is momenteel enkel bruikbaar voor internen van de Hogeschool PXL van de opleiding ergotherapie en verpleegkunde die hiervoor toestemming. De bedoeling is om het aantal gebruikers van het H-OPP uit te breiden door het instrument te implementeren in het onderwijssysteem en in de thuiszorgactoren.

6.1 Implementatie van het H-OPP in het onderwijssysteem

Dit academiejaar werd het H-OPP geïmplementeerd in het eerste en tweede opleidingsjaar van de opleiding ergotherapie en in de Bachelor-na-bachelor Interdisciplinaire ouderenzorg aan de Hogeschool PXL. De eerstejaarsstudenten ergotherapie van de Hogeschool PXL maakten dit academiejaar gebruik van de didactische versie van het H-OPP tijdens enkele praktijklessen. De studenten dienden de hulpvragen van fictieve personen te formuleren en hieraan een mogelijke interventie te koppelen. Bij de tweedejaarsstudenten ergotherapie werd het H-OPP gebruikt tijdens de reguliere stages om zo systematisch het klinisch redeneerproces te doorlopen en advies te kunnen geven aan ouderen, kinderen en cliënten, zowel in de psychiatrie als in de fysieke revalidatie. Vanaf volgend academiejaar, 2015-2016, zal het H-OPP geïmplementeerd worden bij derdejaarsstudenten ergotherapie.

Om de implementatie van het H-OPP te faciliteren en om mogelijke valkuilen te omzeilen, werd er gebruik gemaakt van het "doeltreffendheidsmodel voor opleidingen" volgens De Beer et al. (2005). Er wordt onderscheid gemaakt tussen 3 dimensies: in de eerste dimensie worden de

omgevingsfactoren beschreven. Deze situeren zich zowel op cultureel als op managementniveau (macroniveau). Ze vertegenwoordigen de omstandigheden waarin de organisatie haar werknemers plaatst tijdens de hele opleiding. In de tweede dimensie worden de factoren beschreven die verband houden met de vorming en organisatie van de opleiding (mesoniveau). Deze dimensie is uitgebreid beschreven in de PWO Leefbaar wonen van de derdejaarsstudenten verpleegkunde aan de Hogeschool PXL. Deze dimensie omvat onder andere de materiële omstandigheden, de bepaling van de inhoud van de opleiding, ... Zo organiseren de studenten een opendeurdag om het ADL-lokaal voor te stellen en te promoten. In de derde dimensie worden de individuele factoren beschreven. Deze schetsen de psychologische processen die plaatsvinden bij de deelnemers in de loop van het hele vormingsproces. Er wordt hier gekeken naar welke ervaringen de gebruikers van het ADL-lokaal beleven en hoe zij hiermee omgaan (microniveau).

6.2 Implementatie van het H-OPP bij thuiszorgactoren

Het doel van de implementatie van het H-OPP in het onderwijssysteem is het vergroten van de kwaliteit van de zorg en bijgevolg ook van het algemeen welzijn van de thuiswonende, kwetsbare oudere. Om dit te bereiken is het onder meer nodig om de zorgverleners te overtuigen van de meerwaarde van het H-OPP binnen de interdisciplinaire zorg. Om de meerwaarde van het H-OPP te verduidelijken worden verder in deze bachelorproef de sterkte-punten en werkpunten besproken die werden opgesteld na evaluatie. De evaluatie bestond erin om informatie te verzamelen die toelaat een oordeel te vellen over het instrument en de onderdelen, dit om beslissingen te nemen zodat het H-OPP geoptimaliseerd kan worden (Brousselle et al., 2011). Het doel van de evaluatie van het H-OPP is om te komen tot een sterk werkmodel waar zorgverleners, waaronder thuiszorgactoren, en studenten in de gezondheidszorg gebruik van kunnen maken. Op deze manier kan een cliënt in kaart gebracht worden, doelstellingen worden opgesteld en bovendien zorg op maat geboden worden.

Vanuit de eerste lijn, waarmee de rechtstreeks toegankelijke hulp en zorg wordt bedoeld, is er momenteel al vraag naar het H-OPP. De vraag vanuit de tweede lijn, waar zorg- en zorgverleners na verwijzing mee worden bedoeld, komt stilaan op gang. Er wordt momenteel vooral gefocust op het integreren van het H-OPP in het onderwijssysteem en thuiszorgactoren, de eerstelijnszorg.

6.3 Evaluatie resultaten

Sinds drie jaar wordt het H-OPP gehanteerd en getest door derdejaarsstudenten ergotherapie en verpleegkunde binnen het PWO Leefbaar wonen. Dit gebeurde voornamelijk in de extramurale zorg, maar ook deels binnen de intramurale zorg. Zodoende werden problemen reeds bijgewerkt door Jochems J., de IT-deskundige. De testing en evaluatie van het H-OPP werd bovendien ondersteund door promotoren Grommen W. en Westhovens M. Dit academiejaar werden de stagementoren van het departement Healthcare van de Hogeschool PXL uitgenodigd om het H-OPP uit te proberen via het account van de student en het te evalueren. Deze resultaten zijn echter nog niet gekend en worden dus niet verder besproken binnen deze bachelorproef.

In totaal werden dit academiejaar 65 H-OPP's afgenomen door studenten ergotherapie en verpleegkunde. Vervolgens werden alle verzamelde data ingevoerd in de verkorte versie van het H-OPP. Hierdoor konden de studenten praktijkgericht ervaren hoe het H-OPP werkt. Zij zaten dus in een geprivilegieerde situatie om het H-OPP, zowel inhoudelijk als structureel, te evalueren. Er doken enkele structurele fouten op. Zo was aanvankelijk de uitlog-modus te kort waardoor men automatisch werd uitgelogd en voorts konden de gegevens niet worden bewaard. Deze problemen werden inmiddels aangepast door IT-deskundige Jochems J. De focus is vooral uitgegaan naar het inhoudelijke aspect, zoals verder omschreven. De resultaten van deze evaluatie zijn verwerkt in deze bachelorproef na interdisciplinair overleg tussen de studenten ergotherapie en studenten verpleegkunde.

Er bestaan verschillende types van evaluaties: de evaluatie van de noden, de relevantie, het proces, de effectiviteit, de impact en de efficiëntie. Elk van deze evaluatie-types kan toegepast worden op een bepaald moment in de loop van een programma (Declercq et al., 2010). Bij het invullen van de verkorte versie van het H-OPP werden voornamelijk de effectiviteit en de efficiëntie geëvalueerd. Het H-OPP is onder te verdelen in vier deelaspecten, namelijk “Cliënt/Cliëntsysteem”, “Zorgbehoeften”, “Interventie” en “Follow-up/Nazorg/Einde behandeling” (zie figuur 6).



Figuur 6 “Structuur van het H-OPP” (Ghysels, Jochems & Vanroye, 2015).

6.3.1 Cliënt/Cliëntensysteem

Het eerste deelaspect, “Cliënt/Cliëntensysteem”, werd reeds onder de loep genomen en geoptimaliseerd. Onder dit deelaspect worden de administratieve gegevens van de cliënt, de verwijzer, de contactpersoon en de professionele zorgverleners uitgebreid verzameld. In de toekomst wil men ervoor zorgen dat de gegevens van het “Cliënt/Cliëntensysteem” eenvoudig door de zorgverlener geïmplementeerd kunnen worden in een ander, al dan niet ergotherapeutisch, praktijkmodel of dossier. Anderzijds zouden andere werkmodellen of dossiers ook vlot geïmplementeerd kunnen worden in dit deelaspect. Deze wisselwerking zou een meerwaarde binnen de interdisciplinaire samenwerking kunnen betekenen aangezien dit een stimulerend effect heeft op de samenwerking tussen de zorgverleners. Hierdoor zal de uniformiteit tussen de verschillende werkmodellen verbeteren en er zal minder administratieve overlast zijn.

6.3.2 Zorgbehoeften

In dit deelaspect wordt het handelen van de cliënt in kaart gebracht zodat de hulpvraag, in samenspraak met de cliënt en de mantelzorger, kan bepaald worden. Het voordeel van dit deelaspect is dat de hulpvraag zowel getoetst wordt bij de cliënt als bij de mantelzorger. Zo krijgen we een volledig beeld over de hulpvraag van het gehele cliëntensysteem, al zou dit ook getoetst kunnen worden bij de zorgverlener zelf om het beeld nog completer te maken. Dit is niet essentieel binnen de verkorte versie van H-OPP, maar kan eventueel wel ingevoegd worden in de standaard versie van het H-OPP. Bovendien wordt het ontbreken van de hulpvraag van de zorgverlener gecompenseerd in het deelaspect “Interventie”. De zorgverlener stelt hier immers de behandeling op vanuit het holistisch beeld en betreft hij de hulpvraag die hij heeft vastgesteld.

Om het deelaspect “Zorgbehoeften” verder te optimaliseren en te implementeren adviseren wij om meer aandacht te schenken aan de omgeving en aan de wensen van de cliënt. Zo kunnen bijvoorbeeld inhoudsmodellen zoals het Model Of Human Occupation (MOHO) of het Person-Environment-Occupation model (PEO-model) geïmplementeerd worden. Deze laatste haalt namelijk aan dat “person, environment en occupation” voortdurend interageren. Op deze manier wordt de zorgverlener gestimuleerd om een holistische visie te hanteren en wordt de cliënt bekeken in een bredere context. Deze implementatie zou een meerwaarde betekenen, met name in het kader van het eclecticisch werken. Zo ontstaat er meer duidelijkheid rond de wensen, de omgeving en de handelingsdiagnose van de cliënt. Voorts wordt er zo meer duidelijkheid geboden voor de zorgverlener om de cliënt in beeld te brengen.

We raden ook aan om meer aandacht te schenken aan de eventuele overbelasting die de mantelzorger kan ervaren in de zorg voor een naaste. Dit kan namelijk door een optie “Mantelzorger overbelast” toe te voegen met de mogelijkheid om aan te vinken.

Hulpvraag Cliënt

Omschrijving door cliënt mbt. zijn/haar functioneren / handelen

Omschrijving door mantelzorgers mbt. zijn/haar functioneren / handelen

Opslaan

Figuur 7 “Hulpvraag Cliënt” (Ghysels et al., 2015).

6.3.3 Interventie

Een pluspunt binnen het deelaspect “Interventie” van het H-OPP is dat er een onderscheid is gemaakt tussen “Type” en “Organisatie” (zie figuur 8). Dit eerste aspect “Type” is opgesplitst in de items “Advies” en “Behandeling”. Zo is er advies voor de cliënt enerzijds en advies voor de mantelzorgers anderzijds. Op deze manier wordt de mantelzorgers actief betrokken bij de interventie. Het aspect “Behandeling” is onderverdeeld in functie van zelfzorg, wonen, werken, leren, vrije tijd en spel. Zo wordt de zorgverlener gestimuleerd om holistisch te denken bij de adviesverlening. Er is bovendien de mogelijkheid om extra informatie over de items “Advies” en “Behandeling” neer te typen. Hierdoor hebben zorgverleners de kans om op beknopte wijze de items uit te diepen. Dit kan bijvoorbeeld helpen bij de uitwisseling van gegevens met collega's.

Het zou een meerwaarde kunnen betekenen als de lange termijn doelstellingen (LTD) en de korte termijn doelstellingen (KTD) geïntegreerd worden in het deelaspect “Interventie” van het H-OPP. Binnen de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool PXL wordt hier veel aandacht aan besteed. Deze doelstellingen bieden immers structuur bij het geven van adequaat advies. Binnen de praktijklessen ontstaat er zo ook de ruimte om de eerstejaarsstudenten te leren redeneren en de samenhang tussen de LTD en KTD aan te leren.

Behandelen

Type
Advies <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Adviestype Informatieverstrekking cliënt<input type="checkbox"/> Adviestype Instrueren van mantelzorgers
Behandeling <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Behandeling in kader van zelfzorg<input type="checkbox"/> Behandeling in kader van wonen<input type="checkbox"/> Behandeling in kader van werken<input type="checkbox"/> Behandeling in kader van leren<input type="checkbox"/> Behandeling in kader van vrije tijd<input type="checkbox"/> Behandeling in kader van spel
Extra informatie betreffende bovenstaande items: <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
Organisatie

Figuur 8 “Interventie-Behandelen-Type” (Ghysels et al., 2015).

Tot slot wordt er onder het aspect “Organisatie” gericht gevraagd naar de behandelrichtlijn, de planning van de therapie en afspraken die er zijn en worden gemaakt (zie figuur 9). Dit zet de zorgverlener op weg om de behandeling op te stellen en in de praktijk om te zetten.

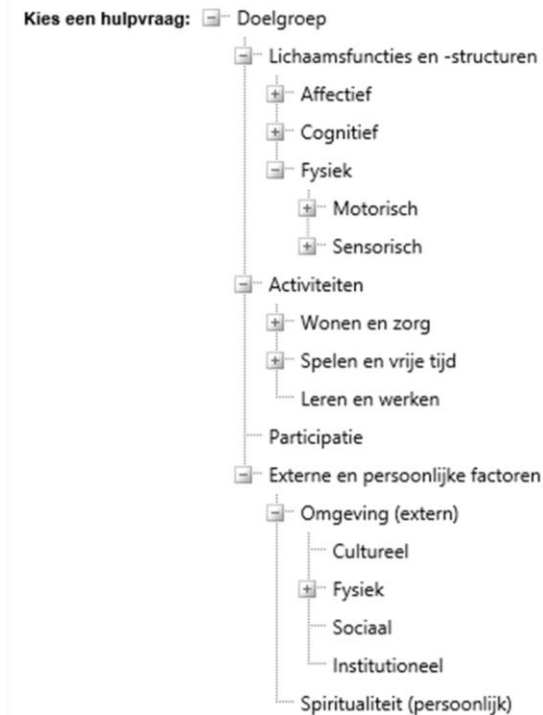
Behandelen

Type	
Organisatie	
Behandelrichtlijn:	<input type="text"/>
Planning therapie:	<input type="text"/>
Afspraken:	<input type="text"/>

Figuur 9 “Interventie – Behandelen – Organisatie” (Ghysels et al., 2015).

Een bijkomend pluspunt is de interdisciplinaire database Leefbaar wonen, waarin de hulpmiddelen opgelijst en gecategoriseerd zijn volgens de handelingsgebieden zelfzorg, vrije tijd en productiviteit (zie figuur 10). Op deze manier is er binnen het werkmodel de mogelijkheid om informatie op te zoeken over hulpmiddelen. Men dient deze informatie daarom niet te raadplegen via een externe bron wat het H-OPP erg gebruiksvriendelijk maakt. Bovendien wordt de producent van het hulpmiddel vermeld, wat zorgt voor meer transparantie en waardoor het product makkelijk te vinden is.

Leefbaar wonen



Figuur 10 “Interdisciplinaire database” (Ghysels et al., 2015).

6.3.4 Follow-up/Nazorg/Einde behandeling

Binnen het deelaspect “Follow up/Nazorg/Einde behandeling” worden volgende aspecten bevraagd: een evaluatie in verband met de LTD's en KTD's, indrukken van het cliënt-systeem, de statuspraesens, voorstellen, aanbevelingen en afspraken (zie figuur 11). Dit zorgt ervoor dat er een terugkoppeling is naar het deelaspect “Zorgbehoeften” zodat de hulpvraag en de informatie actueel blijven. Als de hulpvraag verschuift, zullen de doelstellingen ook worden aangepast. Zo blijft de zorg op maat van de steeds veranderende noden van de cliënt.

Verder is er de uploadzone voor documenten, afbeeldingen en andere bestanden. Dit is gekoppeld aan het dossier waardoor de betrokken zorgverleners op de hoogte zijn van het functioneren van de cliënt zodat ze zorg op maat kunnen bieden. Deze uploadzone vergemakkelijkt bovendien de implementatie van andere modellen en dossiers. Tevens kan de uploadzone interessant zijn om de informatie, die bekomen op de stageplaatsen, te integreren in het H-OPP.

Evaluatie

Evaluatie LTD en KTD's, indrukken betreffende het cliënt-systeem, status-praesens (huidige situatie), voorstellen / aanbevelingen, afspraken.

Upload

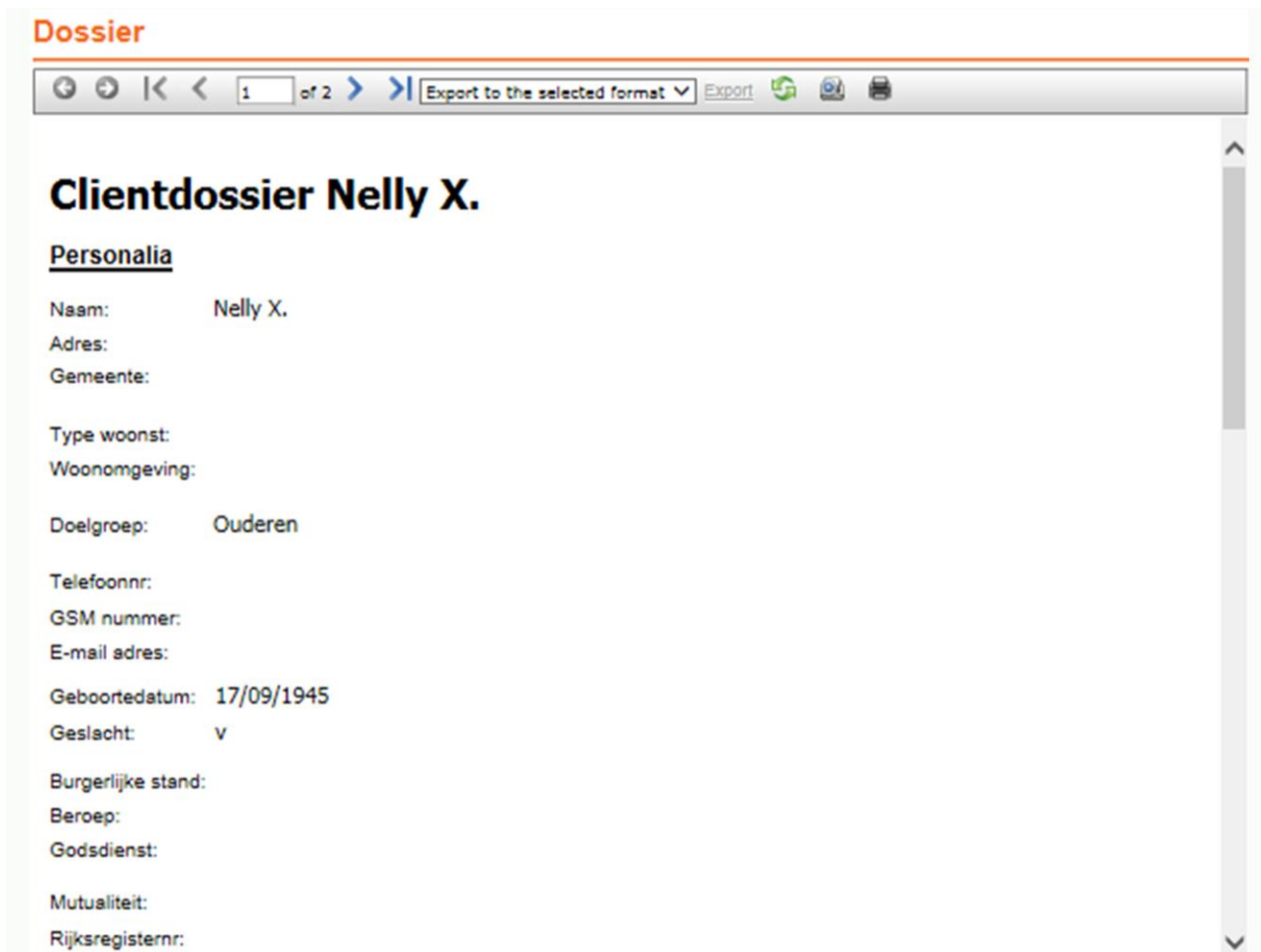
Uploadzone voor documenten, afbeeldingen en andere bestanden

Naam:

Upload bestand:

Figuur 11 "Follow up/Nazorg/Einde behandeling" (Ghysels et al., 2015).

Om een algemeen en volledig beeld te krijgen van de cliënt, biedt het H-OPP de optie "open dossier" aan (zie figuur 12). Hierin staan de gegevens van de cliënt weergegeven aan de hand van oplijstingen, tabellen en symbolen. Zo kunnen de zorgverleners in één oogopslag de volledige situatie van de cliënt inschatten, wat hun onderlinge samenwerking bevordert.



Figuur 12 “Dossier cliënt H-OPP” (Ghysels et al., 2015).

6.4.5 Evaluatie vanuit het werkveld

Vanuit het werkveld is het H-OPP geëvalueerd door twee zorgverleners van de thuiszorgcoach Belgralim te Hasselt, waaronder een ergotherapeut en een sociaal verpleegkundige. Hun bevindingen zijn hier opgelijst. We adviseren om meerdere zorgverleners uit het werkveld de evaluatie van het H-OPP te laten uitvoeren, om de betrouwbaarheid te verhogen.

Bij het aspect “Cliënt/Cliëntsysteem” bestaat de mogelijkheid om vrijstellingen en tussenkomsten te noteren. De zorgverleners geven aan dat dit de interdisciplinaire samenwerking bevordert. Ze benadrukken bovendien erg de meerwaarde van de interdisciplinaire database en de uploadzone, ze zien de voordelen hier van in. Ook de keuzemogelijkheden die worden gegeven en de vrije ruimtes om eventueel opmerkingen te noteren worden positief ontvangen. De zorgverleners uit het werkveld hadden wel enkele kritische bedenkingen over structurele fouten zoals de bewaarfunctie die niet naar behoren functioneerde waardoor gegevens zelfs na het opslaan niet bewaard werden. Deze structurele fout, samen met anderen, werden reeds opgelost door IT-deskundige Jochems J. Ook werd er aangehaald dat het H-OPP niet overeenkomt met de papieren HDF-versie. Er moet natuurlijk wel in rekening gebracht worden dat het om de verkorte versie van het H-OPP gaat. Hier

ligt het accent enkel op dienstverlening. De zorgverleners hebben tevens hun twijfels over de haalbaarheid om de mantelzorger te kunnen betrekken in de adviesverlening, aangezien er van de mantelzorgers niet verwacht kan worden dat zij tijdens de gangbare werkuren beschikbaar zijn. Bovendien ontbreekt er instructiebundel die hen helpt om het H-OPP te doorlopen. Deze is ondertussen opgesteld (zie handleiding “instructiebundel”). We kunnen stellen dat reeds enkele onduidelijkheden voor de zorgverleners uit het werkveld zijn weggewerkt. De gegevens die nog niet verwerkt zijn, worden later opgenomen om het H-OPP in een verdere fase te optimaliseren.

6.3.6 Conclusie

Na evaluatie en bijsturing door de derdejaarsstudenten ergotherapie en verpleegkunde, promotoren Grommen W., Westhovens M. en IT-deskundige Jochems J. is het H-OPP gebruiksvriendelijker en beter te implementeren in het onderwijssysteem en bij de thuiszorgactoren. Dit betekent evenwel niet dat het H-OPP reeds optimaal geïmplementeerd is. Er zijn immers nog mogelijkheden tot verbetering. Natuurlijk moet wel in rekening gebracht worden dat hier enkel de verkorte versie van het H-OPP werd getest en geëvalueerd.

Wij adviseren alvast om een groep van permanente vormers aan te stellen, waaronder IT'ers en zorgverleners uit het werkveld, die het H-OPP verder optimaliseren aan de hand van de feedback van de gebruikers. Op deze manier zullen de overige inhoudelijke en structurele gebreken worden weggewerkt.

Bovendien dient een verdere implementatie van de tool in het onderwijssysteem en de thuiszorgactoren met veel zorg bewerkstelligd te worden. Er werd aan de hand van de evaluatie van het H-OPP een SWOT-analyse ontwikkeld om de sterktes, zwaktes, opportuniteiten en bedreigingen overzichtelijk weer te geven (zie tabel 1).

Tabel 1 “SWOT-analyse van de verkorte versie van het H-OPP”.

Sterktes	Zwaktes
<ul style="list-style-type: none"> - Bevordert interdisciplinaire samenwerking - Goede implementatie onderwijssysteem - Instructiebundel ter ondersteuning - Gegevens makkelijk aanpasbaar - Ruimte om verdere uitdieping te noteren - ICF als referentie: internationaal kader & uniform taalgebruik zorgt voor eenduidige interdisciplinaire communicatie - 2 versies: verkorte versie (adviesverlening) & standaard versie (klinisch redeneren) - <u>Cliënt/Cliëntsysteem</u>: mogelijkheid tot noteren van vrijstellingen en tussenkomsten: dit stimuleert interdisciplinaire samenwerking - <u>Zorgbehoeften</u>: bevraging naar hulpvragen van geheel cliëntsysteem - <u>Interventie</u>: cliënt en mantelzorger worden actief betrokken + onderverdeling (zelfzorg, wonen, ...) stimuleert de zorgverlener tot holistisch denken + stimuleert gerichte vraagstelling om therapie op te stellen + interdisciplinaire database: hierdoor dient met niet via externe bron naar hulpmiddelen te zoeken + directe verwijzing naar producent. Dit biedt transparantie & is gebruiksvriendelijk - <u>Follow up/ Nazorg/ Einde behandeling</u>: Zorg blijft op maat + Uploadzone: Goede integratie met andere documenten die aanvulling kunnen bieden tot het dossier + Open dossier: geeft duidelijk beeld weer van cliënt & stimuleert samenwerking tussen zorgverleners 	<ul style="list-style-type: none"> - Administratieve overlast - Structurele gebreken - <u>Cliënt/Cliëntsysteem</u>: Nood aan meer implementatie van modellen (PEO-model, COPM, ...) - <u>Zorgbehoeften</u>: Er mist een hulpvraag geformuleerd door de zorgverlener + er dient meer aandacht worden besteed aan omgevingsfactoren en wens van cliënt(system) + twijfel over haalbaarheid om mantelzorger(s) te betrekken
Opportunities	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> - Web based application, meegaand met de technologische vooruitgang - Eclectische model: biedt kans om andere modellen te implementeren - <u>Cliënt/Cliëntsysteem</u>: gegevens kunnen geïmplementeerd 	<ul style="list-style-type: none"> - Web based application, enkel gebruik door internettoegang - Andere werkmodellen - Technische factoren

<p>worden in een ander praktijkmodel of dossier & omgekeerd. Zo ontstaat interdisciplinaire samenwerking & uniformiteit tussen verschillende werkmodellen & minder administratieve overlast</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Zorgbehoeften</u>: Aanvink-modus installeren om meer aandacht te besteden aan eventuele overbelasting van mantelzorger + er kan meer aandacht worden besteed aan omgevingsfactoren en wens van cliënt(systeem) door implementatie van MOHO en/of PEO-model. Zo ontstaat duidelijkheid, uniformiteit en wordt zorgverlener gestimuleerd tot holistisch denken - <u>Interventie</u>: Implementatie van KTD en LTD bieden structuur bij het geven van adequaat advies - Verdere implementatie in het onderwijssysteem en bij de thuiszorgactoren 	<p>(administratieve overlast)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe omzeilen? H-OPP dient verder geïmplementeerd te worden in het werkveld & instrument bekend maken: dit door voldoende promotie & opstellen van marketing plan
--	--

Discussie

In de wetenschappelijke artikels die werden verzameld in functie van de deelvraag wie de kwetsbare, thuiswonende oudere is, wordt er gesproken over ergotherapeutische interventies. Specifieke interventies werden evenwel niet vernoemd. Met specifieke interventies worden bijvoorbeeld preventie rond valrisico, mobilisatie, woningaanpassingen, ... bedoeld. De doelgroep van het PWO Leefbaar wonen valt echter niet objectief te definiëren, aangezien er geen eenduidige en allesomvattende definitie over “kwetsbaarheid” werd gevonden. Dit academiejaar werd getracht een duidelijk beeld te schetsen over de doelgroep, maar dit was moeilijk om te staven.

Om professioneel te handelen als ergotherapeut, moet er ook enige kennis zijn van de regelgeving in de ouderenzorg. Binnen deze bachelorproef werd daarom verder ingegaan op het woonzorgdecreet. Dit decreet is belangrijk om een uniform en effectief beleid te kunnen uitvoeren op macroniveau. Toch kan kwaliteitszorg enkel en alleen effectief uitgevoerd worden op microniveau, door de deskundigheid en professionele houding van de zorgverlener. De regelgeving stimuleert, controleert en sensibiliseert de kwaliteitszorg, maar het uitvoeren gebeurt door de zorgverlener zelf. We kunnen dus niet automatisch spreken van kwaliteitszorg omdat het woonzorgdecreet ontwikkeld werd.

Binnen de literatuurstudie rond ervaringsleren kozen we ervoor om de term “ervaringsleren” te hanteren aangezien dit een overkoepelende term is die de volledige lading dekt. Er werd opvallend meer literatuur gevonden over ervaringsleren bij studenten dan bij ouderen. Allicht komt dit doordat jongeren meer geassocieerd worden met studeren dan ouderen. Verschillende studies tonen aan dat ervaringsleren een positieve invloed heeft op studenten in de gezondheidszorg. Ratering & Hafkamp (2011) vermelden dat ervaringsleren de verantwoordelijkheidszin stimuleert. Janssen et al. (2002) tonen aan dat ervaringsleren competenties ontwikkelt die een bijdrage leveren aan de verdere studies en de beroepsuitoefening. Het onderzoek omtrent ervaringsleren van Coker (2010) omschrijft dat ervaringsgericht leren het klinische redeneren en kritische denken ontwikkelt bij gezondheidszorgstudenten. Dit onderzoek van Coker blijkt een zeer goede aanzet, maar verdere onderzoeken en studies zijn zeker en vast vereist. Hierin wordt best extra gezocht naar de componenten van experimentele leerprogramma's die essentieel zijn voor het ontwikkelen van klinisch redeneren en kritisch denken.

Het H-OPP werd getest en geëvalueerd door twee derdejaarsstudenten ergotherapie aan de hand van 25 H-OPP's in plaats van de vooropgestelde 30. Dit aangezien het voor een derde student ergotherapie niet mogelijk was om tijdens de projectstage 10 H-OPP's af te nemen. Hierdoor dienden de twee andere studenten ergotherapie dit te compenseren door meer H-OPP's af te nemen. Dit objectief werd niet behaald door de beperkte tijd tijdens de projectstages. De derdejaarstudenten

verpleegkunde behaalden het vooropgestelde aantal van 40 H-OPP's wel. In totaal ontbreken er vijf H-OPP's. Hierdoor heeft deze evaluatie wat minder power, maar dat is te minimaliseren aangezien het slechts om vijf ontbrekende H-OPP's gaat op een totaal van 70 H-OPP's. Helaas is de evaluatie vanuit het werkveld uitgevoerd door slechts twee zorgverleners, hierdoor boeten we wat in aan betrouwbaarheid. We adviseren daarom om meerdere zorgverleners uit het werkveld hun licht te laten werpen op het H-OPP.

Momenteel is de implementatie van het H-OPP in het onderwijssysteem bijna vervolledigd. De implementatie van het H-OPP in de thuiszorgactoren vanuit de eerste en, in mindere mate, de tweede lijn worden momenteel bewerkstelligd. Kortom, het H-OPP dient naar de toekomst toe verder onderzocht te worden, met het oog op een verdere optimalisatie.

Conclusie

We kunnen concluderen dat er geen eenduidige en allesomvattende definitie bestaat over wie de kwetsbare, thuiswonende oudere is, maar dat het eerder wordt benaderd als een multidimensioneel geriatrisch complex dat bestaat uit een intensief samenspel tussen fysieke, psychologische, sociale en externe factoren. De oudere persoon is 65 jaar of ouder, maar wanneer een oudere persoon precies kwetsbaar is, is moeilijk vast te stellen. De persoon is kwetsbaar wanneer hij of zij voldoet aan enkele kenmerken van kwetsbaarheid die reeds omschreven werden door Austad & Masoro (2011), Clegg et al. (2013) en Van Hintum (2011). Aan de hand van screeningsinstrumenten zoals de GFI en TFI kan het niveau van kwetsbaarheid bepaald worden.

Ouderen willen steeds langer thuis wonen. Het woonzorgdecreet bracht heel wat veranderingen met zich mee en heeft als doel ondersteuning te bieden om de zelfstandigheid van ouderen te maximaliseren in de thuiszorg en de residentiële zorg. Er kan gesteld worden dat de thuiszorg een steeds belangrijkere plaats inneemt binnen de maatschappij. In de thuiszorg heeft de ergotherapeut steeds meer een belangrijkere adviesfunctie. Een andere belangrijke ontwikkeling is de nomenclatuur voor ergotherapie. Kortom, de ergotherapie is een beroep in volle ontwikkeling.

De verschillende activiteiten die mogelijk zijn binnen de ruimtes van het ADL-lokaal worden via het ICF-model gekaderd. Ook de mogelijke beperkingen in activiteiten en participatie werden verduidelijkt aan de hand van dit model. We kunnen besluiten dat het ICF door zijn internationaal denkkader en zijn uniform taalgebruik een belangrijke meerwaarde is voor een eenduidige interdisciplinaire communicatie.

Ervaringsleren werd gebruikt om binnen het ADL-lokaal kwaliteitsvolle vormings- en trainingsprogramma's aan te bieden. Door onze literatuurstudie kunnen we besluiten dat ervaringsleren tot nog toe vooral werd getoetst bij studenten en weinig tot niet bij ouderen. We kunnen ook besluiten dat ervaringsleren bij studenten de verantwoordelijkheidszin stimuleert en competenties ontwikkelt die een bijdrage leveren aan de verdere studies en de beroepsuitoefening. Ook wordt er gesteld dat binnen het ervaringsleren de interactie met de omgeving een belangrijk uitgangspunt is. Zo zal de sociale interactie tijdens de autonome skill labs en de praktijklessen, met een andere student of een externe, zijn vruchten afwerpen. Het onderzoek van Coker uit 2010 was een belangrijk topic binnen deze studie. Dit bleek een goede basis en aanzet, maar verder onderzoek is essentieel met de nadruk op de componenten van experimentele leerprogramma's die het klinisch redenen en het kritisch denken ontwikkelen.

Naast het ADL-lokaal is ook het H-OPP een krachtig en betrouwbaar middel om gericht advies te kunnen verlenen en cliëntgecentreerd te werken. De verkorte versie van het H-OPP werd getest en geëvalueerd door twee derdejaarsstudenten ergotherapie, vier derdejaarsstudenten verpleegkunde en

twee paramedici uit het werkveld, waarna het werd geëvalueerd en geoptimaliseerd. Ondanks de duidelijke voordelen die het H-OPP biedt en beoogt, adviseren wij om dit middel verder te evalueren en te optimaliseren zodat het nog gebruiksvriendelijker wordt. Dit zal de implementatie in het onderwijssysteem en bij de thuiszorgactoren eveneens ten goede komen. Daarnaast lijkt het ons aangeraden om het H-OPP nog eclecticischer op te vatten, waardoor de implementatie van andere werkmodellen in het H-OPP, en vice versa, makkelijker zal verlopen.

Kortom, we kunnen besluiten dat het advies-dienstverlenend ADL-lokaal kan worden ingezet voor studenten ergotherapie van het tweede en derde opleidingstraject en thuiszorgactoren aan de hand van vormings- en trainingsprogramma's die zijn opgesteld met als uitgangspunt het ervaringsleren. Dit wordt verwezenlijkt door de praktijklessen en autonome skill labs. De externe gebruiker kan bovendien via het H-OPP gekaderd worden door een zorgverlener, om zo tot een snel en adequaat advies te komen. Tot slot kunnen we stellen dat de verkorte versie van het H-OPP een krachtig instrument is dat verder geoptimaliseerd en geïmplementeerd dient te worden in het onderwijssysteem en de thuiszorgactoren.

Bibliografie

- Agentschap zorg en gezondheid. (2015). *Basisregelgeving thuiszorg*. Geraadpleegd op http://www.zorg-en-gezondheid.be/basisregelgeving_thuiszorg/
- Agentschap zorg en gezondheid. (2015). *Basisregelgeving ouderenzorg*. Geraadpleegd op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Ouderenzorg/Basisregelgeving-ouderenzorg/>
- Agentschap zorg en gezondheid. (2015). *Verenigingen van gebruikers en mantelzorgers*. Geraadpleegd op https://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_verenigingen/
- Annoot, H., Daems, W., De Maere, J., Govaerts, W., Slegtinck, M., Van Achter, V. & Van Hoorick, M. (2004). *Wordt het ASO afgeschaft?* Gent: Academia Press.
- Austad S.N. & Masoro E.J. (2011). *Handbook of the Biology of Aging: seventh edition*. Waltham: Academic Press.
- Baytor, T. & Cabrera, O. (2014). *Using Experiential Learning to Develop Interprofessional Skills in Global Health: Perspectives from the O'Neill Institute for National and Global Health Law*. *Journal of Law, Medicine en Ethics*, 65-68. Gekregen van <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jlme.12190/full>
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. & Hartz Z. (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes*. 2e edition. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Burke, G., Fried, L. P. , Gottdiener, J., Hirsch, C., Kop, W. J., McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56 (3): 146-157. doi: 10.1093/gerona/56.3.M146
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O. & Rockwood, K. (2013). *Frailty in elderly People*. *The Lancet*, 381, 752-762. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9.

- Coker, P. (2010). *Effects of an experiential learning program on the clinical reasoning and critical thinking skills of occupational therapy students*: Journal of Allied Health, 39(4), Medical University of South Carolina, Charleston, USA. Geraadpleegd op 24 februari 2015, Pubmed.
- De Beer, J., Dumey, X. & Van Hove, L. (2005). *L'évaluation des formations. Un guide pour l'Analyse et l'Action*. Bruxelles: CFIP.
- De Coninck, L., (2012). *Ergotherapie in de gerontologie: Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. Leuven: Acco.
- De Coster, I., Declercq, A., Spruytte, N., Van Audenhove, C., Van Eenoo, L., Vermeulen, B. (2013). *Anders oud worden: eindrapport*. Geraadpleegd op http://www.vlaamse-ouderenraad.be/literatuur/LUCAS_2013_Anders%20ouder%20worden%20eindrapport.pdf
- Declercq, A., Gosset, C., Milisen, K., Moons, K., Flamaing, J., Vesentini, L. & Vanneste, D. (2010). *BelRAI 2010: tussentijds rapport*. Leuven: Pyxima.
- Decruynaere, F. (2013). *Kracht van het engagement*. Geraadpleegd op <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/de-kracht-van-het-engagement-de-vermaatschappelijking-van-de-zorg-in-de-dagelijkse-praktijk-1>
- Deeg, D. J., Heldens, J., Lips, P., Puts, M. T., Shekary, N. & Widdershoven, G. (2007). *What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands?* Quality of Life Research, 16(2): 263-277. Gekregen van <http://link.springer.com/journal/11136>
- Eklund, K. & Wilhelmson, K. (2009). *Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials*. Health Soc Care Community, 17(5): 447-458.
- Erkamp, A. (1980). *Ervaringsleren: Praktijkinformatie voor vorming en onderwijs*. Amersfoort: De Horstink.

- Federaal Planbureau; FOD Economie - Algemene Directie Statistiek. (2013). *Bevolking - Demografische indicatoren 2013-2060*. Geraadpleegd op http://economie.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/demografische_indicatoren_2013-2060.jsp
- FOD sociale zekerheid,. (2014). *Wat is de vergrijzing van de bevolking?: inleiding*. Geraadpleegd op 04 maart 2015, https://www.socialsecurity.be/CMS/nl/about/displayThema/about/ABOUT_5/ABOUT_5_ABOU_5_1.xml
- Frieswijk, N., Lindenberg, S., Schuurmans, H., Slaets, J. P. J. & Steverink, N. (2007). *Old or frail: what tells us more?* Journals of Gerontology: Medical Sciences, 59A, 962-965.
- Geenen, K. (2012). *Ergotherapie in de geriatrie: Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. Leuven: Acco.
- Geerts, J., Hoeck, S., François, G., Van der Heyden, J., Vandewoude, M. & Van Hal, G. (2011). *Health-care and home-care utilization among frail elderly persons in Belgium*. Eur J Public Health 22(5): 671-677.
- Ghysels, R., Jochems, J. & Vanroye, E. (2015). *Hasselt-Occupational Performance Profile*. Hasselt: Hogeschool PXL. Geraadpleegd op <http://hopp.pxl.be/Login/Domain.aspx>
- Ghysels R. & Vanroye, E. (2015). *H-OPP Hasselt Occupational Performance Profile*. Hasselt: Hogeschool PXL.
- Grommen, W. *HC Wettelijke kaders*, dia 20, academiejaar 2014-2015. Hasselt: Hogeschool PXL.
- Heijnsman, A., Kuiper, C. & Lemette, M. (1999). *De ergotherapeut als adviseur: methodiek en basisvaardigheden*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV.
- Janssen, T., ten Dam, G., & van Hout Wolters, B. (2002). *Vaardigheden voor zelfstandig leren*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum.

- Le Granse, M., Van Hartingsveldt, M. & Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed Business.
- Lis, M., Schuurmans, H., Slaets, J. P. J. & Steverink, N. (2001). Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *The Gerontologist*, 41, special issue 1, 236-237.
- Luckner, J. L. & Nadler, R. S. (1997). *Processing the experience: Strategies to enhance and generalize learning. Second edition*. Dubuque: Kendall Hund Publishing Company.
- Metz, A. G. & Metzler, M. J. (2010). Translating knowledge to practice: an occupational therapy perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2010(57), Australië. Geraadpleegd op 22 november 2014, EBSCO.
- Naets, G. (2011). *Advies over het voorontwerp van decreet tot wijziging van het Woonzorgdecreet*. Brussel. Geraadpleegd op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Regelgeving-ouderenzorg/>
- Overheid, V. (2015). *Basisregelgeving ouderenzorg*. Geraadpleegd op 03/11/2010, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Ouderenzorg/Basisregelgeving-ouderenzorg/>.
- Overheid, V. (2011). *Wijzigingen door de nieuwe regelgeving*. Geraadpleegd op http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=23748#woonzorg.
- Pelfrene, E. (2009). *De nieuwe bevolkingsvooruitzichten 2006 - 2070*. Geraadpleegd op 02 maart 2015, <http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/afbeeldingennieuwtjes/demografie/bijlagen/2009-4-06-svr-rapport-2009-3.pdf>
- Polis, H. *Het woonzorgdecreet*. Geraadpleegd op 02 maart 2015, <http://www.weliswaar.be/modulefiles/magazines/84-thuisloos/pdfs/beleid-het-woonzorgdecreet.pdf>
- Ratering, D. & Hafkamp, J. M. Q. (2011). *Zelfsturend leren: begeleiden van ervaringsgericht leren in organisaties*. Academic Service, economie en bedrijfskunde.

- Remmerswaal, J. (2006). *Begeleiden van groepen: groepsdynamica in praktijk*. Houten: Standaard Uitgeverij.
- RIZIV, (2014). *Ergotherapeuten*. Geraadpleegd op <http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele Zorgverleners/ergotherapeuten/Paginas/default.aspx#.VWGsdEZUpv4>.
- RIZIV, (2014). *Ergotherapie: tegemoetkoming in de kosten van ergotherapeutische verstrekkingen*. Geraadpleegd op <http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/gespecialiseerde-centra/Paginas/ergotherapie-tegemoetkoming-kosten-verstrekkingen-ergotherapie.aspx#.VWLsuEZUpv4>
- RIVM, (2012). *ICF*. Geraadpleegd op <http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm>
- Ross, W. D. (2009). *Nicomachean Ethics*. Lexington: World Library Classics.
- Valcke, M. (2010). *Onderwijskunde als ontwerpwetenschap: Een inleiding voor ontwikkelaars van instructie en voor toekomstige leerkrachten*. Utrecht: Ef & Ef media.
- Van Hintum, M. (2011). *Kwetsbare ouderen in de praktijk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van Hoof, J. & Wouters E. J. M. (2012). *Zorgdomotica*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vlaamse Hogescholenraad, (2012). *Ergotherapie: Een onderzoek naar de kwaliteit van de professioneel gerichte bachelor opleiding Ergotherapie aan de Vlaamse hogescholen*. Geraadpleegd op http://www.hogeronderwijsregister.be/files/520d2340c8bef_rapport%20VLHORA%20Ergotherapie.pdf
- Vlaamse onderwijsraad, (2013). *Studie 31: Beroepsprofiel Ergotherapeut*. Geraadpleegd op http://www.vlor.be/sites/www.vlor.be/files/studie_031_beroepsprofiel_ergotherapeut.pdf

Vlaamse Overheid. (2013). *Vitalink*. Geraadpleegd op

<http://www.vitalink.be/Vitalink/Zorgverleners/Over-Vitalink/Wat-is-Vitalink/>

Vlaamse Regering. (2009). *Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers*. Geraadpleegd op 03 mei 2015,

<http://www.vlaamsesels.be/drupal/sites/default/files/0.%20BVR%2024.07.09%20uitvoerin%20woonzorgdecreet-stambesluit.pdf>

Bijlagen

Bijlage 1: Groningen Frailty Indicator

GFI (Groningen Frailty Indicator)

Deze vragen gaan over uw situatie van de **afgelopen maand (eventueel: ... de situatie voordat u (acuut) ziek werd)**.

- | | | | |
|---|------|-------|-------|
| 1. Kunt u geheel zelfstandig boodschappen doen? | Ja 0 | Nee 1 | |
| 2. Kunt u geheel zelfstandig buitenshuis rondlopen
(rondom huis of naar de burenen)? | Ja 0 | Nee 1 | |
| 3. Kunt u zich geheel zelfstandig aan- en uitkleden? | Ja 0 | Nee 1 | |
| 4. Kunt u geheel zelfstandig van en naar het toilet gaan?
<i>Met zelfstandig bedoelen we: zonder enige vorm van hulp van iemand. Gebruik maken van hulpmiddelen als stok, rollator, rolstoel, geldt als zelfstandig.</i> | Ja 0 | Nee 1 | |
| 5. Als u een rapportcijfer zou moeten geven voor uw lichamelijke fitheid, waarbij een 1 staat voor heel slecht, en een 10 staat voor uitstekend, wat zou dit cijfer dan zijn? | | | |
| 6. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht ziet? | Ja 1 | Nee 0 | |
| 7. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht hoort? | Ja 1 | Nee 0 | |
| 8. Bent u de afgelopen 6 maanden veel afgevallen
zonder dat u dat wilde? | Ja 1 | Nee 0 | |
| 9. Gebruikt u op dit moment 4 of meer verschillende soorten medicijnen? | Ja 1 | Nee 0 | |
| 10. Heeft u klachten over uw geheugen? | Ja 1 | Soms0 | Nee 0 |
| 11. Ervaart u wel eens een leegte om u heen? | Ja 1 | Soms1 | Nee 0 |
| 12. Mist u wel eens mensen om u heen? | Ja 1 | Soms1 | Nee 0 |
| 13. Voelt u zich wel eens in de steek gelaten? | Ja 1 | Soms1 | Nee 0 |

- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| 14. Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld? | Ja 1 | Soms1 | Nee 0 |
| 15. Heeft u zich de laatste tijd nerveus of angstig gevoeld? | Ja 1 | Soms1 | Nee 0 |

Totaalscore:

Scoring: nullen en enen optellen tot totaalscore van minimaal 0 en maximaal 15. Let op: de scoring van vraag 10 wijkt af.

Bij gebruik van de GFI dient naar één of beide bronartikelen verwezen te worden:

Steverink, N., Slaets, J.P.J., Schuurmans, H., & Lis, M. van (2001). Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *The Gerontologist*, 41, special issue 1, 236-237.

Bijlage 2: Tilburg Frailty Indicator

De Tilburg Frailty Indicator

Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA.

The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc 2010;

11(5):344-355.

Onderdeel A Determinanten van fragiliteit

- | | | |
|--|---|---------|
| 1. Wat is uw geslacht? | 0 man | 0 vrouw |
| 2. Wat is uw leeftijd? |jaar | |
| 3. Wat is uw burgerlijke staat? | 0 gehuwd of
samenwonend 0
ongehuwd
0 gescheiden | |
| 4. Wat is uw geboorteland? | 0 Nederland
0 Nederlands Indië
0 Suriname
0 Nederlandse Antillen
0 Turkije
0 Marokko
0 Anders,
namelijk.....
.. | |
| 5. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt? | 0 geen of lager
onderwijs 0
middelbaar onderwijs
0 hoger
beroepsonderwijs of
universiteit | |
| 6. In welke categorie valt het netto maandinkomen van uw huishouden? | 0 €600,- of minder
0 €601,- tot en met
€900,- 0 €901,- tot en
met €1200,-
0 €1201,- tot en met
€1500,- 0 €1501,- tot en | |

- | | | |
|--|--|-------|
| 7. Hoe gezond vindt u alles bij elkaar uw manier van leven? | 0 gezond
0 niet gezond, niet
on gezond 0 on gezond | |
| 8. Heeft u twee of meer ziekten en/of chronische aandoeningen? | 0 ja | 0 nee |
| 9. Heeft u het afgelopen jaar één of meerdere van de volgende gebeurtenissen meegemaakt? | | |
| - het overlijden van een dierbaar persoon | 0 ja | 0 nee |
| - een ernstige ziekte van uzelf | 0 ja | 0 nee |
| - een ernstige ziekte van een dierbaar persoon | 0 ja | 0 nee |
| - een scheiding, verbreking duurzame, intieme relatie | 0 ja | 0 nee |
| 10. Bent u tevreden met uw woonomgeving? | 0 ja | 0 nee |

Onderdeel B Componenten van fragiliteit

B1 Lichamelijke componenten

11. Voelt u zich lichamelijk gezond? 0 ja 0 nee

12. Bent u de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen?
(veel is: 6 kg of meer in de afgelopen 6 maanden of 3 kg of meer in de afgelopen maand) 0 ja 0 nee

Heeft u problemen in het dagelijks leven door

13.slecht lopen? 0 ja 0 nee

14.het slecht kunnen bewaren van uw evenwicht? 0 ja 0 nee

15.slecht horen? 0 ja 0 nee

16.slecht zien? 0 ja 0 nee

17.weinig kracht in uw handen? 0 ja 0 nee

B2 Psychische componenten

19. Heeft u klachten over uw geheugen? 0 ja 0 soms 0 nee

20. Heeft u zich de afgelopen maand somber gevoeld? 0 ja 0 soms 0 nee

21. Heeft u zich de afgelopen maand nerveus of angstig gevoeld? 0 ja 0 soms 0 nee

22. Kunt u goed omgaan met problemen? 0 ja 0 nee

B3 Sociale componenten

- | | | | |
|---|------|--------|-------|
| 23. Woont u alleen? | 0 ja | | 0 nee |
| 24. Mist u wel eens mensen om u heen? | 0 ja | 0 soms | 0 nee |
| 25. Ontvangt u voldoende steun van andere mensen? | 0 ja | | 0 nee |

Bijlage 3: Informed consent



Beste heer/mevrouw

Het praktijkgericht onderzoek “Leefbaar wonen” kadert binnen de Expertisecel Ouderenzorg van Healthcare Research van het departement PXL-Healthcare. Het PWO-project sluit aan bij het Vlaams Ouderenbeleidsplan (2010) en het huidige Vlaamse woonzorgdecreet (2010) en wil, na een literatuuronderzoek van de (inter)nationale literatuur en continue uitbouw van een netwerk met experts op het gebied van de domeinen “Zorg & Wonen”, de technologische innovaties in de thuisgezondheidszorg inventariseren en transfereren naar een database (assessments, hulpmiddelen en zorgtechnologieën).

Vanuit deze database zal een interdisciplinair interventieprogramma voor kwetsbare thuiswonende ouderen, gebruik makend van de webapplicatie “Hasselt Occupational Performance Profile” (HOPP: <http://hopp.pxl.be>), uitgevoerd en gevaloriseerd worden om de dienstverlening in de thuiszorg uit te bouwen en te optimaliseren.

Op basis van de opgebouwde expertise en de kennis vanuit het praktijkgericht onderzoek zal er een vormings- en trainingsprogramma en consultancy voor ouderen, mantelzorgers en (toekomstige) zorgprofessionals ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd worden.

Om een antwoord te kunnen bieden op deze onderzoeksvraag hebben we echter uw gegevens nodig om dit screeningsinstrument te optimaliseren. Uw gegevens zullen, in overeenkomst met de Belgische wetgeving op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, vertrouwelijk behandeld worden.

Om jullie medewerking te bevestigen wordt gevraagd je naam en handtekening in te vullen.

NAAM:

Handtekening:

Alvast bedankt voor de medewerking!

Wouter Grommen
Myriam Westhovens
Onderzoeksteam

Ann Chanet
Carmela Filippo
Sander Goris
Yannick Jacobs
Christelle Markiewicz
Nele Verheyden
Ilse Verslegers
Studenten verpleegkunde en ergotherapie

Bijlage 4: Schets ADL-lokaal

KADERING VAN HET PROJECT

Op vraag van PXL Healthcare dient er een inventarisatie te worden gemaakt van de aanwezige producten in het ADL lokaal. Op basis van deze inventarisatie dient een onderscheid gemaakt te worden tussen de bruikbare en niet bruikbare producten. Niet bruikbare producten zijn producten die verouderd zijn, moeilijk hanteerbaar zijn of waarvoor een beter alternatief beschikbaar is. Voor de niet bruikbare of niet aanwezig producten zullen nieuwe producten worden voorgesteld. Deze worden afgetoetst op bruikbaarheid, prijs en kwaliteit. Het resultaat hiervan staat in onderstaande tabel.

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen het ADL lokaal en deze in het UD Woonlabo. Het ADL lokaal is een oefenruimte waar er mogelijkheid is om in een reële setting ADL en beroepsvaardigheden te oefenen. Het UD Woonlabo is een demonstratiewoning die oplossingen aanreikt om een woning te realiseren waar men langer zelfstandig in kan blijven wonen ongeacht leeftijd of beperking en waar de focus ligt op universal design.

PLAN ADL LOKAAL

Lokaal:

- breedte: 5 m 90
- lengte: 13 m 28
- hoogte vensterbank: 80,50 cm

Badkamer:

- breedte: 2 m 68
- lengte: 3 m 35
- hoogte: 2 m 32,50 cm
- breedte hoek: 45 cm
- lengte hoek: 1 m 20,50 cm
- breedte: 96, 50 cm
- afstand muur tot bad: 98,50 cm



Slaapkamer:

- breedte: 2 m 68

- lengte tot witte paal: 3 m 09

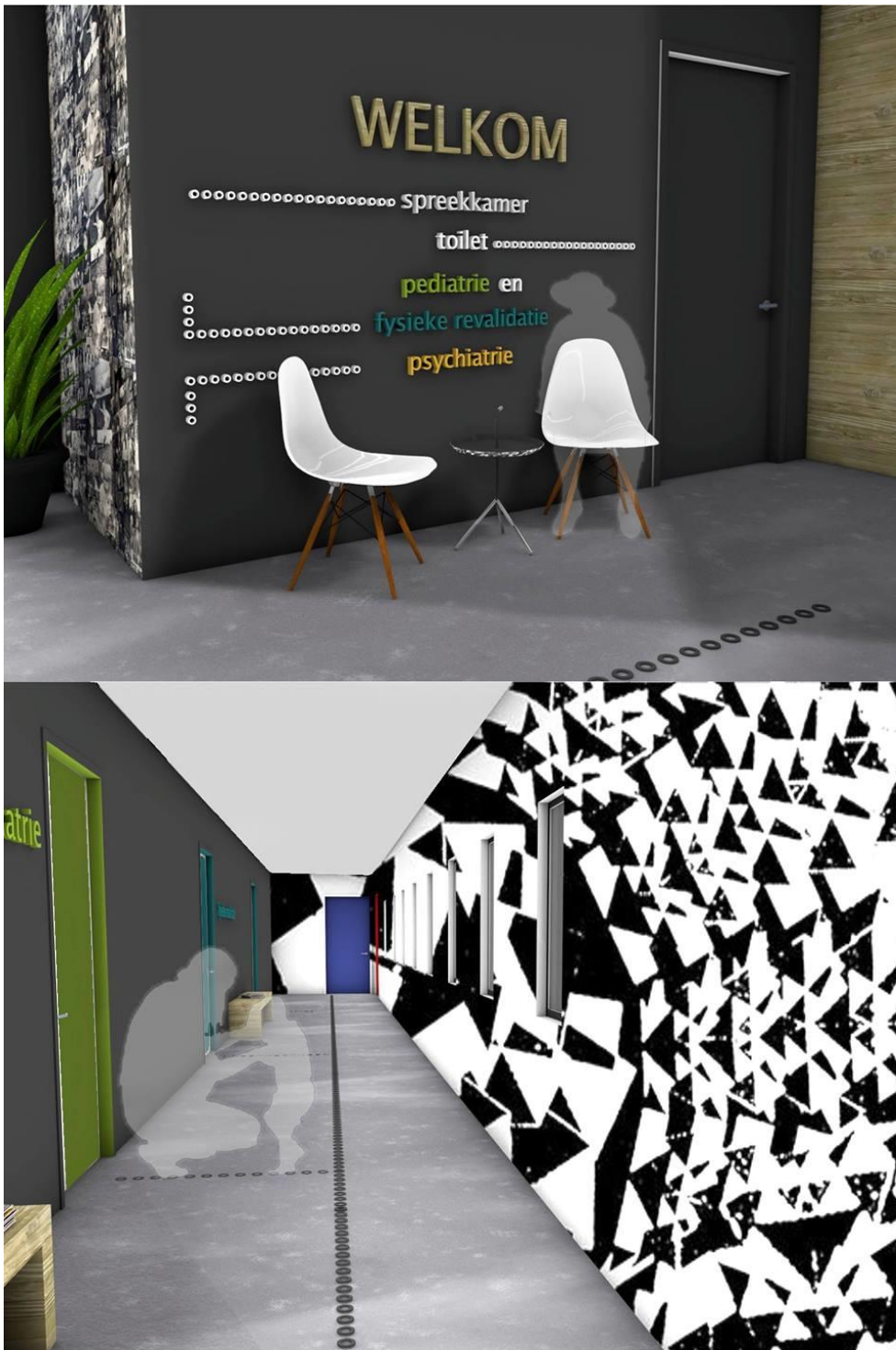
Keuken: 4 m 86. De afmetingen van de meubels op het plan komen niet overeen met de werkelijkheid. Het dient voor een beeld te verkrijgen over de mogelijke indeling van het lokaal.

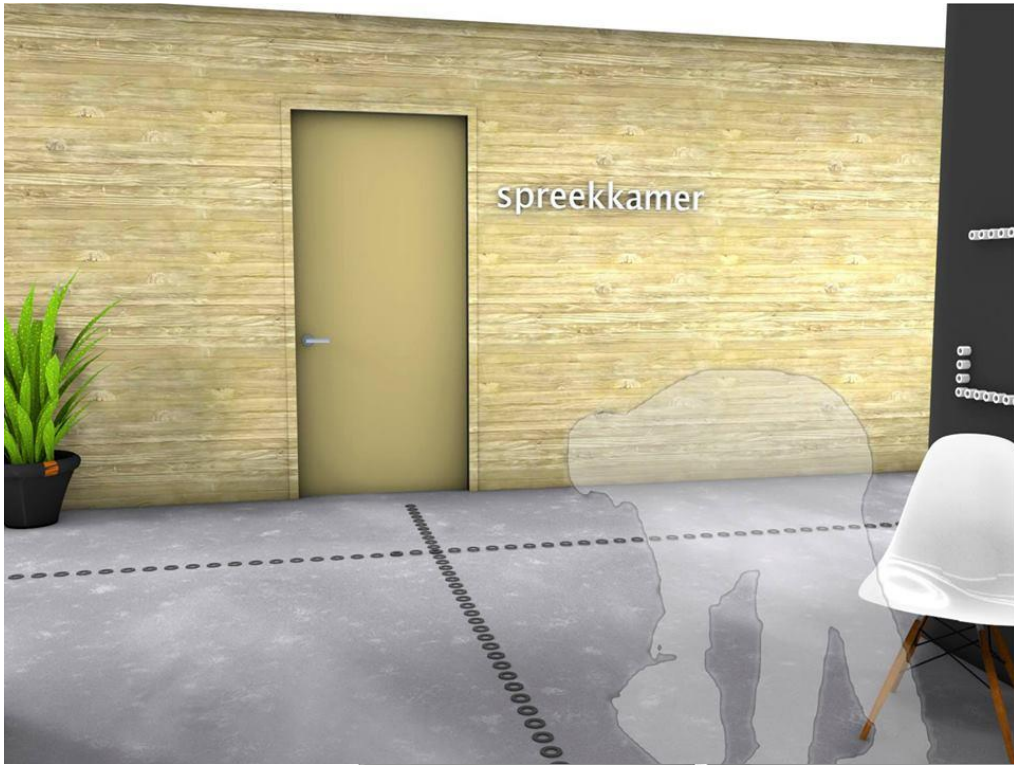
Bijlage 5 Simulaties ergogang

Schets ergogang

Tijdens de projectstage werden simulaties uitgewerkt voor de ergogang en ergolokalen binnen het departement Healtcare van de Hogeschool PXL. Aan de hand van de gegeven richtlijnen heeft binnenhuisarchitecte Stéfanie Neven deze simulaties gerealiseerd.

Hal:







Schetsen Ergolokalen:

1. Psychiatrie:





2. Kinderen:



3. Ouderenzorg:



4. Fysieke revalidatie:

